



PROPUESTA DE EXTENSION UNIVERSITARIA

OBSERVATORIO PERSONAS MAYORES

Informe Preliminar

Director: Lic Claudio Righes

Co-directores: Lic Fernando Barrera

Prof. Diego Blanco

Estudiantes: Eugenia Salmon

Sergio Orozco

Dorys Ojeda

Cintia Villalba

INTRODUCCION

El envejecimiento será el rasgo característico del paisaje demográfico mundial del s. XXI, y afectará profundamente los distintos aspectos de la vida humana, tanto individual, comunitaria, nacional e internacional. Constituye un fenómeno inédito en la historia de la humanidad y como consecuencia de transformaciones culturales, sociales, políticas y económicas que inciden en la disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad

En la Argentina el envejecimiento demográfico es una tendencia que se observa desde la década del setenta. Según el Censo Nacional de Población de 2010 el porcentaje de población de 60 años o más era de 13,4%; de acuerdo a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) integra junto a Cuba y Uruguay el grupo de países de envejecimiento avanzado de la región.

La Argentina está registrando avances en relación a la atención de las demandas por protección y seguridad de la población adulta mayor; sin embargo, dado que el envejecimiento demográfico es un fenómeno dinámico que está en continuo desarrollo, el Estado deberá llevar a cabo múltiples acciones para disponer de nuevas estructuras, incrementar capacidades y reasignar recursos que posibiliten enfrentar exitosamente los desafíos que el mismo impone.

Este triunfo demográfico significará que el número de personas de 60 años o más que en el año 2000 era de 600 millones alcance los 2000 millones en 2050: una de cada cinco personas que viva en este planeta será adulta mayor. El grupo de 80 años o más es el que crece más rápido dentro de la población de edad; en el año 2000 su número era de 70 millones, se estima que para el 2050 esa cifra aumentará 50 veces: estamos en presencia de un “envejecimiento de la vejez”. (Naciones Unidas, 2002, pp. 5, 6). ¹

Además del incremento del peso relativo de las personas de 60 años o más en la población total y el aumento de la longevidad, este fenómeno demográfico tiene otra característica: la cantidad de mujeres de edad supera a la de los hombres, lo que se conoce como la “feminización de la vejez”.

Pueden señalarse tres expresiones diferentes del envejecimiento: el demográfico, el doméstico y el individual; las tres están relacionadas entre sí y ocurren de manera concomitante. (CEPAL, 2008) ²

El *envejecimiento poblacional* es consecuencia de transformaciones culturales, sociales, políticas y económicas que han incidido en la disminución de las tasas de natalidad y fecundidad. Simultáneamente, las sociedades modernas lograron aumentar las expectativas de vida de la población debido a la reducción de las tasas de mortalidad resultante fundamentalmente de los avances científicos y tecnológicos y de la aplicación de políticas públicas en materia de salud y otras tendientes a aumentar el bienestar de la población

El *envejecimiento doméstico* es el aumento de la proporción de personas mayores en los hogares. Además de los determinantes demográficos, en este caso actúan de manera directa otros de tipo sociocultural, en particular, el patrón de coresidencia familiar.

El *envejecimiento individual* es el incremento de la edad cronológica de las personas; aunque su factor impulsor es el aumento de la esperanza de vida, sus expresiones culturales y consecuencias psicosociales están en función del contexto sociocultural y de las características de las personas. En efecto, la vejez de una persona alude a una realidad multifacética atravesada no sólo por el paso de los años sino también por factores fisiológicos, sociales y culturales; por ese motivo, resulta relevante diferenciar entre los aspectos cronológicos de la definición de la vejez y su construcción social.

La definición cronológica de la vejez es un asunto sociocultural: cada sociedad establece el límite de edad a partir del cual una persona se considera vieja; sin embargo, la frontera entre la adultez y la vejez está muy relacionada con la edad fisiológica. Según el criterio cronológico establecido por varios Organismos Internacionales y la mayoría de los países de la región (América Latina y el Caribe) en sus respectivas legislaciones, la vejez comienza a los 60 años. Muchos autores dividen el período en dos tramos: el primero desde los 60 años hasta los 74 años (viejos-jóvenes) y el segundo de los 75 años en adelante (viejos-viejos).

Existe consenso respecto de que el proceso de envejecimiento no es igual para todas las personas que lo transitan; la salud, la situación económica, familiar y social y sus implicancias en la calidad de vida de los adultos mayores son diferentes según el nivel socioeconómico y educativo, género, etnia, tipo de inserción laboral en el período de vida activa, lugar de

¹ Informe Naciones Unidas 2002

² Informe CEPAL AM 2008

residencia, etc. (Oddone y Salvarezza, 2001; Aranibar, 2001)³. Por tal motivo, puede afirmarse que no existe una vejez unívoca sino distintos tipos de “vejeces”, lo que permite hablar de “envejecimiento diferencial”.

En general la edad establecida se correlaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia, lo que si bien es un asunto individual, tiene relación directa con las definiciones normativas que la cultura otorga a los cambios ocurridos en la corporalidad, o sea, la *edad social*.

A partir de la definición de la *edad social* emergen una serie de estereotipos y preconceptos asociados a la vejez, que frecuentemente resaltan aspectos negativos de esta etapa y se encuentran asociados a carencias de todo tipo, tanto económicas como físicas y sociales. Esta valoración desfavorable que socialmente se ha ido construyendo sobre esta etapa de la vida -que Salvarezza denomina “viejismo”- queda reflejada en la naturaleza esencialmente asistencialista del abordaje que hacen las leyes, políticas, planes y programas dirigidos a las personas de edad.

En los últimos años, los Organismos Internacionales recomiendan la aplicación del *enfoque de derechos humanos* a las políticas de vejez, promoviendo el empoderamiento de los adultos mayores y una sociedad integrada en términos de la edad. Esta perspectiva entronca directamente en el paradigma de *calidad de vida* en la vejez.

La *calidad de vida* es un macroconcepto multidimensional en el que se integran distintos aspectos cuyo peso o importancia varía en función de una serie de parámetros personales (como la edad o el género) y sociales (como las condiciones socio-económicas o educativas). Además, es un concepto de gran relevancia, fundamentalmente desde el punto de vista social, pues se lo utilizó como el objetivo por excelencia del Estado de Bienestar y, más aún, de las políticas socio-económicas de todo Estado moderno y democrático, cualquiera sea su signo político. (Fernández-Ballesteros, 1997)⁴.

En tal sentido, el incremento de la *calidad de vida* de la población latinoamericana en general y de los adultos mayores en particular, es un tema recurrente en los objetivos de planes, programas y políticas de los diversos gobiernos..

Los adultos mayores constituyen uno de los colectivos humanos denominados *grupos vulnerables* por estar más expuestos que otros grupos etarios a enfermedades a causa de su declive fisiológico, a la pobreza por la disminución de sus ingresos al jubilarse o por dificultad de permanecer en el mercado de trabajo, y a la marginación social debido al debilitamiento de su red de relaciones.

La *vulnerabilidad* en las personas mayores se refiere a un conjunto de ámbitos en los cuales -por diversos motivos- ven disminuidas sus posibilidades de movilizar recursos para lograr bienestar. Entre los diversos *factores de vulnerabilidad* pueden citarse: vivir solo en hogares unipersonales, convivencia exclusiva de adultos mayores, adulto mayor muy anciano jefe de hogar, bajo nivel educativo, pobreza, privación material de los hogares (patrimonial y económica), ausencia de cobertura previsional o en salud, precariedad habitacional, patologías invalidantes, dependencia funcional, etc.

Respecto al paisaje demográfico del s. XXI, el envejecimiento será, sin duda, su rasgo característico, afectará profundamente los distintos aspectos de la vida humana, tanto individual, comunitaria, nacional e internacional. Todas las facetas de la humanidad -psicológicas, espirituales, sociales, económicas, políticas, culturales, etc.- experimentarán una transformación.

³ El envejecimiento psiquis, poder y tiempo. EUDEBA 2001

⁴ Que es la psicología de la vejez? Fernandez, Ballesteros, Madrid 1999

En lo económico, impactará sobre la distribución de ingresos, demandando un replanteo de la asignación de los recursos tanto inter como intra generacional. Incidirá en el crecimiento de la economía, en el consumo, el ahorro, la inversión, los mercados de trabajo y de bienes y servicios, las jubilaciones y pensiones, la tributación, las transferencias intergeneracionales de ingresos, etc. En lo social, afectará los sistemas de salud y de cuidados, la composición de la familia, las condiciones de vida, la vivienda, las migraciones, etc. En lo político influirá en los patrones de voto y la representación.

Argentina transita la etapa de *envejecimiento poblacional avanzado*,

Estos dos aspectos constituyen conceptos diferentes aunque relacionados. El primero es la prolongación de la vida de los individuos; el segundo corresponde al envejecimiento de las poblaciones, que generalmente se expresa en un aumento en la proporción de personas mayores. Puede considerarse que vejez y envejecimiento son dos caras de una misma moneda que dan cuenta de un proceso gradual: el primero en los individuos y el segundo en los colectivos demográficos. Una persona envejece a medida que en su paso por las distintas etapas del ciclo de la vida gana en años; una población envejece cada vez que las cohortes de más edad aumentan su peso relativo dentro del conjunto. A pesar de sus diferencias específicas - el envejecimiento de una población puede revertirse si se modifican sus fuerzas causales (tendencias de la mortalidad, de la fecundidad y de la migración, según sea el caso) mientras que el proceso individual es irreversible- ambas expresiones del envejecimiento tienen un denominador común: la edad.

Las personas mayores pasan a ser sujetos de derecho, no solamente objetos de protección; esto significa que disfrutan de ciertas garantías, pero también tienen responsabilidades respecto a sí mismos, su familia y su sociedad, con su entorno familiar y con las futuras generaciones. Esta perspectiva entronca directamente en el paradigma de calidad de vida en la vejez.

A medida que descende la fecundidad tiene lugar un paulatino envejecimiento de la población, dado que ella es la principal fuerza remodeladora de la estructura etaria, y sus alteraciones provocan un impacto sobre el envejecimiento que es mayor y más directo que los cambios en la mortalidad. En efecto, al incorporarse un menor número de individuos al grupo etario de 0 a 4 años, el peso del resto de los grupos de edad aumenta, y, por lo tanto, la proporción de personas mayores tiende a incrementarse

La disminución de la mortalidad es otro factor que influye en el envejecimiento de la población; El aumento de la probabilidad de sobrevivir después de los 60 años impulsa, de manera directa, el envejecimiento de la población

La “calidad de vida” en la vejez ha sido uno de los contextos más investigados. En general se supone que las personas de edad experimentan a lo largo de su existencia un conjunto de pérdidas y transformaciones que resienten su “calidad de vida”; las políticas sociales dirigidas a ellas tienen como principal objetivo mejorarla.

El envejecimiento saludable incluye tres componentes principales: bajo riesgo de sufrir enfermedades o tener alguna discapacidad causada por alguna enfermedad, alto rendimiento de las funciones físicas y mentales, compromiso activo con la vida.

El “envejecimiento activo” considera una perspectiva de todo el curso vital: todos envejecemos y la mejor manera de asegurar una buena salud para las futuras generaciones de adultos mayores es prevenir las enfermedades y promover la salud durante todo el ciclo vital.

Algunos ejemplos determinantes de fragilidad en el adulto mayor citados por un gran número de autores serían: edad superior a los 75/80 años; pluripatologías; polifarmacia; problemas cognitivos o afectivos; reingreso hospitalario reciente o frecuente; patología crónica invalidante; sin soporte o inadecuado apoyo social; problemas en la deambulaci3n (caídas frecuentes).

Si consideramos que el concepto de fragilidad es sinónimo de riesgo a sufrir un daño, una persona se fragiliza cuando no tiene ingresos suficientes para llevar una vida digna; la sociedad lo margina y excluye; se le quita el derecho de tener proyectos, futuro, pareja, sexo, amor, sólo por ser “viejo”; no encuentra espacios de participaci3n familiar o social es, susto a caerse, pobreza.

La situaci3n de” vulnerabilidad” -al contrario de lo que ocurre con la fragilidad- no tiene sustento en la edad, sino en factores que marcaron las etapas anteriores del ciclo de vida del individuo, como por ejemplo la inserci3n laboral y social, el género, lugar de residencia, etc. En funci3n de eso, es posible encontrar grupos de adultos mayores con características especiales que los hacen vulnerables y otros -con una trayectoria de vida distinta- que no presentan esas características y, por lo tanto, no son especialmente vulnerables

La “vulnerabilidad” en las personas mayores se refiere entonces, a un conjunto de ámbitos en los cuales - por diversos motivos- ven disminuidas sus posibilidades de movilizar recursos para lograr bienestar

Entre los diversos “factores de vulnerabilidad” pueden citarse: el vivir solo en hogares unipersonales, la convivencia exclusiva de adultos mayores, adulto mayor muy anciano jefe de hogar, el bajo nivel educativo, la pobreza, la privaci3n material de los hogares (patrimonial y económica), la ausencia de cobertura previsional o en salud, la precariedad habitacional, patologías invalidantes, dependencia funcional, etc.

El envejecimiento poblacional desequilibra el sistema económico de salud por varias razones, entre las cuales podemos señaalar:

Dificultad de cura: las enfermedades de los ancianos resultan más costosas de curar que las de los jóvenes.

Nuevas curas: cataratas, prótesis de cadera, tratamientos oncológicos, con necesidad de hospitalizaci3n, implican gastos que antes no existían

Demanda de calidad de vida: ya no es sobrevivir, sino sentirse sano y capacitado; y eso cuesta más dinero.

Prolongaci3n del tiempo de estancia hospitalaria: las personas de edad tardan más en curarse.

Existe una relaci3n recíproca entre *transici3n demográfica* y *transici3n epidemiológica* con consecuencias directas en la demanda de protecci3n de la salud, o sea, en el derecho a acceder y a disfrutar durante toda la vida, de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel de salud posible. En el marco de ambas

transiciones, el envejecimiento de la población va acompañado de un cambio, en el que se pasa de una alta prevalencia de enfermedades infecciosas y una elevada mortalidad materna e infantil a un aumento de enfermedades no transmisibles, sobre todo de tipo crónico (Naciones Unidas).⁵

Esto afecta a los sistemas de salud de los países, tanto por el tipo de enfermedades que deben atender como por los sectores de la población afectados; las dolencias no transmisibles cobran importancia como causas competitivas de morbilidad a través de enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes, que a su vez son progresivas, de larga duración, difíciles de controlar, y, por lo tanto, más costosas de tratar.

A medida que se reduce la prevalencia de enfermedades infecciosas como causa de muerte, el promedio de edad de la población aumenta y la duración de la vida de quienes han superado las enfermedades de la infancia sigue creciendo en el tiempo. Así, en última instancia, crece la población adulta mayor -que es más susceptible a las enfermedades crónicas que los jóvenes- y hay también mayor probabilidad de que aumente la prevalencia de enfermedades no transmisibles (Naciones Unidas, 2007b). A esto se suma la ocurrencia más frecuente de otros eventos, como lesiones y caídas, con efectos importantes para la conservación de la funcionalidad en la vejez.

El marco político requiere medidas en tres áreas básicas: salud e independencia, productividad y protección.

Salud e independencia: cuando los factores de riesgo (tanto ambientales como conductuales) de las enfermedades crónicas y el declive funcional se mantienen bajos y los factores protectores son elevados, la gente disfruta de más años y más calidad de vida. Las personas mayores permanecen sanas y podrán manejar sus propias vidas; habrá menos adultos que necesiten costosos tratamientos médicos y sanitarios.

Productividad: las personas mayores seguirán haciendo una contribución productiva a la sociedad en actividades tanto remuneradas como sin remunerar cuando las políticas y los programas sociales, del mercado de trabajo, del empleo, de la educación y de la sanidad, apoyen su total participación en las actividades socioeconómicas, culturales y espirituales, según sus capacidades, necesidades y preferencias.

El envejecimiento de la población afectará a los sistemas sanitarios también en otras áreas; en primer lugar, el aumento total de casos de enfermedades crónicas y del número de personas con discapacidades exigirán nuevas aptitudes de los profesionales y trabajadores del sector de la salud. En segundo lugar, preocupa cómo ofrecer cuidados de largo plazo para quienes padezcan problemas de salud irreversibles.

El cuidado es la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria.

El cuidado -no sólo en la vejez- debe ser concebido como un derecho social básico

⁵ Obra citada

Durante la transición demográfica hay un período donde la proporción de personas en edades potencialmente productivas crece de manera sostenida en relación con las personas en edades potencialmente inactivas. En este período, durante el cual la relación de dependencia descende, se genera una situación particularmente favorable para el desarrollo, ya que aumentan las posibilidades de ahorro y de inversión en el crecimiento económico, en tanto que, al mismo tiempo, disminuye la presión sobre el presupuesto en educación.

Para describir este período se han creado diversos términos, como por ejemplo, “bono demográfico”, o “ventana demográfica de oportunidades”, que hacen referencia a las posibilidades que dicho período ofrece para elevar las tasas de crecimiento económico per cápita y los niveles de bienestar de la población.

Sin embargo, aunque el bono demográfico abre una oportunidad para acelerar el desarrollo, su materialización depende de la adopción de políticas macroeconómicas que incentiven la inversión productiva, aumenten las oportunidades de empleo y promuevan un ambiente social y económico estable, propicio al logro de un desarrollo sostenido. Para que se traduzca en ventajas reales para la sociedad es preciso realizar considerables inversiones en capital humano, sobre todo en los jóvenes.

En general la sociedad ignora qué es el envejecimiento poblacional, cuáles son sus causas y consecuencias, como también que Argentina es uno de los países más envejecidos de la región. Sería necesario el diseño de campañas masivas de difusión de la problemática como así también de los contenidos y recomendaciones del Plan de Madrid y la Estrategia Regional para América Latina y el Caribe.⁶

Diagnostico territorial situación adultos mayores- Region Oeste

“Una mayor expectativa de vida en las edades mayores puede ser una oportunidad o una amenaza para el bienestar general de las poblaciones, dependiendo de los problemas de salud relacionados con el envejecimiento que la población experimenta, independientemente de la edad cronológica” Angela Chang, investigadora de la Universidad de Washington.

⁶ Plan internacional PM Madrid/ Plan estratégico PM America latina y el Caribe, 2002. Asamblea mundial sobre envejecimiento

Introduccion

La característica principal de la población mundial en el siglo XXI, será el envejecimiento demográfico, entendido este como un proceso que alcanzó a los países desarrollados y a la mayoría de países de América Latina. Está caracterizado por el aumento poblacional de los adultos mayores, a medida que la proporción de niños y jóvenes disminuye. El grado de avance y el estado actual de este proceso en cada uno de los países es diferente, pero además, al interior de cada país, los procesos de envejecimiento son distintos. En Argentina tendremos que para el año 2050, 1 (uno) de cada 5 (cinco) argentinos tendrá más de 60 años. Sobre una proyección de 50 millones de habitantes nuestra población mayor será de 10 millones de personas. Un número considerable que hay que atender y un actor relevante

—el ESTADO— que debe actuar generando políticas públicas activas impulsando un envejecimiento activo y saludable.

En la provincia de Buenos Aires actualmente hay cerca de 2.000.000 de personas mayores datos provistos por la dirección de estadísticas provincial. En la región oeste caracterizada por los municipios de Morón, Ituzaingó, Hurlingham, Moreno y Merlo se estima que hay más de 200.000 adultos y adultas mayores con características heterogéneas en zonas urbanas y desarrolladas y en zonas rurales de pequeñas dimensiones. Tomando datos del INSSJP, IOMA e IPS diagramamos la siguiente tabla:

municipio	femenino	masculino	total
merlo	36877	21497	58374
moron	33165	17165	50330
moreno	27852	17102	44954
hurlingham	18637	9563	28200
ituzaingo	16743	8955	25698

Un dato elocuente de la dimensión del envejecimiento y su implicancia es que la vejez tiene cara de mujer. Lo vemos en los centros de jubilados, en las universidades con el programa UPAMI, en los centros culturales y barriales, en la familia. Y los datos lo verifican. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) indica que, en Argentina, la esperanza de vida al nacer para ellas ronda los 80 años; para ellos, los 73. Si se observa la esperanza de vida a los 60 años: una mujer tiene por delante 23 años; un hombre, 18.

En materia de edad de las personas mayores entonces, consideramos claramente que el promedio de vida se ha extendido.

Actualmente, una persona de 60 años puede esperar vivir hasta los 81, es decir, 21 años más que hace cinco décadas. Adquiere así relevancia que el proceso de envejecimiento se desenvuelva en condiciones vitales adecuadas y en ejercicio pleno de derechos. Bien entendido, este marco significa que el bienestar comprende no sólo las condiciones materiales de vida, sino también la sociabilidad y la sensación de bienestar y satisfacción con su propia vida que experimentan las personas mayores.

En tal sentido, una de las principales dimensiones es la salud entendida como el estado integral de bienestar físico, mental y social que una persona puede alcanzar, y no solamente como la ausencia de enfermedades (OMS, 1948). Constituye, pues, un objetivo y desafío primordial para las agendas públicas que las personas mayores puedan disfrutar de una vida plena, saludable, satisfactoria, en ejercicio pleno de los derechos fundamentales e inalienables consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el seno de sus familias y comunidades y como parte integrante de la sociedad (ONU, 1982).

Situacion Socio Sanitaria Region Oeste

Al describir la composición sociodemográfica y socioeconómica de las personas mayores afectadas por distintos problemas de salud de la región oeste, sin lugar a dudas la estratificación social influye en la percepción del estado de salud. Otro factor relevante es el nivel educativo. Todos los indicadores consultados reflejan que las personas mayores que no finalizaron el nivel medio de enseñanza se hallan más expuestos a considerar que su salud se encuentra comprometida. Al observar la distribución del estrato socioeconómico en las condiciones de salud, las personas mayores con muchos o bastantes problemas de salud pertenece al estrato más alto y respecto del otro extremo, es decir, del estrato más bajo, la distribución se invierte: hay una mayor participación en la población con problemas de salud que en la población total. Cabe destacar que la población de personas mayores región oeste un 7% reside en villas o asentamientos.

Con los datos provistos por observatorio personas mayores UNLAM, barómetro social UCA, Ministerios Desarrollo Social y Salud de la Nación, INDEC y efectores privados y públicos de atención ; elaboramos los siguientes cuadros:

ESTADO DE SALUD PERCIBIDO POR SEXO EN PERSONAS MAYORES REGION OESTE

■ mujeres ■ varones

% PROBLEMAS SALUD
(crónicos o graves)

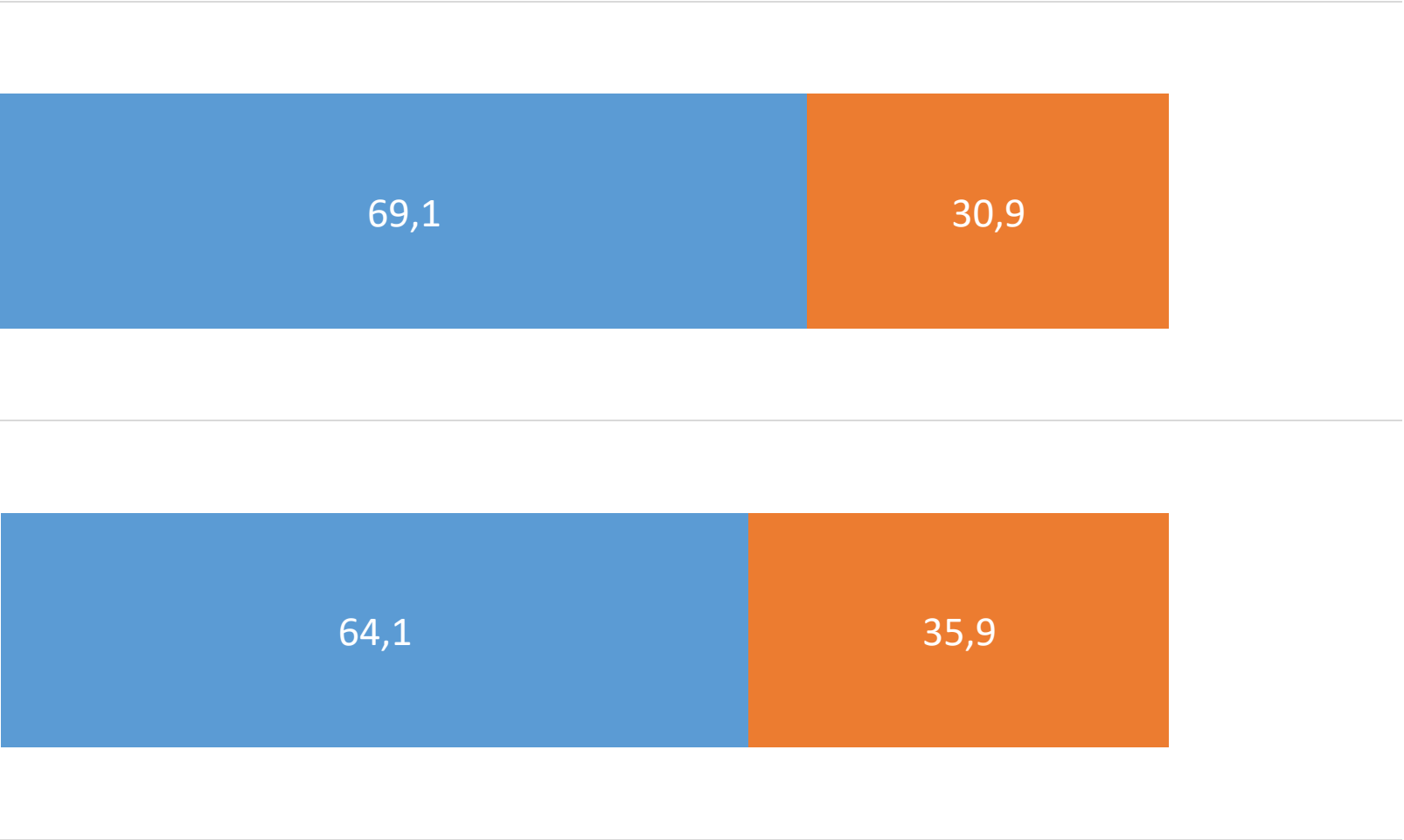
69,1

30,9

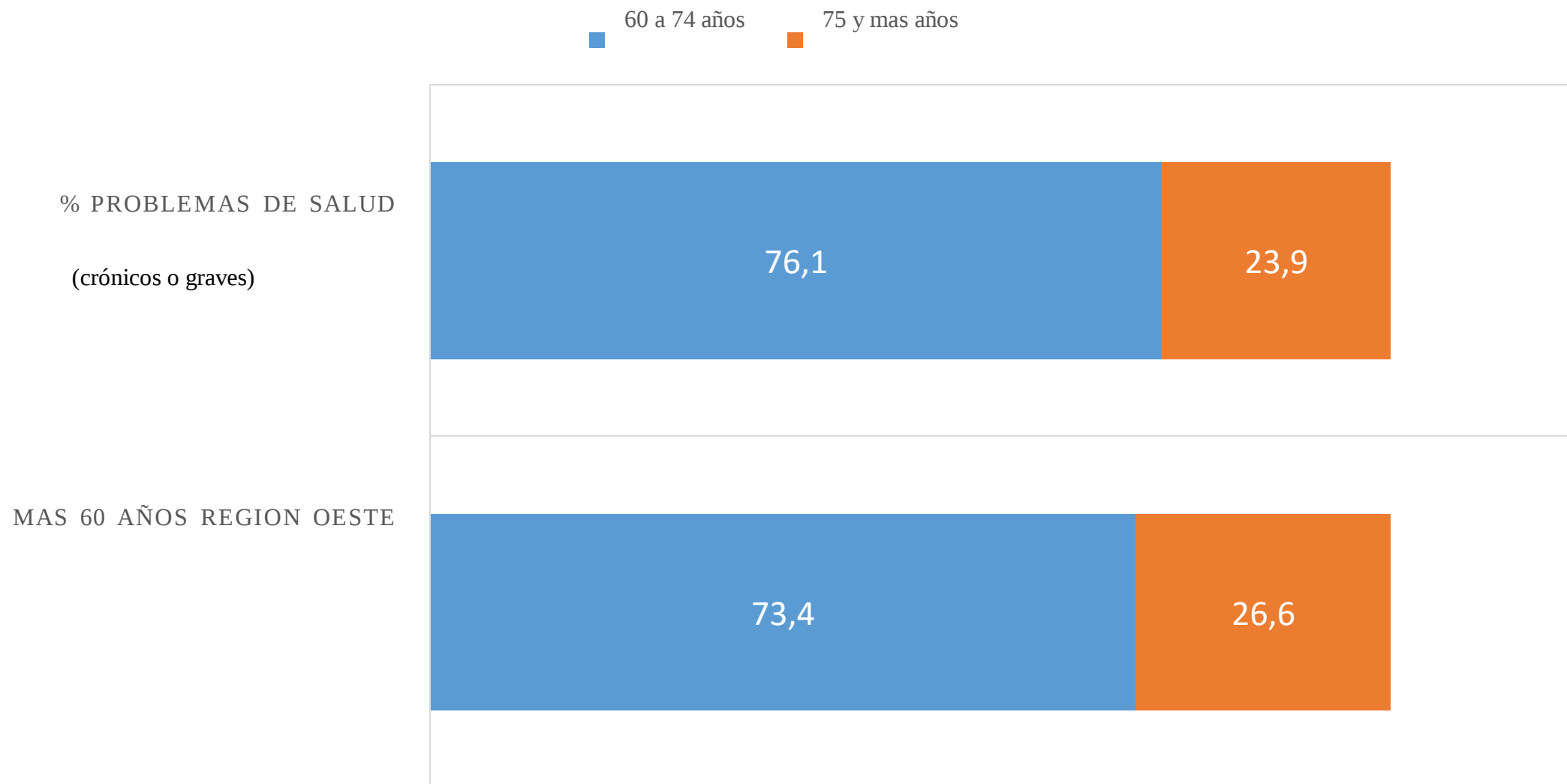
MAS 60 AÑOS REGION OESTE

64,1

35,9



ESTADO DE SALUD PERCIBIDO POR ESCALA DE EDAD EN PERSONAS MAYORES REGION OESTE



Las mujeres tienden a percibir mayor déficit en el estado de su salud que los varones. Ello explica que, entre quienes declaran tener muchos problemas de salud, el 69,1% sean mujeres, porcentaje algo superior al 64,1% de mujeres que conforma la población general de personas mayores. A su vez, entre quienes ven su salud comprometida, las personas de 75 años y más representan el 23,9%. De esto resulta que el 76,1% de quienes tienen su salud más comprometida pertenece al grupo de 60-74 años simplemente porque también predominan en el total de la población envejecida.

Las políticas de cuidado: demandas y cuidadorxs

Si se piensa en el concepto de vulnerabilidad aplicado a la vejez, es importante mencionar que la mayor vulnerabilidad en la vejez es la que se relaciona con la salud. En cierto punto se genera dependencia, debido a que las enfermedades crónicas y discapacidades motrices o mentales requieren antes que nada prevención, pero luego atención médica, medicamentos y cuidados personales de modo permanente. De alguna manera estos servicios llevan asociados un gasto económico. En el mejor de los casos, los adultos mayores poseerán capacidad económica suficiente como para cubrir las necesidades en la oferta privada. En otros casos, poseerán obra social, con lo cual podrán atenderse en instituciones públicas o privadas.

En este sentido, hay que indicar y subrayar que se trata de servicios especialmente costosos. En los casos en los que el adulto mayor o su familia tienen capacidad económica suficiente, las necesidades que surgen son preferentemente resueltas en la oferta privada. Sin embargo, una gran parte de la población adulta mayor ve limitada esa capacidad y por lo tanto, ve restringido y de difícil acceso a la prevención, a los sistemas de salud, medicamentos o tratamientos.

De esta manera, debido a las limitaciones que se presentan y dentro del contexto social y económico prevalente, la dependencia de la vejez es en muchos casos responsabilidad de los hijos o de familiares como nietos, hermanos y demás parientes. De todas maneras, esta ayuda está restringida a la disponibilidad de tiempo de los familiares, y queda librado al azar de su mayor o menor afinidad con esas actividades, que requieren paciencia, conocimientos específicos y tiempo.

Del análisis de nuestra región se observa la necesidad de atención y de cuidados aumenta con el tiempo son demasiado delicados y específicos, ya no son las redes familiares y sociales las que se involucran y cubren los requerimientos, sino algunos de sus integrantes, con alguna persona como cuidadora principal, generalmente alguna de las hijas o la esposa. También es una tarea mayoritariamente que recae en las mujeres.

Otro aspecto interesante es que entre los hogares unipersonales (una sola persona de 60 años o más) y en hogares compuestos por dos o más personas de 60 años y más, hay un total de 56% mientras que en hogares con familias intergeneracionales viven el 44% de los adultos mayores de la región oeste. Una hipótesis comprobable entonces es que las personas adultas mayores viven generalmente solas, lo que facilita la aparición de situaciones complejas: soledad, falta de atención y mayor vulnerabilidad social, reflejada en dificultad de acceso a servicios y limitada integración social.

Esta situación desencadena muchas dificultades para los adultos mayores. Muchas veces es necesario, que algún familiar cercano se haga cargo de la vida de los adultos mayores. Muchas veces esto recae en las mujeres y la atención a los adultos no tiene sólo que ver con los temas relacionados con la salud.

De acuerdo a la información disponible, se aprecia una alta participación femenina, en especial de las hijas, en el cuidado de las personas mayores; pero generalmente no reciben ninguna retribución económica por ello, no cuentan con la preparación adecuada para hacer esta tarea, y la realizan a un costo personal muy alto. Sin embargo, el contexto en que se produce el envejecimiento en la región oeste contribuye a que la problemática de los cuidados en la vejez se siga manejando como un asunto privado, y no de solidaridad colectiva.

El cuidado es entendido como una problemática social pública, y por lo tanto objeto de políticas públicas. En nuestra región han aumentado las situaciones de dependencia y la demanda de cuidados. De este modo, las personas mayores no solo son receptores sino también proveedores de cuidados. El cuidado implica la dimensión material, económica y afectiva, esta última es vinculante e inescindible en la función del cuidador/ra. Los adultos mayores precisan contención afectiva y pisco-social para combatir la soledad, uno de los problemas más serios que hemos detectado en el trabajo con las personas mayores y enunciado tanto por las fuentes públicas y privadas consultadas.

Conclusiones

La atención de los mayores requiere, desde el campo de la salud, realizar acciones múltiples e integradas, y preparar recursos humanos y servicios, que ayuden a las personas a conservar el máximo tiempo posible la mayor autonomía. Por eso es necesario articular acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención primaria de la salud dirigidas a las personas adultas mayores, de cara a establecer un modelo de salud integral que mejore la calidad de vida de los adultos y adultas mayores.

Es esencial invertir en salud integral comunitaria, incluida la atención primaria adaptada a los adultos mayores, reconocer que ésta posee beneficios a largo plazo con la asignación apropiada de presupuesto y apoyo en entrenamiento para los profesionales y los cuidadores formales e informales.

La región oeste con sus características peculiares no escapa a la situación de las personas mayores de zonas urbanas, con un sistema de salud colapsado que hace lo imposible para responder a las demandas del envejecimiento, con organismos nacionales como PAMI, DINAPAM que realizan acciones de cobertura de salud y políticas de prevención y promoción social y capacitaciones y formación profesional para una sociedad que inevitablemente envejecerá con un dinamismo y protagonismo de las personas mayores y un peso demográfico central que deberán tomar en cuenta los decisores políticos para el sostenimiento de una sociedad armonica, desarrollada y con mas democracia.

No existe un único paradigma de la vejez y el envejecimiento: la vejez alude a una realidad multifacética atravesada no sólo por el paso del calendario, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales. A eso deben atender los decisores políticos del sector publico y los privados y la necesidad de actuar para garantizar más salud a los años.

Fuentes consultadas: INSSJP, IOMA, IPS, INDEC, CEPAL; CELADE, Centros de Jubilados de región oeste, efectores sanitarios, Ministerio Salud de la Nación, DINAPAM, Observatorio UNLAM, Barometro UCA.