

LINEAMIENTOS PARA EL PLAN GERONTOLÓGICO NACIONAL

Por el Dr. RICARDO ALEJANDRO BLANCO

MÉDICO GERIÁTRA Y GERONTÓLOGO.

MIEMBRO TITULAR DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE GERONTOLOGIA Y GERIATRIA (SAGG).

MIEMBRO DE HONOR DE LA ASOCIACION MEXICANA DE GERONTOLOGIA Y GERIATRIA

PRESIDENTE DEL INSTITUTO GERONTOLOGICO ARGENTINO (I.G.A.)

MIEMBRO DEL SUBCOMITÉ DE GESTION DE SERVICIOS EN LAS RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES DE IRAM (ISO)

DOCENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA ADMINISTRACION PÚBLICA (I.N.A.P.)

EX DIRECTOR NACIONAL DE LA TERCERA EDAD

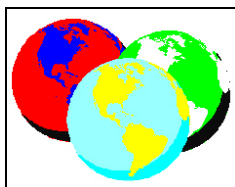
Fundamentación:

El envejecimiento de las sociedades plantea desafíos impostergables para los gobiernos. Es necesario avanzar en el replanteo de los modelos de organización social y política que contemplen respuestas satisfactorias a los desajustes en la convivencia social y al reclamo de un sector con necesidades crecientes de protagonismo.

Nuestra Constitución Nacional, en su capítulo IV, artículo 75, inciso 22, otorga jerarquía constitucional a diversos Tratados Internacionales, entre los cuales la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 22), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículos 9 y 12), la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (artículo XVI) y la Convención Americana de Derechos Humanos (artículo 26), consagran derechos relacionados a la protección social de las personas. Asimismo, el inciso 23 insta al Congreso de la Nación a:

“...legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato y el pleno goce y ejercicio de los derechos, reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad”.

La realización de un Plan Gerontológico Nacional se brinda como uno de los mecanismos para promover la inserción plena de este grupo etéreo en la vida de la comunidad y generar las condiciones para el desarrollo de su organización, la defensa de sus derechos y el cuidado bio-psico-social que se merece.



Frente al acontecimiento vital del envejecimiento se deberá crear conciencia en la comunidad a través de una política integral de acciones positivas.

En este nuevo horizonte, es necesario reconocer en primera instancia, la deuda que histórica y culturalmente tenemos con nuestros mayores.

Se trata no sólo de corregir las situaciones de exclusión a la que se ven expuestos nuestros adultos mayores, sino de impulsar políticas estratégicas afirmadas en el fortalecimiento del lugar protagónico del sector, generando las mejores condiciones posibles para su plena integración en todos los ámbitos de la vida comunitaria.

El peso de la problemática y la necesidad de que el país tenga una respuesta satisfactoria para optimizar la calidad de vida de los integrantes de la tercera edad, hizo que se pensara en la creación de un:

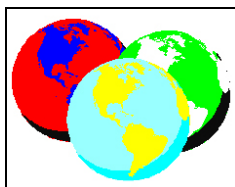
PLAN GERONTOLÓGICO NACIONAL

VISIÓN:

Un Plan Gerontológico deberá estar enfocado al mejoramiento permanente de la calidad de vida de todas las personas de la tercera edad sin distinción.

MISIÓN:

Se deberán realizar acciones positivas, en las áreas previsional, jurídica, de la salud física, de la salud mental, del mantenimiento de la autovalidez, de los aspectos sociales, del hábitat y la infraestructura edilicia, de la cultura y la educación, de la recreación y el tiempo libre, y de la participación de las personas de la Tercera Edad, en todos los ámbitos del quehacer de la comunidad, tendientes a evitar el aislamiento, el desarraigo y la marginación de este grupo etéreo.



INTRODUCCIÓN:

- Concepto de vejez y envejecimiento

Según algunos conceptos la totalidad de los ancianos se encasillan como físicamente limitados, visualmente poco agradables y funcionalmente dependientes.

Éstas son las características que se le adjudican a la vejez cuando se opone a las que presenta la juventud, según los medios de comunicación y la sociedad de consumo.

Sería más lógico, en nuestra época racional, aceptar el hecho de envejecer como un proceso vital y conseguir que el monopolio de la belleza y el protagonismo social no queden restringidos a las personas de apariencia joven.

Las personas deberían valorarse por manifestaciones más sustanciales que la tersura de la piel o la elasticidad de los músculos. Lo antedicho supone considerarlas sólo organismos animales, funcionales o estéticos, como los caballos de carreras o los perros de raza, y olvidar los valores intelectuales y morales, patrimonio distintivo de los seres humanos.

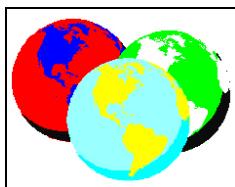
El concepto estético negativo de los ancianos constituye un proceso semejante al que han experimentado otros grupos supuestamente diferentes: los disminuídos físicos o las personas de color negro, por ejemplo, también se han visto marginadas porque no encajaban dentro del ideal estético promovido por la sociedad.

El rechazo que buena parte de la población experimenta frente a un anciano que muestra en su cuerpo la huella de los años, constituye una respuesta aprendida por la presión social.

La ancianidad también puede ser bella como la juventud, ya que belleza y fealdad no constituyen parámetros universales y estáticos como demuestra la historia del arte y de la estética.

- ENVEJECIMIENTO NORMAL

Constituye la vejez saludable, carente de alteraciones significativas en su calidad de vida o de disminución de los aspectos bio-psico-sociales.



Contrariamente a la creencia popular, la mayor parte de los ancianos no están enfermos ni se haya limitada.

El envejecimiento como proceso vital de acumulación de años no tiene por qué ser un proceso patológico, y al cumplir los 65 años no se contrae obligatoriamente ninguna enfermedad.

La vejez constituye una etapa vital como la niñez, la adolescencia o la madurez, con características propias y también con potencialidades distintas, pero que no tiene que asociarse con enfermedad.

Reducción de ritmos, no es enfermedad.

Con el paso de los años, la estructura psico-física de la persona experimenta disminución de su capacidad funcional, en la velocidad de reacción y en su capacidad de enfrentarse a estímulos externos.

Esta reducción general de los ritmos no supone ineptitud para la mayoría, ya que aptitud y fuerza física son menos importantes en una sociedad cada vez más mecanizada.

Las causas de una vejez saludable deben buscarse en factores genéticos, factores hereditarios, factores del medio ambiente y, fundamentalmente, en factores psico-sociales.

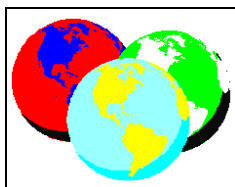
- ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO

La vejez no es una enfermedad en sí misma, pero la probabilidad que empeore la calidad de vida durante la vejez y que ésta origine consecuencias negativas en el anciano es mucho mayor que en otras etapas de la vida.

La enfermedad *aguda* es de corta duración y su desenlace puede preverse. Es de menor frecuencia en los ancianos, pero tarda más en curarse y con resultados más graves.

La enfermedad *crónica* se caracteriza por su larga duración y por llevar asociada una limitación residual. Está más extendida entre los ancianos y sus efectos son acumulativos, disminuyendo la resistencia global frente a la agresión externa.

Cuando a una enfermedad crónica se añade un episodio agudo, las consecuencias son mucho más graves y aumentan las probabilidades de muerte.



Las causas psico-sociales y ambientales son de fundamental importancia en las patologías orgánicas.

La soledad, el aislamiento, la marginación, la falta de un lugar social activo, la ausencia de obligaciones y el exceso de tiempo desocupado, han sido investigados probándose su importancia en la disminución de la resistencia orgánica frente a las agresiones.

Se ha demostrado que la ocupación del tiempo en actividades productivas, el trabajo remunerado, el esparcimiento, las actividades domésticas, las actividades solidarias y, fundamentalmente, la actividad sexual, resultan esenciales para la conservación de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida.

- EL ENVEJECIMIENTO ES CUALITATIVO

Se ha envejecido en forma distinta en las diferentes épocas de la historia del hombre, y esto se verifica también entre las distintas zonas geográficas o entre zonas rurales y zonas urbanas.

Actualmente verificamos esta especificidad del envejecer por los violentos cambios que ocurren en el medio ambiente. Hoy el envejecimiento posee características propias que lo hacen distinto cualitativamente al de otras épocas.

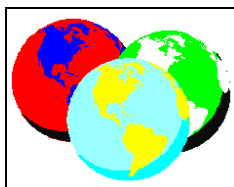
Por lo tanto, no podemos hablar de la vejez, sino de “las vejezes”.

CONCLUSIÓN

Vistas las características de la vejez normal sin alteraciones significativas y de la vejez patológica, se deduce que para conseguir la primera será necesario adoptar un enfoque preventivo que actúe antes que aparezca la agresión.

El envejecimiento constituye un hecho complejo en equilibrio dinámico, cuyos procesos vitales son los resultados de acciones anteriores que tardan a veces años en manifestarse.

Para que el individuo que envejece resista las agresiones bio-psico-sociales, la prevención del deterioro de su calidad de vida debe empezar varios años antes; lo ideal sería que el proyecto de “vejez digna” se iniciara desde el nacimiento. Por lo tanto, se deben realizar tres acciones profesiona-



les fundamentales para lograr: eficiencia - eficacia - efectividad y equidad cuando se trabaja con personas de la Tercera Edad.

- TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

Para la Tercera Edad es imprescindible el trabajo interdisciplinario, pues la intervención desde las distintas profesiones, con una visión holística de la problemática a tratar, es lo único que nos garantiza el éxito de cualquier proyecto.

- TRABAJO INTERGENERACIONAL

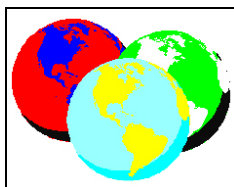
Si los niños y los adolescentes no toman conciencia de los problemas de los ancianos a su debido tiempo, cometerán en el futuro, los mismos errores de los adultos, cuando se desentienden de los ancianos.

La historia se repite cíclicamente y cuando ellos lleguen a viejos, sufrirán el mismo aislamiento, marginación y soledad que sufrieron sus abuelos.

- TRABAJO INTERINSTITUCIONAL

Una institución no puede solucionar por si sola, los problemas de la Tercera Edad, solo el trabajo mancomunado de las distintas instituciones de un país, gubernamentales y no gubernamentales, pueden hacer llegar a buen término una planificación gerontológica adecuada.

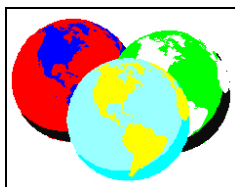
Si a estas acciones le sumamos una correcta planificación que abarque los aspectos sociales, jurídicos-previsionales, de la salud física y mental, del hábitat y la infraestructura edilicia, de la recreación y el tiempo libre, de la cultura y la educación y de la participación, podremos concretar un Plan Gerontológico Nacional.



LINEAMIENTOS PARA EL PLAN GERONTOLÓGICO NACIONAL

OBJETIVOS GENERALES

1. Desarrollar un sistema de prestaciones no contributivas dirigidas a los mayores de 65 años con insuficientes recursos económicos, y ofrecer un complemento de pensión a los mayores de 80 años que hayan perdido autonomía personal.
2. Adecuar las pensiones mínimas y el resto de las pensiones contributivas, garantizando su revalorización automática según el costo de vida.
3. Promover la salud, física y mental de los mayores y mejorar su calidad de vida.
4. Garantizar en el sistema nacional de salud la prevención, asistencia y rehabilitación del anciano, mediante una adecuada atención primaria y hospitalaria.
5. Procurar el acercamiento de los servicios socio-sanitarios a los mayores; para ello, se diseñará un mapa de áreas en que se integren y coordinen estos servicios.
6. Fortalecer las estructuras administrativas para el desarrollo, coordinación y distribución equitativa de recursos. Así como para garantizar también el estudio, la investigación y la formación permanente sobre temas relacionados con el envejecimiento y la vejez.
7. Ofrecer servicios sociales idóneos para dar respuesta a las necesidades de las personas mayores potenciando, sobre todo, el desarrollo de aquellos que procuran su autonomía personal, la permanencia en el domicilio y la convivencia en su entorno habitual de vida.
8. Propiciar una mayor conciencia gerontológica en la sociedad sobre el envejecimiento poblacional, las características bio-psico-sociales de los mayores, el reconocimiento hacia los valores culturales de éstos y su participación y corresponsabilidad en el desarrollo de las políticas sociales.
9. Facilitarle a las personas mayores el acceso a los bienes culturales, y fomentar entre ellas el uso creativo de la recreación y el tiempo libre.



10. Extender el concepto de participación democrática, de manera que la sociedad integre a las personas mayores y éstas se incorporen realmente a la vida social.

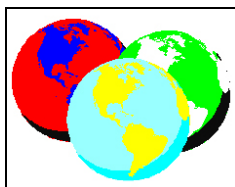
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

JURÍDICO – PREVISIONAL

- 1) Garantizar la defensa de los derechos fundamentales de las personas mayores.
 - a.- modificaciones legales en los casos de posible responsabilidad penal por abandono de los padres.
 - b.- establecimiento de una oficina de recepción y asesoría de quejas por abuso y malos tratos: “violencia familiar” y “violencia social”.
- 2) Considerar prestaciones no contributivas para mayores de 65 años que carezcan de medios o no hayan aportado al sistema.
- 3) Mayor protección a las personas de más de 80 años.
- 4) Equiparar las jubilaciones mínimas al salario mínimo, con actualización anual.
- 5) Equiparar las pensiones mínimas de jubilación y viudez.
- 6) Revalorización automática de los haberes y agilización en la gestión, para mantener el poder adquisitivo.
- 7) Establecer el mismo número de pagas anuales para todos los beneficiarios.
- 8) Garantizar continuidad en la percepción de haberes, cuando se pasa de trabajador a jubilado.

SALUD Y ASISTENCIA SANITARIA

- 1) Priorizar la promoción y la protección de la salud.



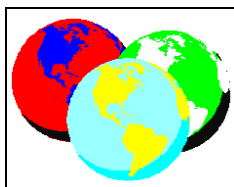
- 2) Garantizar la atención primaria de la salud.
- 3) Realizar la prevención primaria de la enfermedad.
- 4) Garantizar la prevención secundaria asistencial y la prevención terciaria rehabilitadora.
- 5) Garantizar la adecuada atención especializada.
- 6) Propiciar la permanencia en su domicilio de las personas mayores enfermas, con programas de adecuada atención en el mismo, y reducir la institucionalización.
- 7) Integrar y coordinar los servicios sanitarios entre sí y con los servicios sociales, jurídicos, del hábitat y de la economía, para lograr una visión holística del envejecimiento.
- 8) Fomentar el ejercicio físico en los mayores.
- 9) Realizar la atención integral del anciano con enfermedad terminal.

SALUD MENTAL

- 1) Promocionar la salud mental en todos los ámbitos de la comunidad.
- 2) Articular acciones con la participación activa de los distintos grupos etáreos.
- 3) Estimular en el Estado y en el ámbito privado la implementación de programas pre jubilatorios.
- 4) Fortalecer en el accionar comunitario la concientización de las transformaciones esperables en el curso de la vida.

Todas las acciones deberán tender, fundamentalmente, a sostener el auto cuidado (A.V.D.), mantener la autovalidez (A.I.V.D), y a desarrollar capacidades para proyectar y planificar de acuerdo a la experiencia vital.

- 5) Favorecer la aplicación de la historia gerontológica única.



- 6) Aplicar indicadores para establecer áreas homogéneas de riesgo regionales, a fin de unificar criterios para la incorporación a las diversas modalidades asistenciales.
- 7) Adecuar la oferta prestacional a las necesidades asistenciales de la población.
- 8) Propiciar las terapias breves y focalizadas.
- 9) Propiciar la atención domiciliaria en salud mental, enfatizando la permanencia en el medio socio-familiar.
- 10) Favorecer la interconsulta oportuna.
- 11) Incorporar la capacitación en psicogerontología.

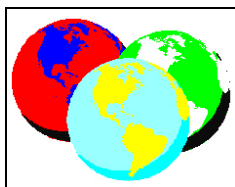
Todas las acciones tenderán al tratamiento simultáneo del paciente y su grupo familiar, evitando así la explicación unicausal de la enfermedad mental.

- 12) Fomentar la creación de recursos para cuidados progresivos.
- 13) Evitar las consecuencias estigmatizantes de los trastornos mentales, reemplazando las grandes instituciones psiquiátricas por pequeñas unidades asistenciales.

Todas las acciones deberán tender al desarrollo de programas que favorezcan la rehabilitación de las capacidades residuales y eviten la cronificación.

SERVICIOS SOCIALES

- 1) Estimular la solidaridad social y la participación ciudadana en la atención de los mayores.
 - a.- desarrollo del voluntariado (social y de tercera edad)
 - b.- el cuidado de los mayores, previa capacitación, podría ser una salida laboral.
- 2) Extender la cobertura de todas las prestaciones sociales con criterios de acercamiento de los servicios, e integración y coordinación de los mismos.



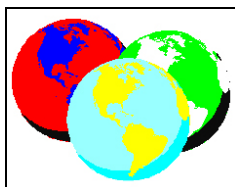
- a.- conocimiento de las necesidades de los mayores en cada zona:
tipificar las “áreas homogéneas de riesgo”
 - b.- resolución inmediata en casos de emergencia
- 3) Desarrollar prestaciones dinerarias individuales, no periódicas, para mayores en situación de necesidad.
- 4) Propiciar la permanencia de los mayores en su entorno.
- a.- Viviendas tuteladas
 - b.- Viviendas compartidas
- 5) Favorecer la solidaridad social dentro de su entorno.
- 6) Posibilitar la generalización y cualificación del servicio de ayuda a domicilio.
- a.- formación inicial y permanente de profesionales
 - b.- formación de personal para ayuda a domicilio
 - c.- participación de los Centros de Jubilados
- 7) Extender con criterio de equilibrio inter territorial la red de Centros de Jubilados existente, rediseñando sus funciones y servicios como centros abiertos a la comunidad, para el intercambio generacional.
- a.- residencias diurnas
 - b.- comida a domicilio
- 8) Prestar ayuda y apoyo a las familias que cuidan a alguna persona mayor.
- a.- descuentos en los servicios
 - b.- formación continua y apoyo psicosocial
 - c.- servicio de estancias temporales en residencias
- 9) Favorecer la autonomía de los mayores discapacitados.



- a.- bonificación de los servicios
 - b.- prestaciones económicas para la adquisición de ayudas técnicas
- 10) Garantizar una plaza residencial a toda persona mayor en situación de necesidad.
- a.- reconversión de las grandes residencias
 - b.- establecimiento de normativas sobre requisitos mínimos
 - c.- servicio de estancia diurna en residencias
- 11) Proponemos que se evalúen las condiciones de idoneidad de los Centro de Jubilados.
- 12) Políticas sociales elaboradas por profesionales especializados y por los mismos beneficiarios

HÁBITAT E INFRAESTRUCTURA

- 1) Procurar que el domicilio habitual de la persona mayor reúna las condiciones necesarias de acceso y habitabilidad, así como los servicios suficientes.
- a.- Programas de adaptación, recuperación o mejoramiento de la vivienda.
 - b.- Bonificación de servicios básicos.
- 2) Reservar en los proyectos de viviendas de protección oficial y viviendas sociales un mínimo del 3% de pisos con características arquitectónicas adecuadas para mayores.
- 3) Facilitar la accesibilidad a todos los edificios públicos.
- a.- eliminación de barreras arquitectónicas



- 4) Establecer una estructura urbanística que permita un entorno más accesible de las ciudades.
 - a.- incremento de zonas peatonales
 - b.- accesibilidad a teléfonos, baños públicos, etc.

- 5) Impulsar que los medios de transporte sean accesibles a las personas mayores.
 - a.- supresión de barreras y vehículos adaptados

- 6) Favorecer los desplazamientos urbanos e interurbanos de los mayores, para el disfrute de los bienes culturales.
 - a.- bonificación en los precios del transporte

CULTURA Y EDUCACIÓN

- 1) Facilitar el acceso a cursos de formación primaria, media y universitaria para los mayores interesados.
 - a.- cursos especiales formales y no formales
 - b.- presencia de los mayores como docentes

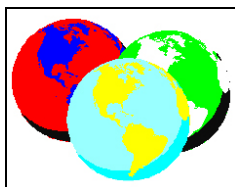
- 2) Ampliar los niveles de educación y cultura de los mayores mediante actividades ofrecidas en los centros gerontológicos.

- 3) Estimular el disfrute de los mayores, de todas las facetas de la vida cultural del país, y propiciar su presencia en los actos sociales.

- 4) Incorporar a los programas de formación profesional especialidades en gerontología.

- 5) Realizar todos los esfuerzos para que la jubilación sea percibida como el comienzo de una etapa llena de posibilidades de realización.

- 6) Utilizar la riqueza cultural de los mayores para potenciar su autovaloración y salvaguardar el patrimonio y las tradiciones populares.



7) Realizar programas de formación, capacitación e investigación de recursos humanos, en gerontología.

RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE

- 1) Propiciar la realización de micro emprendimientos productivos.
- 2) Fomentar la práctica del turismo entre los mayores, a nivel nacional e internacional.
 - a.- bonificación en los precios de viajes turísticos
 - b.- intercambios domiciliarios

PARTICIPACIÓN

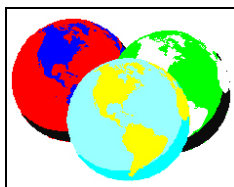
- 1) Fomentar la participación social y política de los mayores.
- 2) Establecer órganos de representación y asesoramiento en todos los ámbitos gerontológicos, públicos y privados.
- 3) Garantizar la participación de los mayores en el seguimiento y desarrollo del Plan Gerontológico Nacional (P.G.N.)

ORGANIZACIÓN GENERAL DEL P.G.N.

NIVELES DE RESOLUCIÓN

PRIMER NIVEL:

Comunidad Local



SEGUNDO NIVEL:

Instituciones para la atención de Patologías en Período Agudo (puede ser regional)

TERCER NIVEL:

Instituciones para la atención de Patologías en Período Agudo (puede ser regional) con infraestructura para Alta Complejidad.

ATENCIÓN DE LARGA DURACIÓN:

Domiciliaria y en instituciones residenciales para mayores.

NIVELES DE PREVENCIÓN

- PREVENCIÓN PRIMARIA
- PREVENCIÓN SECUNDARIA
- PREVENCIÓN Terciaria

PRIMER NIVEL DE RESOLUCIÓN PREVENCIÓN PRIMARIA

1) Fundamento:

Promoción y protección

2) Ámbito:

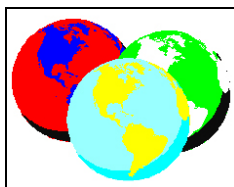
Comunidad

3) Destinatarios no focalizados:

Todos los adultos mayores autoválidos, sin patologías, o con patologías crónicas que no requieran tratamientos específicos.

4) Temáticas con características regionales y locales:

- Contención Social
- Geriatria (Patologías Prevalentes)
- Especialidades
- Salud Mental



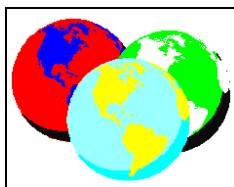
- Odontología
- Nutrición
- Podología
- Accidentología
- Vacunación
- Estimulación Física y Psíquica
- Recreación
- Abuso, Maltrato, Violencia Familiar y Social
- Contención Comunitaria
- Extensión Comunitaria
- Oferta Educativa para Adultos Mayores
- El Adulto Mayor como Capacitador
- Voluntariado Solidario
- Posibilidades Laborales
- Hábitat y Medio Ambiente
- Infraestructura y Equipamiento
- Derechos y Obligaciones

5) Actores: (perfiles)

- Equipo Profesional Interdisciplinario
- Centros de Salud
- Agentes Sanitarios
- Centros de Jubilados
- Otros Grupos Etáreos
- Instituciones Educativas
- Instituciones Recreativas
- Instituciones Culturales
- Instituciones Religiosas
- Instituciones Deportivas

6) Instrumentos:

- Valoración gerontológica y geriátrica integral
- Protocolos de control del adulto mayor autoválido, o con patologías que no requieran tratamiento específico
- Instrumentos de rastreo poblacional elaborados en función del riesgo gerontológico



PRIMER NIVEL DE RESOLUCIÓN PREVENCIÓN SECUNDARIA

1) Fundamento:

Diagnóstico temprano - tratamiento oportuno

2) Ámbito:

- Consultorios
- Centros de Salud
- Domicilios

3) Destinatarios Focalizados:

Adultos mayores con patologías agudas o crónicas reagudizadas que permitan el abordaje ambulatorio o domiciliario.

4) Actores: (Perfiles)

- Médico de Cabecera
- Médico Especialista
- Profesional de Salud Mental
- Profesional del Área Social
- Kinesiólogo
- Enfermero
- Nutricionista
- Terapeuta Ocupacional
- Recreólogo
- Arquitecto
- Abogado

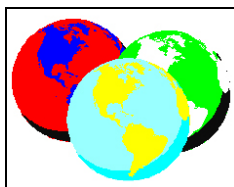
5) Sistemas Complementarios:

- De Diagnóstico y Tratamiento
- Ambulatorio y Domiciliario

6) Urgencias y Emergencias:

7) Temáticas e Instrumentos:

- Historia gerontológica única
- Protocolos para diagnóstico y tratamiento



- Escalas de valoración gerontológica y geriátrica integral
- Enfermedad terminal - cuidados paliativos
- Temática farmacológica (medicación y poli-medicación)
- Temática jurídica
- Infraestructura y equipamiento (domiciliario, institucional y urbano)

PRIMER NIVEL DE RESOLUCIÓN PREVENCIÓN TERCIARIA

1) Fundamento:

- a.- Rehabilitación de patologías en período post agudo
- b.- Contención de patologías crónicas en el medio comunitario

2) Destinatarios Focalizados:

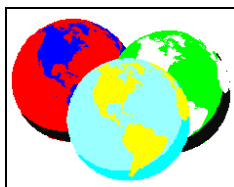
- a.- Adultos mayores en período post-agudo que requieran rehabilitación física, psíquica, y/o social (familiar, laboral o comunitaria) que permita la reinserción en la comunidad.
- b.- Adultos mayores semi dependientes o dependientes en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, que presenten condiciones aptas para permanecer en el medio comunitario (continencia socio familiar instrumental, afectiva, económica total o parcial, y entorno seguro en función del grado de la autonomía funcional y la patología).

3) Ámbito:

- a.- Domicilio
- b.- Centro de Día
- c.- Hospital de Día

4) Actores: (Perfiles)

- Médico de Cabecera
- Médico Especialista
- Profesional de Salud Mental
- Profesional del Área Social
- Kinesiólogo
- Enfermero
- Nutricionista



- Profesor de Educación Física
- Terapeuta Ocupacional
- Recreólogos
- Arquitecto
- Abogado

6) Equipos interdisciplinarios de atención domiciliaria

a.- profesionales para rehabilitación de patologías en período post agudo y atención de patologías crónicas.

b.- personas capacitadas para apoyo domiciliario

- cuidadores formales
- cuidadores informales (con capacitación y contención)

SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE RESOLUCIÓN PREVENCIÓN PRIMARIA

Se deberá realizar prevención primaria, de la misma forma que en el primer nivel de resolución, sobre las situaciones satélites en las que, la actual patología sea factor de riesgo, y sobre el resto de las descompensaciones bio-psico-sociales.

SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE RESOLUCIÓN PREVENCIÓN SECUNDARIA

1) Fundamento:

Diagnóstico temprano - tratamiento oportuno

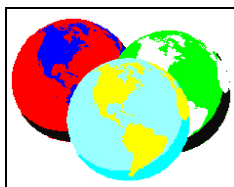
2) Destinatarios Focalizados:

Adultos mayores que presenten patologías agudas o crónicas reagudizadas, que requieran internación.

3) Modalidad intramural:

a.- Segundo nivel:

- emergencia y urgencia en adultos mayores



- internación:

- a) hospital geriátrico
- b) unidades de geriatría en hospitales generales de agudos
- c) abordaje geriátrico en unidades de otras especialidades

b.- Tercer Nivel:

- Alta Complejidad

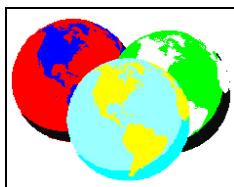
4) Modalidad Extramural: Internación Domiciliaria

Actores: Equipo Interdisciplinario de Internación Domiciliaria (Perfiles)

- Médico Geriatra
- Médico Especialista
- Profesional de Salud Mental
- Profesional del Área Social
- Kinesióloga
- Enfermero
- Nutricionista
- Temática Farmacológica (Medicación y Poli medicación)
- Temática Jurídica
- Arquitectura
- Enfermedad Terminal – Cuidados Paliativos

5) Instrumentos:

- Historia Clínica Única
- Protocolos para Diagnóstico y Tratamiento
- Criterios de Ingreso y Egreso
- Egreso con Alta Médica o con Internación Domiciliaria
- Criterios para acceso a la Alta Complejidad
- Valoración Gerontológica y Geriátrica Integral
- Escalas de Valoración
- Infraestructura y Equipamiento institucional y/o domiciliario



SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE RESOLUCIÓN PREVENCIÓN TERCIARIA

1) Fundamento:

Rehabilitación y sostén.

2) Destinatarios Focalizados:

Adultos Mayores en período post agudo, que requieran rehabilitación física, psíquica y/o social (familiar, laboral o comunitaria), con requerimientos de institucionalización transitoria.

3) Actores: (Perfiles)

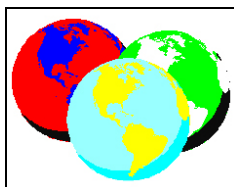
- Médico de Cabecera
- Médico Especialista
- Profesional de Salud Mental
- Profesional del Área Social
- Kinesiólogo
- Enfermero
- Nutricionista
- Terapeuta Ocupacional
- Profesor de Educación Física
- Recreólogo
- Arquitecto
- Abogado

4) Unidades de cuidados progresivos en instituciones de Segundo Nivel.

ATENCIÓN DE LARGA DURACIÓN PREVENCIÓN PRIMARIA, SECUNDA- RIA Y TERCIARIA

Se deberá actuar de la misma forma que en el primer nivel de resolución, pero teniendo en cuenta que se trata de adultos mayores más frágiles, y que se encuentran con atención domiciliaria o institucionalización crónica, lo que requiere una atención especializada.

1) Fundamento:



Mejorar la calidad de vida con cuidados especiales.

2) Destinatarios Focalizados:

Adultos mayores semidependientes o dependientes para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, que no cuenten con continencia socio familiar instrumental, afectiva, económica y/o hábitat adecuado, en relación a la capacidad funcional o a la patología, en forma transitoria, prolongada o definitiva.

3) Normativas de atención, equipamiento e infraestructura (SAGG- IRAM)

4) Actores: (Perfiles)

- Médico de Cabecera
- Médico Especialista
- Profesional de Salud Mental
- Profesional del Área Social
- Kinesiólogo
- Enfermero
- Nutricionista
- Terapeuta Ocupacional
- Profesor de Educación Física
- Recreólogo
- Arquitecto
- Abogado

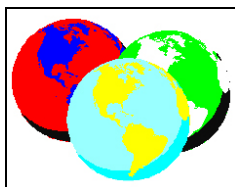
5) Equipos profesionales interdisciplinarios para la atención en las residencias para personas mayores.

6) Personal, con capacitación y contención, para la atención en las residencias para personas mayores.

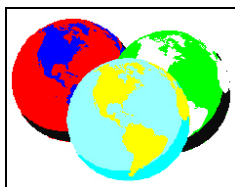
CONSIDERACIONES ACCESORIAS A LOS NIVELES DE RESOLUCION

- Relevamiento sistemático.

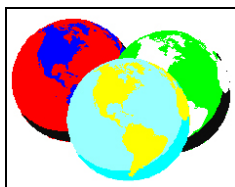
- Caracterización y segmentación en áreas y grupos de riesgo homogéneo.



- Evaluación comprensiva (cuadrivaloración gerontológica).
- Control periódico de viejos sanos y autoválidos (en equilibrio armónico).
- Sistemas de intervención integral en función del riesgo.
- Propender al cambio de paradigma en función de la producción de salud.
- Equilibrar la asignación de recursos entre lo asistencial y lo preventivo promocional.
- Cambiar el enfoque monodisciplinario, de tratamiento farmacológico, centrado en el hospital de enfermedades agudas.
- Adherir a las teorías de la compresión de la morbilidad y de la actividad.
- Subordinación a los deseos y proyectos individuales y familiares.
- Posponer la enfermedad y condiciones de cronicidad.
- Tender a la autovalidez controlada.
- Promover actividades tendientes al desarrollo de la personalidad y la identidad individual y grupal.
- Anticipar los cuidados geriátricos.
- Incluir en la educación sanitaria las temáticas referidas al envejecimiento, conocimiento de las posibilidades de cambio y su vivencia positiva (reconocimiento de límites, aceptación de la discapacidad, adaptabilidad).
- Fortalecer el rol del anciano como agente multiplicador de salud, recreando el valor protectorio del ejercicio de la responsabilidad social del adulto mayor hacia la familia y la comunidad.
- Fortalecer las relaciones intergeneracionales con equidad.
- Recomponer la solidaridad familiar vertical y fortalecer las redes de solidaridad horizontal (entre pares).
- El anciano como sujeto económico activo.
- Fortalecimiento y revalorización de la sexualidad (acompañada de acciones específicas de prevención de enfermedades de transmisión sexual).



- Recuperación y fortalecimiento de la abuelidad como función y no como símbolo.
- Valorizar y trabajar sobre el concepto de salud subjetiva como determinante de actitudes individuales y socio familiares.
- Profundizar acciones preventivas en relación a patologías prevalentes tendientes a reducir la incidencia de la discapacidad severa (fracturas, osteoporosis, enfermedad articular, insuficiencia cardíaca).
- Grandes síndromes geriátricos:
 - inmovilidad y escaras
 - inestabilidad y caídas
 - incontinencia - inmunodeficiencia
 - deprivación sensorial - depresión
 - estado confusional agudo - demencia
 - malnutrición - constipación
 - iatrogenia por polifarmacia
- Valoración gerontológica integral: tecnología que permite evaluar la situación, identificar los problemas, definir las necesidades, elegir servicios y planes de seguimiento.
- En la prevención secundaria fortalecer el modelo comunitario de asistencia, propiciar la adecuación de consultorios, centros de salud, domicilios y la creación de centros gerontológicos polivalentes.
- Aplicación de la tecnología de valoración geriátrica integral.
- Conocimiento y utilización de escalas de valoración.
- Determinar la obligatoriedad de la capacitación y actualización gerontológica de todos los profesionales que se encuentren involucrados en el abordaje de población anciana.
- Propiciar la investigación y actualización en farmacología geriátrica continua en función de los nuevos desafíos que presenta la gran longevidad.
- Crear sistemas complementarios de diagnóstico y tratamiento ambulatorio y domiciliario adecuados a la situación funcional.
- Creación de unidades de geriatría en hospitales generales de agudos, para atención clínica geriátrica diferenciada y abordaje geriátrico en unidades de



otras especialidades (concepto de gestión asociada, inter-especialidades, distinta de la interconsulta).

- En el segundo nivel de resolución incluir como criterio de egreso el encauzamiento de las acciones de rehabilitación.

- Tener en cuenta el cuidador informal (familia, vecinos).

- Programa de soporte al cuidador informal:

- evaluación
- formación
- contención
- orientación al control clínico
- descompresión

- Sistema de cuidados progresivos:

- atención domiciliaria
- centro de día (objetivos de apoyo y/o terapéuticos)
- hospital de día (objetivos terapéuticos)
- estancia temporal en residencias
- estancia definitiva en residencias

- Una organización con dos componentes:

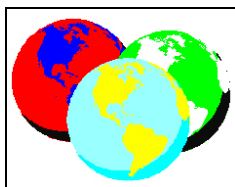
- 1) atención domiciliaria sanitaria
- 2) servicios de ayuda domiciliaria

- La atención domiciliaria no debe ser considerada una alternativa a la institucionalización sino un abordaje adecuado de ciertas problemáticas de los adultos mayores con criterios de aplicación propios y diferenciados de aquélla.

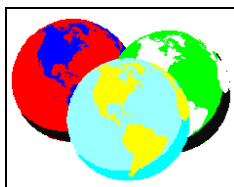
- Considerar al domicilio como espacio vital-saludable-terapéutico donde se equiparan las relaciones de poder: profesionales de la salud – paciente – familia.

OTROS TEMAS A TENER EN CUENTA

- Ética y bioética



- Sistemas de cuidados progresivos
- Sistemas de evaluación, definición de indicadores enfocados a resultados.
- Accesibilidad a los sistemas de atención.
- Referencia y contrarreferencia entre los distintos planos de resolución.
- Capacitación de los profesionales en gerontología y geriatría, en grado y postgrado.
- Trabajo en equipo interdisciplinario.
- Formación de técnicos.
- Formación de cuidadores.
- Acreditaciones y categorizaciones (SAGG - IRAM).
- Sistema normativo codificado (código gerontológico).
- Capacitación de adultos mayores.
- Voluntariado.
- Utilización de la informática.
- Conciencia gerontológica en los medios de comunicación.
- Conciencia gerontológica en la sociedad



BIBLIOGRAFÍA

BLANCO, Ricardo: “Bases para un Plan Gerontológico Nacional”. Editorial Dunken. Buenos Aires. Argentina. Año 1999.

MORAGAS Y MORAGAS, Ricardo: “Gerontologia Social”.Edit. Herder. Barcelona. España. Año 1991.

ANTEPROYECTO DE LEY NACIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES – Secretaría de la Tercera Edad – Presidencia de la Nación – Año 1998.

UN GRAN NUMERO DE LECTURAS DE LA ESPECIALIDAD Y UNA GRAN CANTIDAD DE TRABAJOS REALIZADOS POR EL AUTOR DURANTE LOS TREINTA (30) AÑOS QUE LLEVA TRABAJANDO EN LA GERONTOLOGIA.