

Situación actual y expectativas de la población adulta mayor: un desafío para los Sistemas de Salud.

Joanna Andrea Barreto Martinez 1. Jhair Leandro Girón Gonzalez 2

1. Medica Especialista en Medicina Familiar Integral. Candidata a Especialización Administración en Salud. Universidad Católica de Manizales
2. Enfermero Profesional. Candidato a Especialización Administración en Salud. Universidad Católica de Manizales

Resumen

Las estadísticas de la OMS muestran que la población mundial ha aumentado su expectativa de vida y paralelamente ha reducido de manera progresiva la tasa de natalidad. Con este fenómeno de envejecimiento global, hay una alarmante prevalencia de las enfermedades crónicas, degenerativas, con su respectiva necesidad sentida de cuidado al adulto mayor de 50 años. Ante los diferentes sistemas de atención sanitaria y el coste de estas necesidades en salud y las estrategias adoptadas para afrontar este fenómeno. El administrador de los servicios de salud debe reconocer el contexto de la atención en todos los niveles para este grupo poblacional. Por ello el **objetivo de esta revisión** es reconocer el contexto actual y las dificultades a las que se ven afrontados los adultos mayores de 50 años, sus familias, las organizaciones en salud, la sociedad y el mismo Gobierno Colombiano, a partir de la comparación con otros países, en el año 2013. **Materiales y Métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scielo, Proquest, Google Académico en límite temporal del primer semestre del año 2013. Se buscaron las palabras clave en título, abstract, de contenido y como descriptores (DeCs). Se realizó una evaluación de cada artículo de su validez estadística. En muchos casos los estudios hacían referencias a valores subjetivos de los adultos mayores. Estos fueron importantes para determinar su percepción de su situación y sus expectativas. **Resultados** Se encontraron estudios que hacen referencia a la situación de salud y estrategias adoptadas por los siguientes países: Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador España, Uruguay e India y se realizó un análisis comparativo con Colombia entorno a las estrategias utilizadas para la población mayor, por lo que se revisó la política nacional de envejecimiento. Para fomentar el envejecimiento activo de las poblaciones y específicamente a las situaciones a las que se enfrentan los adultos mayores en estos países y finalmente evaluar el avance de la atención en salud y los avances en materia de seguridad social para las poblaciones que actualmente están cursando por una transición demográfica significativa a nivel global. Se identifican aspectos críticos en la situación actual para el adulto mayor: Comorbilidad, Limitación funcional, Caídas, Desnutrición, diversificación cultural, Dificultades en el medio laboral, úlceras por presión, sobrecarga del cuidador,

carga financiera de los sistemas sanitarios y Entorno del adulto mayor. Desde el rol del administrador de salud, este es considerado como uno de los puntos críticos del SGSSS; la atención a los adultos mayores, las barreras de acceso y el apoyo integral para optimizar e invertir recursos en la educación y soporte de las poblaciones en lugar de la atención clientelista que genera muchos gastos y sobrecostos al sistema por la descompensación de patologías crónicas y de las complicaciones prevenibles a través de la educación y de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad **Conclusiones** Pese a que el aumento de la esperanza de vida es un logro de la ciencia y la tecnología, el que la población adulta mayor comience a predominar sobre el resto de la población tienen sus consecuencias. Consecuencias para las cuales los Gobiernos no están preparados. Se debe elaborar un modelo integral de atención sanitaria a la población mayor a través de la promoción de un sano envejecimiento y de acciones preventivas y educativas para cambiar el paradigma asistencialista de las naciones. Consideramos en el caso Colombiano que se presenta un avance importante con respecto a la atención sanitaria y asistencia social en el adulto mayor en América Latina y con respecto a otros países y sistemas sanitarios, a pesar de tener el establecimiento de un Sistema de Seguridad Social, aún quedan aspectos por mejorar y que podrían tenerse en cuenta para el planteamiento de acciones en salud que repercutan en el fenómeno del envejecimiento poblacional, que sean costoefectivas y que busquen el fomento de un envejecimiento activo y un soporte social adecuados

Palabras clave: adulto mayor, familia, políticas de control social, Servicios de Salud, (Fuente: DeCS,)

Palabras clave adicionales estado funcional, vulnerabilidad organizaciones sanitarias, cuidados. Independencia

Abstract

WHO statistics show that the world population has increased life expectancy and parallel progressively reduced birth rate. This phenomenon of global aging, there is an alarming prevalence of degenerative, chronic diseases with their respective perceived need for care for the elderly 50 years. Given the different health care systems and the cost of these health needs and the strategies adopted to address this phenomenon. The administrator of health services must recognize the context of care at all levels for this population group. Thus, the aim of this review is to recognize the current context and the difficulties that are faced adults over 50, their families , health organizations , society and the Colombian government itself, from the comparison with other countries, in 2013 **Materials and Methods** . A literature search in PubMed, SCIELO, Proquest, Google Scholar data temporarily limit the first half of 2013 was conducted keywords in title, abstract were searched. As content descriptors (DeCs). An assessment of each article was performed

statistical validity. In many cases the studies were references to subjective values of older adults. These were important in determining their perception of their situation and their expectations. **Results** studies that refer to health status and strategies adopted by the following countries were found : Brazil , Chile, Costa Rica , Cuba , Ecuador Spain , Uruguay and India and a comparative analysis with Colombia environment was made to the strategies used for population , so the national aging policy was revised . To promote active aging populations and specifically to the situations that older adults face in these countries and finally evaluate the progress of health care and advances in social security for the people who are currently studying for a significant demographic transition globally. Critical issues identified in the current situation for the elderly : Comorbidity , functional limitation , falls , malnutrition , cultural diversification , difficulties in the workplace , pressure ulcers , care burden , financial burden on health systems and Environment of the Elderly . Since the role of the health administrator , this is considered as one of the critical points SGSSS ; care for the elderly , barriers to access and comprehensive support to optimize resources and invest in the education and support of populations rather than patronage care creates many costs overruns and system for decompensation of chronic diseases and preventable through education and advocacy of health and prevention of disease Conclusions Although the increase in life expectancy is an achievement of science and technology, the complications that older adults begin to predominate over the rest of the population have their consequences. Implications for which governments are unprepared. Should develop a comprehensive model of healthcare to the population through the promotion of healthy aging and preventive and educational welfare paradigm to change the actions of nations. We believe in the Colombian case presents an important advance with respect to health care and social assistance for the elderly in Latin America and in relation to other countries and health systems, despite being the establishment of a social security system , there are still areas for improvement and could be considered for the planning of health actions that impact the phenomenon of population aging, which are seeking cost effective and promoting active aging and social support appropriate

Introducción.

El envejecimiento poblacional ha sido un tema de creciente interés a nivel mundial, dado que la longevidad del hombre moderno es mayor, gracias a los avances técnicos y científicos. Por lo que se han llegado a consensos y políticas internacionales que enfoquen los esfuerzos de los países y sus sistemas tanto sanitarios como a la sociedad misma al mantenimiento de unas condiciones dignas para los adultos mayores. Según la declaración de Brasilia sobre el envejecimiento saludable, OMS 1996. "El envejecimiento está ligado al desarrollo. Las personas mayores saludables son un recurso para sus familias, sus

comunidades y la economía". En el marco legal colombiano se puede observar un avance o tendencia al desarrollo como la implementación de un Sistema de Seguridad Social, y la política nacional de envejecimiento 2007-2019. Es entonces necesario comparar los avances en esta materia con respecto a otros países y en especial países de referencia en el tema como lo son España, Cuba, Chile y Brasil y con otros con unas condiciones de salud similares tales como Ecuador, adicionalmente debemos comparar los avances en las políticas públicas y de salud por lo que adicionalmente se tomó como referencia el caso de India. En términos generales dentro de los aspectos identificados en la revisión bibliográfica se encuentran la presencia o ausencia de sistemas sanitarios, las estrategias públicas para la atención de los adultos mayores y como un punto crucial la presencia y evolución de los centros de atención al adulto mayor, en donde se presentan situaciones que facilitan o contribuyen a la generación de situaciones de riesgo para esta población.

Keywords: Elderly, Family, Social Control Policies, Health Services,

Additional Keywords: functional status, vulnerability healthcare organizations, care. Independence

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las estadísticas de la OMS muestran que la población mundial ha aumentado su expectativa de vida y paralelamente ha reducido de manera progresiva la tasa de natalidad.

Con este fenómeno de envejecimiento global, hay una alarmante prevalencia de las enfermedades crónicas, degenerativas, con su respectiva necesidad sentida de cuidado al adulto mayor de 50 años.

Es de suma importancia para nosotros como administradores en un sistema de salud que está enfocado al asistencialismo, plantear soluciones o alternativas de calidad de vida de esta población, a costos sostenibles y encaminando nuestros esfuerzos hacia una gestión adecuada de las dificultades propias que este grupo poblacional nos representa, abarcando una visión multidisciplinaria para poder dar respuesta a sus necesidades.

La atención sanitaria de las poblaciones mayores no solo depende de la institución como tal, es un conjunto conformado por el personal, las familias de los adultos institucionalizados, las políticas enfocadas a estos y el aporte de la sociedad para adaptarse, con armonía a los cambios que nos están demostrando que envejecer dignamente, es una necesidad que se pide a gritos y con cada vez, con mayor eco en nuestra sociedad, más allá de la utopía.

En este punto se plantea la siguiente inquietud como motor de nuestra investigación: ¿cuáles son los desafíos a los que se ven enfrentados los adultos mayores y sus familias, en el contexto de la situación socioeconómica colombiana actual?

OBJETIVO GENERAL

Reconocer el contexto actual y las dificultades a las que se ven afrontados los adultos mayores de 50 años, sus familias, las organizaciones en salud, la sociedad y el mismo Gobierno Colombiano, a partir de la comparación con otros países, en el año 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Revisar literatura científica acerca de las diferentes experiencias en el cuidado de adultos mayores de 50 años institucionalizados y no institucionalizados a través de las diferentes bases de datos.
2. Relacionar puntos en común de las dificultades que han tenido que afrontar las instituciones especializadas en el cuidado de adultos mayores, la familia y el adulto mayor.
3. Evaluar algunas estrategias adoptadas por las instituciones referenciadas en la búsqueda bibliográfica
4. Realizar un acercamiento a las políticas, sociales y económicas de los gobiernos que contemplen esta población.

Metodología.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PudMed, Scielo, Ebsco, Proquest, Google Académico en límite temporal de agosto 2013, a enero 2014. Se buscaron las palabras clave en título, abstract, de contenido y como descriptores. Se encontraron 75 artículos.

Criterios de selección:

Durante la siguiente revisión documental, retomaremos los aspectos más importantes del cuidado de la salud de la población mayor de 50 años, reconociendo los conceptos y experiencias de otros países como los europeos, algunos modelos latinoamericanos, y contextualizándolos al panorama colombiano que ha adoptado como estrategia, el boom de las instituciones gerontológicas.

Teniendo en cuenta que el centro de atención a la población mayor de 50 años, es un tema que abarca muchos aspectos es necesario definir unos criterios para la selección de artículos científicos para poder dar una respuesta al planteamiento inicial a través de la revisión documental. Es por esto que los criterios de selección de literatura mundial y artículos científicos sean los siguientes:

- Investigaciones que se dediquen únicamente a la atención de la situación de salud de las poblaciones mayores de 50 años en inglés, portugués o español.
- Artículos o publicaciones inferiores a 5 años.
- Artículos o publicaciones que hagan referencia a calidad de la atención a poblaciones mayores de 50 años.
- Condiciones o situaciones que impliquen una afectación directa de la calidad de vida de los adultos mayores.

Criterios de exclusión:

Se definen como criterios de exclusión del material científico y que se consideran fuera del propósito de la revisión las siguientes condiciones:

- Estudios o revisiones de poblaciones menores de 50 años.
- Documentos que únicamente aborden la atención paliativa o asistencial sin la mirada administrativa.

De los 75 artículos iniciales, se excluyeron 25 porque databan más de 5 años, o no tenían enfoque integral del adulto mayor.

Se realizó una evaluación de cada artículo de su validez estadística. En muchos casos los estudios hacían referencias a valores subjetivos de los adultos mayores. Estos fueron importantes para determinar su percepción de su situación y sus expectativas.

Definiciones:

Se define **persona mayor**, hombres y mujeres de más de 60 años, o de 50 años si pertenecen a poblaciones en riesgo (1).

La **funcionalidad** es entendida como “la capacidad de ejecutar acciones individuales más o menos complejas que comprometen el quehacer cotidiano, la disminución de esta, se relaciona directamente, con el nivel de actividad física que se posea lo que también es condicionante del estado de salud” (3).

La OMS también lo ha definido como “un estado o calidad del organismo humano que expresa su funcionamiento adecuado en condiciones dadas, genéticas o ambientales.

Y posteriormente amplió la definición: “la interrelación compleja entre el estado de salud (trastorno o enfermedad) y factores contextuales, donde se implica la integridad funcional y estructural del hombre participación por otra, culminados en la capacidad para realizar tareas o el desempeño en un entorno real, propiciado por factores ambientales como facilitadores, *versus* la existencia de la deficiencia (funcional o estructural) y/o la limitación en la actividad, y/o restricción en la participación que por ende genera la discapacidad, propiciado por barreras u obstáculos, derivados de factores ambientales. De tal forma que un sujeto puede tener deficiencia sin limitación en la actividad, o bien tener limitaciones en la actividad sin deficiencias evidentes o, por otra parte, tener problemas de participación, sin deficiencias o limitaciones en la actividad; o en otra vertiente, tener limitaciones en la actividad sin problema de participación”.

Hazzard (2007), plantea la funcionalidad como “la interrelación entre los aspectos cognitivo, afectivo, factor medioambiental, soporte social, factor económico y espiritualidad.”

El **envejecimiento** es “el conjunto de transformaciones y o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida: es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales” (1).

También hablamos de un **envejecimiento universal**: “Toda materia, cualquiera sea su naturaleza, envejece, lo que varía es el tiempo, la forma y el ritmo evolutivo, que son propios para cada ser vivo” (1). Se comienza a envejecer desde que se nace; y la ciencia y la tecnología han logrado prolongar la esperanza.

La OMS define **envejecimiento activo** como “el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez” (1).

El envejecimiento activo hace referencia a “capacidades físicas, y a la vez a la participación en cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas. Haciendo a los adultos mayores, independientes, participativos, autónomos, con menores niveles de discapacidad por enfermedades crónicas; desmitifica la vejez como problema, y crea condiciones para que las personas mayores sigan participando en la vida económica y productiva, y familiar” (1).

Por **nivel de vida** se consideró “el dominio del individuo sobre los recursos en forma de dinero, posesiones, conocimiento, energía mental y física, relaciones sociales, seguridad y otros medios con los cuales el individuo puede controlar y dirigir conscientemente sus condiciones de vida. las condiciones de vida son el conjunto de bienes que conforman la parte social de la existencia humana, están conformadas por: salud, educación, alimentación, sanidad ambiental y vivienda, y en algunos casos incluye el medio cultural y político, por ser el entorno social que influye en la formación de las capacidades humanas (v.gr. estado de salud, nivel de conocimientos) y el logro de objetivos (seguridad, integridad personal, respeto a la dignidad humana, ejercicio de la libertad y derechos políticos). En cada etapa de la vida, se le da más importancia a una u a otra. Para el adulto mayor, la capacidad de mantener la autonomía se convierte en el eje de su existencia, el ser independiente. Y se le suma las redes de apoyo, los servicios sociales, condiciones económicas, entorno” (2).

El **Sistema de la Protección Social** se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos (Art. 1, Ley 789 de 2002). Utiliza el Manejo Social del Riesgo (MSR), un enfoque centrado en el riesgo social (prevención, mitigación y superación), especialmente en situaciones de crisis, y de acuerdo a la vulnerabilidad específica de cada grupo humano (1).

Define **riesgo** como “un evento adverso que puede afectar a la población. Alude específicamente a un hecho (o un conjunto de ellos), potencialmente dañino para los individuos y las familias” (1).

Se analizan los **riesgos relacionados con el ciclo vital** los “asociados a hábitos y prácticas inadecuadas de salud y nutrición, y riesgos propios de cada etapa como enfermedad, lesiones, discapacidad, epidemias, accidentalidad, violencia, accidentes de tránsito, enfermedades crónicas y de alto costo y en general la mortalidad evitable” (1).

Los **riesgos asociados a fuentes sociales**, como “el desplazamiento forzado, la violencia intrafamiliar, la delincuencia, la drogadicción, el abandono, la dependencia y el terrorismo, entre otras” (1).

Los **riesgos asociados a fuentes económicas** como “el desempleo, el subempleo y las crisis financieras y la falta de ingresos para la vejez, entre otros” (1).

La **vulnerabilidad** es entendida como una “función inversa de la capacidad de los individuos, grupos, hogares y comunidades, de prever, resistir, enfrentar y recuperarse del impacto o efecto de eventos que implican una pérdida de activos materiales e inmateriales” (1).

Entre las diferentes estrategias contra el riesgo, existen; las estrategias de prevención que se aplican para evitar que se produzca el riesgo, involucran la salud pública, del medio ambiente, educación, capacitación y macroeconomía. Las estrategias de mitigación que disminuyen el efecto de un futuro riesgo de deterioro, y las estrategias de superación que pretenden disminuir el impacto del riesgo una vez se ha producido (1).

La **seguridad económica** es definida como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida y define su nivel de autoestima, al propiciar el desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos (10).

La **prestación informal de cuidados** se encuentra entre una amplia variedad de actividades dentro del sistema sanitario, y se define como la persona que presta cuidados a individuos no autónomos que se encuentran en situación de dependencia y que provienen del círculo familiar, vecinal, de amigos entre otros que no reciben remuneración económica por la función que desempeñan (13).

A nivel operativo, las **estrategias**, son: “intervenciones públicas para asistir a personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo del riesgo y proporcionar apoyo a aquellos que están en extrema pobreza. Conformación de redes sociales de apoyo, establecidas como estrategias de la protección social, con el fin de que los pobres mejoren sus condiciones de vida. La protección como una inversión en capital humano; ayudando a las personas a acceder a servicios básicos, evitando la exclusión social y resistiendo las estrategias de superación que tengan efectos negativos e irreversibles” (1).

SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR

Según Naciones Unidas la esperanza de vida al nacer es de 66 años promedio a nivel mundial y en el 2050 habrá cerca de 2 millones de adultos mayores (30). El envejecimiento de la población suele relacionarse con los países europeos, en particular con Italia, y con el Japón. Menos evocado es el envejecimiento demográfico en Europa del Este, en particular en la Federación de Rusia. Aún más desapercibido pasa el hecho de que la India, la República Popular de China y

muchos otros países en desarrollo están experimentando un rápido envejecimiento demográfico (4).

Demográficamente, Chile presenta un cambio progresivo y acelerado de su pirámide poblacional, constituyendo el grupo de países latinoamericanos en transición demográfica avanzada junto a Cuba, Uruguay y Argentina, lo que se traduce en un aumento de la población de 60 años y más. Se estima que hacia 2025, habría 1 adulto mayor por cada menor de 15 años y, hacia el 2050, esta cifra aumentaría a 1,7 (8) (34).

Se avecina la transformación de la pirámide demográfica de la India y será radical. El gran aumento de la proporción de ancianos en la población de este país se producirá al mismo tiempo que acaezcan nuevas tendencias capaces de deteriorar los lazos familiares tradicionales que garantizan el cuidado y el bienestar de los ancianos (4).

España presenta uno de los índices más altos de envejecimiento, no sólo de Europa sino de todo el mundo. Las personas de 65 y más años de edad representan el 17% del total de la población española, con un aumento importante de las mayores de 80 años, que representan el 4,1%. (44)

Con el aumento de la longevidad los problemas y preocupaciones por la seguridad económica salen a flote ya que en este país tradicionalmente la familia es la principal fuente de sustento económico a medida que van envejeciendo, pero las nuevas tendencias están poniendo en aprietos el mantenimiento de este sustento, fenómenos como la migración interna de personas en edad productiva han alejado a los trabajadores de sus padres, generando una disminución de la vida familiar en varios grupos generacionales. Adicionalmente la urbanización entre otros factores ha postergado la edad de reproducción y ha disminuido la natalidad, pero ha generado una concentración demográfica. Las mujeres en su mayoría se ocupan de sus padres ancianos, se encuentran en el dilema de ingresar al mercado laboral para ofrecer una asistencia financiera o atender el hogar, lo cual se refleja en la escasa actividad femenina.

El aumento de la longevidad ha incrementado los costos de mantenimiento de los ancianos. Los indios, en particular los habitantes de las ciudades, hoy suelen tener un período de inactividad más largo al final de la vida. Los ahorros personales pueden ser útiles, pero, por lo general, no son suficientes. Otras fuentes de ingresos, tampoco son adecuadas.

Una reciente encuesta doméstica indica que en la India los gastos de salud directos anuales per cápita de las personas mayores son casi cuatro veces más elevados (2.890 rupias indias) que los de las personas en edad de trabajar (770 rupias) (4)

Gran parte del aumento de los gastos de salud directos puede atribuirse a una combinación de factores: la baja calidad de los servicios públicos, la reducción del gasto público en servicios de salud (en proporción del producto interno bruto, PIB) en la década de 1990 y el acceso limitado a otros tipos de seguro de salud, obligatorios o voluntarios. Por otra parte la seguridad de la renta en la vejez es de particular preocupación en el caso de las mujeres, ante todo porque suelen vivir más tiempo que los hombres. En la actualidad, la esperanza de vida de las mujeres de 60 años de edad supera en dos años a la de los hombres y su incursión al mercado laboral es limitada, y la posibilidad de acceso a la vivienda por herencia familiar es casi nula ya que los derechos de propiedad ancestral son excluyente por lo que para estas es más difícil que para los hombres asegurar una renta en la vejez (4).

Ante el panorama anterior el Gobierno indio, tuvo que elaborar planes para contrarrestar esta dramática situación, por lo que se revisaron y evaluaron las estrategias para mejorar la seguridad de la renta de los ancianos. Por lo que se adoptaron los denominados 5 pilares

- a) Un sistema de pensiones sin capitalización (el pilar « cero »), financiado con fondos presupuestarios: Los mecanismos de ayuda a la tercera edad incluyen, primero, la asistencia social para las personas mayores, iniciativa en la que participan tanto el gobierno nacional como las administraciones estatales. El objetivo de este programa es ofrecer una pensión mensual de 200 rupias indias (alrededor de 4 dólares) a las personas mayores de 65 años que viven en hogares pobres. Este régimen en la actualidad cubre a alrededor de 16 millones de personas. Uno de los grandes desafíos de estos regímenes es la falta de una adecuada selección de los pobres, tarea que se suele llevar a cabo combinando la definición de pobreza basada en encuestas y la identificación comunitaria de los pobres, por lo que el fraude y la dificultad para establecer una edad real de las mujeres ya que en las zonas rurales hay un subregistro de este importante dato censal.
- b) un régimen, posiblemente financiado por reparto, de prestaciones definidas y cotizaciones obligatorias en función de los ingresos (primer pilar): Se establecieron cambios en el Régimen Nacional de Pensiones que permiten realizar la cotización de pensiones, algunos de estos agentes privados exigen que se hagan aportes mínimos constantes y una plena identificación de cuentas bancarias y movimientos, por lo que se propone la identificación única como medida para controlar el desembolso de recursos
- c) un plan obligatorio de cotizaciones definidas y cuentas individuales (segundo pilar) En este aspecto se establece que las cuentas individuales destinadas a pensión únicamente serán para tal fin y que deben ser gestionadas de manera individual pero como medida de seguridad no se pueden hacer retiros de estas hasta cuando se cumpla el periodo de cotización y se llegue a la vejez. Además de los programas centrados en el

pago de las pensiones y de los fondos de previsión, recientemente se han emprendido acciones para fomentar la ayuda familiar a los ancianos.

- d) Un plan de cotizaciones voluntarias que podría ser patrocinado por el empleador, de cuentas individuales, prestaciones definidas o cotizaciones definidas (tercer pilar): En este aspecto se ha mejorado la estructuración establecida en las modalidades de empleo estructurado y se ha intentado estructurar las modalidades de empleo no estructuradas para que se hagan aportes voluntarios a los sistemas y se promuevan los aportes para la vejez
- e) sistemas de ayuda informales (cuarto pilar) A pesar de ir en detrimento este aspecto, se establecen planes para mantener los sistemas de ayuda informales como mecanismo de sostenibilidad de los adultos mayores ,

El marco de cinco pilares se creó para atender las necesidades de los trabajadores de los sectores estructurado y no estructurado, como también de los pobres, mediante distintos tipos de planes de pensión; y para reforzar la atención en salud de las poblaciones, especialmente de los sectores más pobres, mejorando problemas de accesibilidad y de oportunidad a través del establecimiento de redes en salud y de tarifas favorables para el Estado en papel de asegurador de algunos sectores de la población (4).

Al evaluar la situación de la seguridad social en India y compararlo con Colombia, nuestro país se encuentra muy organizado y ha logrado cobertura importante de los problemas de salud de la población, se evidencia que en general dentro de los problemas del establecimiento de la seguridad social, en países en vía de desarrollo se enfrentan principalmente 3 problemas; pérdida o falta de información de la situación en salud de la población, problemas administrativos para definir lineamientos claros enfocados al logro de una mejor atención en salud y una mayor cobertura para las poblaciones; y finalmente la falta de implementación y seguimiento a programas que puedan impactar en la salud de las poblaciones, a través de las redes en salud o de los datos del usuario para ofertar servicios de salud acordes con las necesidades poblacionales enmarcados en los sistemas de información y la eficiencia en la gestión de los prestadores y aseguradores de salud los cuales repercuten en la calidad de la atención y la oportunidad.

Como se ha reportado en otros países la población mayor de 65 años es altamente vulnerable y los sistemas sanitarios en gran medida son poco amigables y accesibles a esta población por lo que un aspecto a trabajar dentro de los actores del sistema es la integración de este grupo poblacional al acceso a los servicios y a la oportunidad de atención y seguimiento para identificar y prevenir complicaciones, las cuales implican sobrecostos que a largo plazo tornarían insostenibles los sistemas sanitarios. De allí la importancia de implementar estrategias costoefectivas para que se mantenga la asistencia social y así se garanticen mejores condiciones para la población mayor (4).

La salud, las pensiones y los servicios sociales, son derechos humanos, subjetivos y fundamentales. Las crisis económicas no son disculpas para violar los derechos, sino todo lo contrario, para cristalizarlos. Normas y jurisprudencia hacen necesario profundizar el concepto de garantía y respeto de los derechos de las personas mayores y abogar por el de realización de los mismos, pues de lo que se trata es de cumplir lo que se promete dentro del Estado. Hay que impulsar la cultura de la solidaridad con el adulto mayor (14).

Seguridad en la tercera edad: un comparativo mundial.

La reforma refundación de la seguridad social se sustenta en la Ley 100 de 1993, que le puso orden a una dispersión en la prestación de los servicios públicos de la seguridad social pero que no es un buen modelo, como lo ha demostrado el paso del tiempo. En cuanto a las pensiones, el manejo jurídico se halla no solamente en el artículo 48 de la Constitución Política, en el Acto Legislativo n° 1 de 2005, en las leyes y decretos que diseñan la seguridad social, sino especialmente en la reclamación de los derechos; por esta última circunstancia surge una jurisprudencia constitucional conocida y alabada (14).

En pensiones contributivas el sistema es paralelo, debido a que coexisten, como alternativa, el régimen de Prima Media con Prestación Definida y el de Ahorro Individual; la persona selecciona el régimen. Ambos regímenes emulan en una economía de mercado, aplicados tanto en Colombia como en Perú. Las reclamaciones por derechos pensionales han llegado a la jurisdicción constitucional, por vía de tutela o amparo. La jurisprudencia ha sido abundante, y garantiza, como es natural, la efectividad de los derechos fundamentales (14).

En salud: Las normas que hoy rigen se expidieron con base en la Constitución de 1991 (que permitió que también los particulares prestaran el servicio); después se promulgó la Ley 100 de 1993, que creó las EPS. La realidad colombiana se simplifica así: miles de empleados públicos recibían la atención de salud en la Caja Nacional de Previsión; esta institución ya no existe. Centenares de miles de trabajadores particulares y del Estado estaban afiliados al Instituto de Seguros Sociales; la Vicepresidencia de Salud fue escindida del ISS mediante decreto; por un tiempo funcionaron las ESE; ahora ya no funcionan. Generando como consecuencia: la prestación del servicio de salud la tienen, casi en su totalidad por empresas privadas. Es una expresión del neoliberalismo. Además, especialmente a partir de 1995, una parte de los usuarios, para acceder al servicio, después de obtener la orden del médico tratante para procedimientos médicos y para entrega de medicamentos, se han visto obligados a instaurar acciones de tutela para que el juez, mediante sentencia, ordene la atención. La jurisprudencia constitucional sobre el derecho a la salud (más de 10 000 sentencias de la Corte Constitucional, en un universo donde los jueces colombianos han proferido en los últimos 19 años aproximadamente un millón de fallos de tutela para proteger el acceso de los

colombianos a la salud, ante la realidad de que hay dificultad en la entrega de medicamentos y realización de procedimientos médicos (14)

Servicios sociales: Diferentes normas empiezan a hablar de servicios sociales, pero no existe una cultura al respecto. No obstante, tanto el Estado como entidades particulares sin ánimo de lucro y, por supuesto, las iglesias, especialmente la católica, desarrollan proyectos. El Estado central y las municipales también dan auxilios monetarios a colectivos de adultos mayores, pero más que servicios sociales son asistencia social. No se puede pasar por alto que en Colombia funcionan las cajas de compensación familiar, muy conocidas a nivel nacional e internacional (14).

España:

España es referente del modelo europeo y una de las expresiones del Estado de bienestar. Como toda Europa, España está inmersa en la discusión sobre el modelo de Estado de bienestar y los obstáculos derivados de la economía del mercado; esto explica, en parte, que la reforma a las pensiones está en el ojo del huracán, actualmente Una base importante para la seguridad social española en su conjunto es la Ley General de la Seguridad Social, Ley 26 de 1990 (14).

Salud: existe un Sistema Nacional de Salud (SNS), de atención integral, basado en el artículo 43 de la Constitución de 1978. La Constitución española establece que la protección de la salud es un derecho fundamental de todo ciudadano. La Ley General de Salud señala los principios y directrices, financiamiento público, universalidad y gratuidad; derechos y deberes definidos por los ciudadanos y por los poderes públicos; descentralización política para las Comunidades Autónomas; atención integral (hay atención primaria y atención especializada u hospitalaria). El funcionamiento del servicio depende, entonces, del presupuesto público. Aunque el porcentaje del PIB destinado a salud equivale a 7,7%, es decir, está por debajo de la media de la Unión Europea, de todas maneras los resultados han sido satisfactorios (14).

Pensiones: Se trata de un sistema público. El Estado fija los requisitos, las cotizaciones, el monto, colabora económicamente y, por lo tanto, no es un régimen de ahorro individual. La Tesorería General de la Seguridad Social opera como caja única de la seguridad social; a esa caja van a parar las aportaciones de empresarios, asalariados, autónomos o agricultores de todas las autonomías españolas; con el dinero depositado en esa arca se pagan el subsidio de desempleo y las pensiones públicas (14).

Con el pacto hecho en 2011 se elevó la edad de jubilación de 65 a 67 años, no obstante, se estableció un periodo gradual para su entrada en vigor; también se aumentaron los años de trabajo: actualmente hay que trabajar un mínimo de 35 años para cobrar el 100% de la pensión; a partir de 2013 este plazo se aumentará progresivamente hasta alcanzar los 37 años en 2027 para los que se retiren a los

67 años; quienes hayan cotizado durante 38,5 años podrán retirarse a los 65 años cobrando toda la pensión (14).

Servicios sociales, se consolidan en la Ley 39 de 2006, cuyo objetivo es proteger a la persona adulta mayor desde el derecho y no desde la beneficencia, por lo que se propende por la autonomía individual, teniendo en cuenta a las poblaciones vulnerables. En consecuencia, en España hay servicio de salud gratuito, se defiende el sistema público de pensiones y se protege el nuevo pilar del Estado de bienestar: los servicios sociales (14).

Uruguay

Se trata de un país donde se le da mucha importancia al diálogo nacional en seguridad social y a la educación. Podría decirse que su nivel de vida responde, entre otras causas, a una cultura de la seguridad social y a una cultura en general que se refleja en el respeto a los adultos mayores. Para el análisis del caso uruguayo, el eje es la educación. En la República Oriental del Uruguay, por norma constitucional, se creó el Banco de Previsión Social (BPS), sustento para la seguridad social uruguaya, lo cual ha significado cobertura al 88% del total de pasivos del país (14).

Salud: El 1° de enero de 2008 empezó a regir el llamado Sistema Nacional Integrado de Salud –SNIS–, relacionado con la cobertura médica. Allí ingresan e ingresarán todos los uruguayos. Se busca la universalidad. Hay quienes opinan que si eso se logra es a riesgo de disminuir en eficiencia (14)

Pensiones: A partir de 1995 se estableció un sistema mixto, a cargo del BPS y de capitalización (AFP), que sustituyó al sistema de seguro social; se alimenta con cotizaciones (15% de los ingresos que se reparte entre los dos sistemas). El accionar de los Fondos Privados es complementario y no alternativo. Se adiciona tal esquema con reformas establecidas a partir de 2005: cada hijo habilita un año de jubilación para la madre; el tiempo de jubilación disminuyó de 35 a 30 años; existe la jubilación por edad avanzada (70 años de edad y 15 de servicios reconocidos), jubilación especial. Y se ha establecido un incremento anual de las pensiones (14).

En **servicios sociales** son numerosos los programas a favor del adulto mayor. “Programa Nacional Adulto Mayor” (PRONAM). Este programa reconoce la importancia de promover la participación de los adultos mayores en el diseño de las intervenciones públicas que se generen a su favor para impulsar y asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, a través de respuestas articuladas entre el Estado y la sociedad civil. Programa “Fortalecimiento de la sociedad civil organizada”: a través de este se brinda apoyo a las instituciones sin fines de lucro que prestan servicios a adultos mayores y personas con discapacidad en el ámbito nacional. Además funcionan, entre otros:

Programa de vivienda y otras soluciones habitacionales; programas de actividades culturales, físicas y recreativas; Programa de atención integral para personas mayores en situación de calle; turismo social; cursos para cuidadores; servicios de alojamiento, rehabilitación, alimentación; ropería/lavandería, peluquería; actividades gremiales, sociales, físicas, educativas; servicios de peluquería y atención jurídico-notarial; servicios de emergencia móvil; rehabilitación (14).

Al revisar la situación de Uruguay podemos mencionar que los naturales inconvenientes de cualquier sistema de seguridad social pueden ser mitigados si hay un alto nivel cultural en la población (14).

Costa Rica

Existe la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Se le da importancia al presupuesto del Estado para la atención en salud, a las normas costarricenses sobre servicios sociales y a los programas que desarrolla. Costa Rica es paradigma en materia de la seguridad social en la Mesoamérica, con una visión geriátrica, con un cubrimiento del 90% en salud; con un seguro social avanzado y ayuda adecuada del presupuesto nacional; con un fuerte cuidado domiciliario para el adulto mayor; las universidades abrieron el campo para las personas mayores hace cuarenta años. Este país es reconocido como una de las cuatro zonas azules, regiones geográficas en donde hay una gran cantidad de adultos mayores (14).

Salud está a cargo de dos instituciones principales: Caja Costarricense de Seguro Social, que mediante el Seguro de Enfermedad y Maternidad cubre asistencia médica general, especial y quirúrgica, asistencia hospitalaria, servicio de farmacia, servicio de odontología; por otro lado, el Instituto Nacional de Seguros brinda prestaciones en materia de salud en los siguientes casos: accidentes laborales, enfermedades ocupacionales, accidentes de tránsito. Costa Rica invierte en salud un 9.3% de su Producto Interno Bruto, y el gasto público en salud duplica el gasto privado (14).

Pensiones opera bajo el modelo de los tres pilares: el contributivo, que administra la CCSS; un segundo pilar de pensión complementaria obligatoria a la otorgada en el régimen público, cuya administración está a cargo de operadoras de fondos de pensiones de capital público o privado o instituciones debidamente autorizadas por ley; y un tercer pilar de ahorro voluntario, cuya cobertura es universal y su administración recae en los mismos entes que administran la pensión complementaria obligatoria (14).

Servicios sociales: Los prestan entidades oficiales, particulares, y son abundantes los programas. Algunos interesantes: transporte gratuito o a menor costo, Patronato de ciegos, protección adecuada frente al maltrato, abuso, marginación y negligencia contra el adulto mayor (14).

Costa Rica presenta una experiencia interesante en cuanto a los derechos del adulto mayor y de la seguridad social, que se refleja en la destinación presupuestal (14)

Cuba

La salud es totalmente gratuita. La Constitución garantiza que no haya persona incapacitada para el trabajo que no tenga medios decorosos de subsistencia y que no haya enfermo que no tenga atención médica. Existe la responsabilidad estatal respecto a la recuperación y protección de la salud de las personas. Para lograr un alto nivel hay aspectos prácticos como estos: miles de médicos y enfermeras de la familia, grandes instituciones de salud que constituyen un sólido pilar para el desarrollo científico-técnico del sistema, tecnología avanzada e investigación permanente (14).

Pensiones: Se reconocen tres tipos de pensión, invalidez, vejez y muerte (IVM). Para acceder a la pensión de vejez se requieren tres requisitos: 65 años para los varones y 60 para las mujeres; que se trabaje más de 30 años; que la persona esté vinculada laboralmente cuando pide la pensión. La mesada corresponde al cómputo de los salarios de los 5 mejores años de los últimos 15 años laborados. La cuantía de la pensión ordinaria es del 60% del salario promedio y un 2% adicional por cada año de servicios, superior a los 30 años de trabajo. El jubilado puede continuar laborando (siempre y cuando no sea en el mismo sitio donde trabajaba cuando se pensionó); salario y pensión son acumulables. Desde 2009, el trabajador debe contribuir con el 5% de su salario para la seguridad social (pensiones), pero esa contribución va por sectores (14).

Servicios sociales se configuran a través de programas y acciones de protección social³⁰. Su escenario: la solidaridad familiar. Entre los programas están: Círculos de Abuelos, Casas de Abuelos, asistente social a domicilio, cuidador; servicio de alimentación para quienes no pueden elaborar sus alimentos y no tienen ingresos para alimentarse adecuadamente; servicio de teleasistencia, 15 000 adultos mayores están en universidad; centros de entrenamiento socio-laboral para desarrollar habilidades de personas con discapacidad; existe un especial cuidado para quienes viven solos o habitan en pisos altos. Los servicios sociales hacen parte, o se distinguen, sería mejor decir, de la asistencia social cubana que aparece en el artículo 108 de la Ley 105 de 2009 (14).

La estrategia en los Lineamientos indica que hay algo intocable: el acceso a la atención médica, la educación, la cultura, el deporte, la recreación, la seguridad social y la protección mediante la asistencia social a las personas que lo necesiten (14).

Ecuador

La Constitución establece que el Estado garantizará a las personas adultas mayores la atención gratuita y especializada de **salud**, así como el acceso gratuito

a medicinas. El enfoque es el de la universalidad. Se establecen constitucionalmente los derechos del adulto mayor (14).

Pensión: Se ha establecido la jubilación universal. Sin embargo, los pensionados son aproximadamente 300 000 (la mesada promedio es de 300 US). Es digno de mención el seguro social campesino, que protege a los asegurados en caso de enfermedad y maternidad (toda la familia) y vejez, invalidez y muerte (jefes de familia) (14).

Los programas de **servicios sociales** apuntan a la inclusión fundamentalmente de quienes no pueden ser atendidos por sus familiares (14).

Política Nacional de Envejecimiento y Vejez

La Ley Nacional del Plan de Desarrollo 2006-2010 (Ley 1151 de julio de 2007), determina que el Ministerio de la Protección Social, debe desarrollar la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (1).

El proyecto se inició desde el 2003 con el apoyo de la academia, la sociedad civil organizada a través de asociaciones de personas mayores, instituciones prestadoras de servicios sociales y de salud para las personas mayores, las diferentes instancias del gobierno como los ministerios, los institutos descentralizados, profesionales independientes, investigadores y estudiosos del tema, así como las entidades territoriales del orden municipal, distrital y departamental, Asambleas Mundiales sobre Envejecimiento y de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) (1). Y la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Resolución 213 relativa a la Declaración de los Derechos de la Vejez (1).

En Viena en 1982 se llevó a cabo una Asamblea Mundial sobre las personas de edad, donde se aprobó el “Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento”, contemplando los temas de empleo y seguridad económica, salud y nutrición, vivienda, educación y bienestar social, para una población con aptitudes y necesidades especiales (1).

En 1991 se aprobaron los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad en cinco ámbitos principales: independencia, participación, atención, realización personal y dignidad (1).

En 1979, la sección de Geriatría del Ministerio de Salud diseñó el Plan Nacional de Atención Integral a la Tercera Edad en Colombia, 1986-1990, dirigido a la

población mayor de 55 años, promoviendo la independencia y su participación en la sociedad (1).

La Constitución Política de Colombia, el año de 1991, establece que el Estado, la sociedad y la familia deben proteger a las personas adultas mayores e integrarlas a la vida activa y comunitaria. Mientras el Estado garantiza los servicios de seguridad social integral a todos los ciudadanos (1). Basado en lo anterior es expedido el Documento CONPES 2793 de 1995, Sobre Envejecimiento y Vejez, donde se plantean los lineamientos de política relativos a la atención al envejecimiento y a la vejez de la población colombiana (1).

En 1992, en el décimo aniversario de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, se aprobó la “Proclamación sobre el Envejecimiento”, en la cual se estableció el direccionamiento del Plan de Acción y se proclamó 1999 como el Año Internacional de las Personas de Edad con el tema “Hacia una sociedad para todas las edades”, con un: "Marco de Políticas para una Sociedad para todas las Edades” y “Programa de Investigación para el Envejecimiento en el siglo XXI”, con la idea de una integración transgeneracional (1).

La Asamblea General convocó la “Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento” en el 2002 y adoptaron el Plan Internacional de Acción 2002, donde se muestra la tendencia del envejecimiento global como un enorme potencial (1). Se prioriza en ejes: el desarrollo de la mano de los adultos mayores, prolongar la salud y el bienestar hasta la tercera edad, y entornos favorables y sólidos (1).

En el 2006, por solicitud del Ministerio de la Protección Social, la Universidad Javeriana y la Fundación Saldarriaga Concha, realizaron una revisión exhaustiva del tema y de todos los documentos “memoria” de las mesas de trabajo y de las diferentes reuniones realizadas, y redactaron un documento base para direccionar la Política de la persona mayor “Envejecer en Colombia, Aportes para una Política en Vejez y Envejecimiento” (1).

Las bases de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez

- ✓ La heterogeneidad del país, las condiciones de desarrollo social, la pluralidad étnica y las diferencias de género, así como la diversidad cultural y territorial (1).
- ✓ La familia como la unidad básica de la sociedad, que desempeña una función fundamental en el desarrollo social y que como tal, debe ser

fortalecida, prestándose atención a los derechos, las capacidades y vulnerabilidades y obligaciones de sus integrantes, en torno a la autoprotección y a la de sus miembros, en especial a la de sus personas mayores(1).

- ✓ Las necesidades de promover la garantía, realización, restitución y la protección de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos; promover el ejercicio efectivo de los derechos y el cumplimiento de las obligaciones en todos los niveles de la sociedad; promover la igualdad y la equidad entre hombres y mujeres y proteger los derechos de las personas mayores (1).
- ✓ La necesidad de crear entornos económico, político, social, cultural, espiritual y jurídico, favorables para mejorar las condiciones de vida y lograr un mayor grado de bienestar de la población, garantizando un envejecimiento activo (1).
- ✓ La necesidad de asumir la promoción del envejecimiento activo o exitoso como estrategia con visión de largo plazo y trabajar en una política renovadora y enriquecedora de extensión del ciclo vital, es decir, trascender la visión del envejecimiento como problema (1).
- ✓ Las limitaciones del Sistema Integral de Información del país para evidenciar la situación de envejecimiento y vejez y la necesidad de desarrollar un sistema de información sobre envejecimiento de la población integrado al SIISPRO (Sistema integral de información de la Protección social). Reconoce la necesidad de generar indicadores sobre la situación de la vejez y el envejecimiento en el país para apoyar la gestión de políticas públicas (1).
- ✓ La necesidad de poner en la agenda pública la vejez y el envejecimiento como temas prioritarios para la gestión pública y privada, de la cooperación técnica internacional, de las ONG, de la sociedad civil y de todos los estamentos del Estado (1).
- ✓ La necesidad de fomentar y consolidar organizaciones, redes de apoyo y redes de protección social formales e informales, que generen tejido social, así como dinámicas para el ejercicio de los derechos y la transformación del imaginario de la vejez (1).
- ✓ La Atención Primaria en Salud como una estrategia pertinente, altamente eficiente y eficaz, para garantizar condiciones de acceso, oportunidad, calidad y longitudinalidad en la prestación de servicios de salud (1).

Principios de la política

Universalidad: La política Nacional de Envejecimiento y vejez está dirigida a toda la población.

Equidad: La Política Nacional se aplicará a toda la población, sin distinción de sexo, grupo étnico, condición social.

Dignidad: Es el respeto al que se hace acreedor todo ser humano. La población es digna en sí misma, no por su utilidad, ni por su capacidad, ni por su productividad, ni por la percepción de los demás.

Solidaridad intergeneracional: Hace Referencia al apoyo que se da entre las generaciones con el propósito de protegerse entre sí, grupos de la población.

Justicia Social Distributiva: Hace referencia a los máximos beneficios al mayor número de personas, beneficiando a los que tienen menos ventajas.

Participación social: Es un derecho humano universal. Forma de influir sobre las decisiones que se toman y de mejorar la calidad de las mismas.

Enfoque diferencial: Hace referencia a la orientación de la política, con acciones afirmativas hacia un grupo especial de población que requiere especial atención con el propósito de eliminar las desigualdades sociales

DESAFÍOS EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR

A continuación se enuncian las condiciones que complican los cuidados de los adultos mayores (20). Algunas serán objeto de profundización más adelante:

- Cambios propios del envejecimiento.
- Enfermedades asociadas.
- Deterioro cognitivo.
- Limitaciones crecientes para las actividades instrumentadas y básicas de la vida diaria.
- Dificultades para el manejo de la prescripción médica.
- Necesidad del uso de ayudas técnicas.
- Carencia de camas *fowler*, colchones antiescaras y sillas de ruedas acordes a la edad y que faciliten los cuidados.
- Viviendas con barreras arquitectónicas.
- Dificultades para la compra y elaboración de los alimentos.
- Vestidos y calzados no adecuados para la edad.
- Dificultades para el traslado a unidades asistenciales por carencia de transporte sanitario u otro adecuado a las condiciones del paciente.
- Limitaciones económicas.
- Estereotipos distorsionados en vecinos y comunidad hacia los mayores.

- Las opciones de funcionamiento diurno no cubren todas las necesidades y su variabilidad es aún limitada (20).

Limitación progresiva para el desarrollo de actividades diarias:

La adultez mayor es una etapa de cambios de vida, a nivel laboral, social y familiar (5). Presenta pérdida en sus habilidades, así como su capacidad de integración, muchos de ellos requieren cuidados de sus familiares o del personal de salud, llevando en algunos casos a la pérdida de la autonomía y en ocasiones a aislamiento social, por discapacidad (5) (34).

En muchas ocasiones la persona se ve limitada en sus funciones más básicas, como vestirse, bañarse o comer, dependiendo en gran parte de otros, haciéndolo sentirse triste, inútil y frustrado (7) (32)(34).

Cerca del 25% de los pacientes adultos mayores de 65 años de edad requieren ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia y aseo igualmente para actividades cerca del 25% de los pacientes adultos mayores de 65 años de edad requieren ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia y aseo igualmente para actividades (40) (44).

Especialmente con aumento de la edad y en género femenino (9) (20). Reveló un estudio en Sincelejo, Colombia, llevado a cabo en el 2010.

En las sociedades desarrolladas, aproximadamente el 20% de las personas mayores de 70 años y el 50% de las mayores de 85 años presentan discapacidad para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), con la consecuente disminución en su calidad de vida y la carga social asociada (44).

El mayor inconveniente es que los servicios sanitarios se han dedicado a prestar atención a los problemas propios del envejecimiento dejando de lado la promoción de la salud con el objetivo al que apuntan las acciones individuales en salud: el empoderamiento de los individuos en sus procesos y hábitos saludables para lograr un envejecimiento activo (20) (39)

Solamente algunos pocos velan por la calidad de vida, mejorando las condiciones físicas y psicológicas de las personas (7).

Comorbilidad

La dificultad para realizar actividades empeora con la edad, especialmente cuando hay presencia de enfermedades crónicas, cambios psicosociales. De igual manera para la integración y satisfacción social, que varía según el estado civil (7) (36).

En un estudio realizado en Cuba, donde casi en 70% de los mayores de 60 años, padecen de una enfermedad crónica, y un 14% tienen alteración órganos de los sentidos. En Estados Unidos los mayores de 85 años, reportan una disfuncionalidad del 40%. Se ha evidenciado que la mayoría de los deterioros cognoscitivos y alteraciones en la integración se presentan en personas con familias inestables, bajos recursos económicos, dificultad para acceder a servicios de salud, pérdida de seres queridos, inactividad (7) (32).

Durante una gran revisión bibliográfica de 185 trabajos, en 17 estudios se encontraron la prevalencia de: enfermedades cardiovasculares (70%), desórdenes mentales (60%), afectación sistema urinario (50%), afectación sistema nerviosa (40%), afectación musculo esquelética (50%). Demencia (50-70%), trastornos del afecto (33%). Problemas de nutrición (30%), Frecuentes daños en la dentadura. Las enfermedades infecciones son causas comunes del incremento de la morbilidad y la mortalidad en pacientes ancianos y se presentan como un problema frecuente en la práctica geriátrica diaria y se deben en gran medida a los cambios inmunológicos y la disfunción orgánica (39).

Estudios reportaron complicaciones de la hospitalización; enfermedades infecciosas, fracturas por caídas, fractura de caderas. Una tercera parte de los residentes, mueren en el hospital. Generalmente los residentes suelen estar afectados por varias patologías a la vez (23).

Según los estudios la prevalencia de diabetes es de 25%, 80% del tipo 2. También es frecuente la hipertensión arterial (41-68%), la enfermedad coronaria (27-38%), evento cerebrovascular (24-29%). Los diabéticos presentan frecuentemente secuelas, amputaciones (12%), ceguera (5%), diálisis (2%) (23). Sin embargo la frecuencia de visita al Médico Internista, neurólogo, psiquiatra, oftalmólogo y otorrinolaringólogo estaba muy distanciada (3)(9). Un 50 % reciben menos de un tratamiento dental al año. Y una tercera parte recibe un aporte nutricional inadecuado. No se realiza adecuadamente el diagnóstico de demencia. Los diabéticos insulino dependientes son valorados cada 15 días y los no insulino dependientes, son valorados cada 3 meses. Solo un 10 % son vistos por el oftalmólogo cada año (23).

Con el proceso de envejecimiento, las personas mayores se desplazan de un nivel de atención a otro nivel, sin embargo, estos pacientes suelen tener menor acceso a los servicios de salud que se especializan en la atención geriátrica. Las comparaciones entre los diferentes grupos de edad han indicado más altas tasas de prevalencia en el uso de los servicios de salud entre las personas de edad que los más jóvenes. Los factores determinantes para el uso de los servicios de salud y la frecuencia de uso incluyen las variaciones geográficas y socioeconómicas, las

necesidades individuales, la calidad de vida, los conocimientos relacionados con la salud y los perfiles de morbilidad (27).

Los adultos mayores con patologías crónicas, déficits visuales, familias inestables, pocas actividades recreativas tienen mayor facilidad para tener problemas de integración, aparición de trastornos cognitivos más severos y posteriormente psiquiátricos. En realidad parece que, las personas que se aislaron socialmente durante su vida, son las que finalmente no van a saber integrarse y van a estar en peores circunstancias (7) (9) (10) (35).

La depresión es un fenómeno resultante de diferentes factores mas no es un estado propio o consecuencia de la vejez, por lo que las condiciones de vida son un factor importante y predisponen a esta, encontrándose en países desarrollados que la prevalencia de la depresión es menor al 20%.

Como estrategias adoptadas administrativas por las EPS, se encuentran el seguimiento telefónico los denominados Club de Hipertensos y Club de diabéticos, que incluyen la participación de equipos multidisciplinarios con el fin de la disminución de complicaciones y sobre costo por los mismo al SGSSS (38).

Los patrones habituales durante toda su vida representan un factor de riesgo en esta etapa de vida, como es el caso de inactividad, malos hábitos de salud oral (6).

Se prescriben medicamentos en los hogares geriátricos que son efectivos para controlar las patologías crónicas, pero con el agravante que no se tienen en cuenta desde las interacciones medicamentosas, hasta la toxicidad por medicamentos lo que trae como consecuencias: incremento de la consulta a los servicios de urgencias, hasta la muerte (21)

Desnutrición:

La desnutrición es un problema común en todos los niveles de atención sanitaria, desde atención primaria a especializada y en centros de atención geriátrica. Su incidencia en los hospitales es del 40% y en las residencias de mayores supera el 60%. Esto último es de gran importancia, tienen una alta relación con el progresivo envejecimiento de la población europea, y es la mayor y más frecuente causa de discapacidad en la población anciana que vive en su domicilio o en instituciones (48).

Complica la evolución clínica en diferentes situaciones de enfermedades agudas y crónicas (48).

En el caso español la prevalencia de desnutrición relacionada con la enfermedad varía mucho según el nivel asistencial: 2% en ancianos sanos en residencia pública, 5-8% de los ancianos en domicilio, 50% de los ancianos enfermos institucionalizados, hasta 44% de ancianos ingresados en hospital por patología médica y hasta 65% de los ancianos ingresados por patología quirúrgica. En la población institucionalizada, hay unos 113.000 ancianos desnutridos en residencias (7.500.000 ancianos en España, un 3% de ellos institucionalizados y con una prevalencia de desnutrición del 50%) (48).

Se ha dimensionado el incremento en el costo del 34% en consultas del médico de cabecera o las admisiones hospitalarias o a las prescripciones farmacológicas, en pacientes desnutridos (48).

La intervención nutricional ha demostrado ser eficaz. Son muchas las evidencias en la literatura científica que muestran los beneficios en salud que suponen una adecuada nutrición de los pacientes hospitalizados (48)

En este sentido Holanda ha demostrado que la inversión de 75 Euros en la realización de un cribado nutricional que identifique los usuarios en riesgo a través de una herramienta sencilla, reduce la estancia hospitalaria en 1 día y así disminuye, claramente los costos (48).

Caídas:

Las caídas en los ancianos constituyen un problema de salud pública, siendo una de las principales causas de lesión, incapacidad y muerte, además de un indicador para la detección del anciano frágil (personas mayores que por su situación física, psíquica, funcional o social se encuentran en un equilibrio inestable, presentando una gran probabilidad de sufrir dependencia o institucionalización). Se estima que el 30 % de las caída de personas de más de 65 años sufre al menos una caída al año, siendo un porcentaje mayor en los ancianos institucionalizados, hasta un 50%, la mitad de estos son frecuentes y al menos 20 % requiere asistencia médica, por lo que se genera en esta población el miedo a caer con la posibilidad de incapacidad posterior para la marcha (41).

Úlceras por presión:

Las úlceras por presión son un problema que repercute negativamente en la calidad de vida del anciano, contribuyendo a la morbilidad y mortalidad de la población institucionalizada (42).

Son una complicación frecuente, que impacta en la calidad de vida, autoimagen, costes, cuidados, etc. (43) y, son a menudo un indicador de la atención de las organizaciones de salud (43).

Existen numerosas experiencias que exponen cómo la adecuada implementación de un programa de cuidados de ancianos con úlceras por presión en residencias logra resultados positivos expresados en distintos aspectos evaluativos (disminución de incidencia y/o prevalencia, aceptación y participación de los profesionales, reducción de costes, etc.) (43).

A pesar de las limitaciones que posea o el deterioro funcional, los cuidados brindados por un equipo de salud entrenado adecuadamente y efectivamente dirigido y monitorizado, se aborda este problema de una mejor forma e inclusive se reduce su prevalencia e incidencia (43).

Las diferentes instituciones deben realizar un esfuerzo comprometido y permanente, con protocolos establecido para la prevención y manejo de la ulcera por presión. Puesto que hasta ahora han sido inefectivas e inconsistentes (43). Incluso, se inició el llamado de atención a estas instituciones para que garanticen mejores condiciones para la población mayor (43).

Aspecto ambiental:

Solo una pequeña parte de la población, convive en un entorno familiar adecuado y con buenas relaciones sociales apropiadas. La redes humanas, familia, amigos, compañeros juegan un papel muy importante en la adultez mayor, que son el sustrato de la autoestima de ellos (7).

Pero los cambios en la sociedad, como la reducción del tamaño de las casas, el ingreso laboral del género femenino, y la escasa seguridad económica de la que gozan unos pocos, han promovido la necesidad de centros para el adulto mayor (6) (10).

La mayor parte de los adultos mayores tienen ingresos irregulares, una vivienda en malas condiciones, y requieren apoyo institucional o de su familia (9) (20).

Mientras veinte personas ingresan de manera voluntaria, hay cuatro que lo hacen por motivos de abandono familiar y falta de recursos personales (42).

Los principales motivos de institucionalización fueron: soledad, problemas de salud y por decisión familiar; ellos son visitados por sus hijos y otros familiares, y este apoyo fue valorado como satisfactorio, pero más de la mitad tenía sentimientos de soledad y la sexta parte manifestó humillaciones de sus seres queridos; es de anotar que una baja proporción reportó maltrato de sus cuidadores (30) (31)(32). Tienen mejores escalas las personas que se institucionalizaron voluntariamente (31).

Se encontró que entre los ancianos que asisten a la casa de abuelos un 57.2 % clasifico en la categoría de calidad de vida alta, seguidos de calidad de vida media

y baja con un 19 % y 16.6% respectivamente y finalmente se encuentra un 7.2 % que se agrupa en la categoría de calidad de vida muy baja; se conserva la misma tendencia en la población control con ciertas diferencias un 42.9 % (18) de los casos clasifican en calidad de vida alta, 26.2 % (11) en la categoría media, 16.6%(7) y finalmente un 14.3% (6) de los casos como muy baja (37).

La red de apoyo es de vital importancia; su ausencia o deterioro está relacionada con alteraciones cognoscitivas, empeoramiento del estado de salud, depresión e inclusive mayor mortalidad (9).

De ahí la importancia que los profesionales en salud entiendan las relaciones y habilidades sociales que requieren (7).

Diversidad cultural:

En estudios acerca de la institucionalización en diferentes etnias asiáticas, se evidencio la diferente percepción que se tiene acerca del tema (19). La principal barrera que se encuentra es el idioma y la dificultad para la comunicación (19). Se puede considerar que en Colombia hay una pluralidad cultural y social, y que estas diferencias deben tenerse en cuenta para la prestación de servicios de este tipo de población vulnerable.

Dificultades en el ámbito laboral:

El envejecimiento hace parte natural de la vida, sin embargo en la sociedad, los adultos mayores son pensionados y forzados a aislarse, incluso a nivel emocional, de sus propias familias (5).

Los adultos mayores tienen dificultades para conseguir trabajo por sus dificultades de salud, adicionalmente porque no tienen la capacitación técnica que la actualidad exige (10). Mientras los adultos mayores, tienen nivel de estudio primario y a veces bachillerato, la mayoría de jóvenes tienen bachillerato completo y frecuentemente técnico (10).

A pesar de ello, los que laboran, no tienen una diferencia de sueldo tangible con respecto a los jóvenes, pero las empresas dan prioridad a una mano de obra calificada joven, que a la experiencia de un adulto mayor (10).

El tema laboral se torna complicado para las personas mayores, especialmente en países en vía de desarrollo, donde la oferta laboral disminuye notoriamente, son retirados de su trabajo antes de su edad de jubilación, con el fin de dar más trabajo a jóvenes desempleados y son, generalmente vinculados en empleo

informal o pasan a encargarse del cuidado de su familia, nietos o hijos con discapacidad (1) (5).

La exclusión de los adultos mayores es cada vez más frecuente con y con ello se evade el problema de la atención de esta población. Inclusive para la elaboración de estudios científicos, se toma en cuenta otras poblaciones diferentes, cuando es esta población la que más consume medicamentos y más riesgo tiene de interacciones medicamentosas (25).

Cuando el adulto mayor continúa con una actividad remunerada, en un entorno seguro y con vínculos familiares, se limita la pérdida de funciones. Esto es especialmente cierto para el nivel de socialización, se considera incluso que la interacción social es un factor protector para la salud en la tercera edad (7).

Existen políticas de las ONU, de la OTI, que sugieren alternativas para aprovechar la experiencia de los trabajadores antiguos, pero rara vez son tenidas en cuenta, desaprovechando la posibilidad de proyectos enriquecidos por ellos (5).

Carga financiera para los servicios de salud:

Los adultos mayores representan un segmento de la población que más demanda al sistema de salud por sus múltiples comorbilidades (9).

La carga sanitaria es mayor debido a que las orientaciones medicas deben darse de manera precisa y verificarse frecuentemente, por lo que las intervenciones del equipo de salud se presentan con una mayor intensidad y es allí en donde se deben evaluar muchos más aspectos del entorno del sujeto que requiere atención (6).

El uso de los servicios médicos es un indicador que subestima. Los gastos pueden llegar a ser el doble de lo estimado, especialmente si son privados, si son prolongados, como es el caso de las sesiones de terapia (18).

Es necesaria la evaluación económica de las intervenciones en adultos mayores, ya que son servicios a largo plazo. Es fácil calcular los costos de los servicios de salud, ya que se encuentran disponibles. Sin embargo es más aplicable para eventos agudos, que para patologías crónicas y de largo plazo. Y más difícil aún para los servicios comunitarios (18).

Sobrecarga del cuidador

La familia es la principal proveedora de cuidados. En Venezuela y Latinoamérica, quien asume el rol de cuidador, tradicionalmente es la mujer (12). Ella, además de pasar gran parte del día con la persona que cuida, sin remuneración económica y sin formación en salud alguna, debe cumplir con múltiples actividades en el hogar y en su trabajo (12) (47). Muchas de ellas, son sometidas a violencia intrafamiliar, soledad, empeorando la enfermedad, discapacidad y la pobreza (1) (31).

En un estudio realizado en Chile encontraron que las variables de existencia de hijos y realización de una actividad laboral, además del cuidado, influyen en la presencia de sobrecarga en los cuidadores informales de adultos mayores dependientes (12).

El síndrome del cuidador, síndrome de *Burnout* o síndrome del asistente desasistido se presenta cuando el cuidador se ve sobrepasado, tanto física como mentalmente, por un estrés crónico, como los imprevistos cotidianos que representan el cuidar a un adulto mayor (12) (47).

Los factores que influyen en la aparición de este síndrome son: parentesco con el adulto mayor, el número de hijos, el número de horas diarias, el estado de salud del cuidador, el abandono o disminución de actividad por el cuidado del adulto mayor (12).

El síndrome del cuidador no es sólo un síndrome clínico ya que también están implicadas repercusiones no médicas en aspectos sociales y/o económicos. Para Mace y Rabins, otros síntomas psiquiátricos que aparecen en los cuidadores son estrés, ansiedad, irritabilidad, reacción de duelo, dependencia, temor a la enfermedad, cambios conductuales, sensación de culpabilidad por no atender o poder atender convenientemente al paciente y alteraciones afectivas que pueden motivar la aparición de ideas suicidas (12). Y en el caso de envejecimiento del mismo cuidador, el cambio de rol de cuidadora a sujeto de cuidado adiciona conflictos internos y conlleva a una crisis adaptativa (47).

Los cuidadores experimentan situaciones ignoradas tanto por el actual sistema de seguridad social como por la familia (12). Así que es necesario reforzar los programas de educación a los cuidadores, de manera que su red de apoyo comprenda sus particularidades y dificultades (47).

EXPECTATIVAS DEL ADULTO MAYOR

Al analizar los factores importantes para la calidad de vida de los ancianos, se resaltan; cuidados recibidos, relaciones con los compañeros, la pareja y la proximidad de la muerte (6). El respeto es una cualidad muy estimada entre los entrevistados, definido como ausencia de maltrato. Valoran la amabilidad, la simpatía, inclusive hablan de amistad (6). Las personas mayores desean sentirse seguros, y que sus necesidades van a ser atendidas (6) (9). Poder confiar en el

personal que está con ellos (9). Y actividades recreativas o terapéuticas que les permitan estar en contacto con otros (6).

Los residentes esperan de sus cuidadores, que les proporcionen tranquilidad, que fomenten la independencia, que les proporcionen cuidados básicos en un clima de confianza y seguridad (6). Mencionan que la comunicación es clave en la relación (9). Y aducen ciertas dificultades, cuando hay diferencia de idiomas entre ellos y los cuidadores (6).

Cuando se habla de cuidados a la persona, generalmente se centra la atención en una acomodación, una estructura y comida. Sin embargo en adultos mayores, lo material pasa a un segundo plan. En realidad ellos ya han tenido de todo, lo que más añoran es un trato humano respetuoso, un verdadero interés en su persona y su bienestar. Desean vínculos afectivos fuertes, casi familiares (6)(10).

Les incomoda la falta de supervisión, de comprensión o estrés del personal. Refieren como causas de la desatención de parte de los cuidadores; la escasez de personal, falta de formación académica o profesional, el excesivo reemplazo del personal (6). Rechazan la indiferencia, la falta de atención o que los cuidadores duden de lo que ellos dicen. Les molestan que los cuidadores se demoren en exceso para atender sus necesidades (6).

ESTRATEGIAS

El mundo lleva cabo un proyecto global denominado "Ciudades Amigables con la Edad", auspiciado por la Organización Mundial de la Salud, que prevé entre sus muy diversas propuestas los cuidados domiciliarios, que pasan por diferentes modalidades y toman las más variadas formas, según culturas, tipo de sociedad, concepciones religiosas, entre otras (46).

El Estado Colombiano adquirió el compromiso de formular políticas orientadas a los derechos humanos, especialmente de las personas mayores. Intenta promover y garantizar condiciones de protección social integral, inclusión social para la construcción de proyectos con participación ciudadana total (1).

La Política nacional de envejecimiento y vejez, define 4 ejes estratégicos, con líneas de acción específicas para su ejecución (1):

Ejes estratégicos y Metas:

Eje 1: Promoción y garantía de los derechos humanos de las personas mayores.

Líneas estratégicas y de acción:

1. Fortalecimiento de la participación e integración social de la población adulta mayor para un ejercicio efectivo de la ciudadanía mediante la garantía, ejercicio y restablecimiento de sus derechos y el cumplimiento de sus deberes. Fomento de redes, empoderamiento de personas adultas mayores de organizaciones sociales, y otros.
2. Información, educación y comunicación de los derechos y deberes para las personas mayores: capacitación sobre los derechos, posicionamiento del tema dentro de la agenda pública y otros.
3. Protección legal y gestión normativa: elaboración de normas para la protección de los derechos de las personas mayores, promover y gestionar normas que penalicen el maltrato, abuso, abandono y vulneración de los derechos de las personas mayores.
4. Evaluación y monitoreo del cumplimiento de los derechos humanos: desarrollo capacidades individuales y colectivas, desarrollo instrumentos de evaluación y seguimiento al cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores, fortalecimiento de las veedurías ciudadanas.

Eje 2: Protección Social Integral

Constituida en la seguridad social en salud, la protección económica, promoción y asistencia social, vivienda, seguridad alimentaria y educación

Líneas estratégicas y de acción:

1. Seguridad en el ingreso: aplicación de estrategias para aumentar la cobertura de afiliación a los fondos de pensiones, estructuración de nuevos subsidios, subsidios de desempleo, promoción de asociaciones y cadenas productivas para personas mayores, fortalecimiento de la solidaridad intergeneracional, promoción acceso a servicios financieros y microcréditos, estrategias de generación e ingresos familiares para el mejoramiento del ingreso per cápita.
2. Seguridad social en salud: diseño de Modelo basado en Atención Primaria en Salud, acceso a la prestación integral de servicios de salud en condiciones de equidad, oportunidad, disponibilidad, y no discriminación. Diseño de modelos de cuidados de mediana y larga estancia, Sistema integral de información sobre la persona mayor integrada al Sistema general de información de la protección social, SIISPRO y la generación de

un sistema de indicadores básicos de la situación de la población adulta mayor, promover modelo de Gestión de Riesgos.

3. Promoción y asistencia social: aplicación de estrategias alternativas de convivencia para las personas mayores solas, fortalecimiento redes apoyo familiar y comunitario, fortalecimiento de la red de instituciones y servicios destinados a la atención de la población adulta mayor, diseño, estructuración e implementación del sistema de Promoción social dirigido a la población adulta mayor, disminución costos transporte y actividades culturales, capacitación a las personas mayores para fortalecer su autonomía en actividades sencillas como manejo de tarjetas débito, crédito, celulares, y otros.
4. Seguridad alimentaria y nutricional: garantizar condiciones de acceso y disponibilidad para una alimentación adecuada, focalizadas en población de persona mayor en extrema pobreza y situación de vulnerabilidad, diseño de un sistema de vigilancia alimentaria y nutricional para la población adulta mayor, fortalecimiento o creación de bancos de alimentos.
5. Programas de vivienda digna y saludable: fortalecimiento de las políticas de mejoramiento de las viviendas, focalizadas a población pobre y vulnerable, articulación y coordinación de las políticas de vivienda de interés social para favorecer población adulta mayor en condiciones de vulnerabilidad.

Eje 3: Envejecimiento Activo

Líneas estratégicas y de acción:

1. Creación de espacios y entornos saludables: promoción de espacios físicos y entornos favorables a las personas mayores con énfasis en el espacio público, viviendas seguras para sus moradores, Articulación de la acción intersectorial para garantizar un transporte público adecuado a las condiciones de la población adulta mayor, y otras.
2. Creación de una cultura del envejecimiento: creación de una cultura del envejecimiento que promueva una imagen positiva y no discriminatoria de la vejez, diseño y desarrollo del servicio social opcional de los jóvenes como cuidadores y promotores salud, para la población adulta y adulta mayor, promoción de espacios de intercambio intergeneracional en las escuelas básicas a fin de aprovechar la experiencia y vivencias de las personas mayores y a su vez fortalecer espacios sociales de participación y acompañamiento y otros.
3. Promoción de hábitos y estilos de vida saludables: fomento y promoción de estilos de vida saludables, Mantenimiento de la funcionalidad, autonomía y

capacidad de satisfacer las actividades de la vida diaria a través de todo el ciclo vital, implantar y gestionar el programa nacional de actividad física dirigido a todos los grupos de población fomento de la corresponsabilidad de la persona mayor con el auto cuidado de la salud, diseño, aplicación y evaluación de campañas educativas para la prevención del consumo de alcohol, drogas y tabaco.

Eje 4 Formación de recurso humano e investigación:

Líneas estratégicas y de acción:

1. Investigación sobre envejecimiento y vejez: impulso a la investigación tanto nacional como territorial sobre envejecimiento y vejez, definición de líneas de investigación que orienten a través de la evidencia la formulación de políticas públicas, inclusión en el plan nacional de ciencia y tecnología de las líneas de investigación sobre envejecimiento y vejez, conformar La red nacional de gestión de conocimiento en envejecimiento y vejez.
2. Formación del talento humano: desarrollo de planes de formación de recursos humanos en gerontología y geriatría a nivel de los currículos de pregrado en las áreas de la salud y en la formación en el nivel de postgrado, formación de recurso humano técnico y auxiliar orientado al manejo de población adulta mayor, dependiente, con enfermedad mental o con algún tipo de discapacidad permanente, unificar los currículos de pregrado de gerontología y definir las competencias y alcances de los gerontólogos, desarrollo de estrategias de capacitación, soporte social y afectivo, dirigidas a las familias y cuidadores de personas adultas mayores y otros.

Los modelos de salud se adaptan a su régimen gubernamental; si el modelo es neoliberal, la tendencia es hacia la privatización, y si es socialista, la tendencia será hacia la gratuidad y universalidad. Lo esencial que respondan al principio de derecho a la salud (14)

Por ejemplo, el envejecimiento es un fenómeno de mayor atención en Brasil. La adopción de estrategias para que su población tenga un mejor acceso a los servicios de salud sin congestionar sus sistemas de atención, son coherentes e ingeniosas (27).

En Colombia se han observado ciertos cambios que acogen esta tendencia por lo que no podemos considerar un sistema de salud mejor o peor que otro, solo se considera un modelo adaptativo. En razón que el diseño de la seguridad social cambia con relativa frecuencia, hay reformas fundación, adecuación, refundación.

Cada país diseña sus propios sistemas, regímenes y estrategias, por las circunstancias cambiantes de orden político, económico y social (14).

En materia de accesibilidad, se ha mejorado la capacidad vial, pero no las facilidades para la población mayor en situación de vulnerabilidad, promoción de una vejez activa y fortalecimiento de la red de apoyo (46).

Uno de los objetivos del programa es el garantizar los servicios de rehabilitación a través de las instituciones y a través de las Casas de Abuelos , instituciones sociales que brindan atención integral en el día a adultos mayores carentes de amparo o familiares que no pueda protegerlos en el día, permitiéndoles resolver sus necesidades socioeconómicas, físicas y psicológicas (37).

Se hace necesaria una mayor inversión económica a las acciones preventivas y de promoción de la salud en lugar del asistencialismo sanitario, resultará en mayor beneficio para la población y menor gasto para el Estado (20). Es mucho más costosa la inversión en tecnología avanzada, personal especializado, y el manejo de las complicaciones que la inversión que la inversión en la promoción y prevención (21).

Fomento a la autosuficiencia

Dorothea Orem, en su teoría del déficit de autocuidado, considera el funcionamiento o funcionalidad como parte de la definición de salud, y el autocuidado, como una función humana reguladora aprendida que debe aplicar cada individuo en forma deliberada y continua a través del tiempo, con el fin de mantener su vida, estado de salud, desarrollo y bienestar. Orem, a su vez, enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción intencionada y calculada que está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar (8).

La dependencia funcional es un fenómeno que se asocia directamente con la institucionalización de los adultos mayores, se da por hecho que por estar institucionalizados son totalmente dependientes lo cual es falso, por eso es importante en la priorización de la atención a esta población la valoración con herramientas como las mostradas por los autores para poder elaborar planes de acuerdo al grado de funcionalidad de los residentes y poder enfocar los esfuerzos a la población que más lo necesite. Como mencionan los autores el ideal es propender por la autonomía de la persona en el marco de una relación armónica con otros residentes y con sus familiares (35)

A partir de la revisión elaborada se infiere que la funcionalidad está determinada por múltiples factores por lo que el accionar de Enfermería debe buscar intervenir

en los procesos que puedan afectarla. Hay que resaltar la importancia de desarrollar sistemas para medir la funcionalidad ya que con una buena observación y un apoyo efectivo del equipo multidisciplinar y de la enfermera deben propender por el mantenimiento de las condiciones de vida de los adultos mayores, retrasando la disfuncionalidad, o apoyando correctamente al adulto mayor. Depende de la pericia de la enfermera el hallazgo de un factor limitante de la funcionalidad del adulto mayor promoviendo la independencia del mismo (40)

Los adultos mayores que trabajan desean continuar haciéndolo, su posición social, familiar y emocional, depende de ello. Al ser jubilados, sienten que su mundo se desmorona, en todos los sentidos y de ser, el centro de autoridad y responsabilidad de la familia y de la empresa donde trabaja, pasa a cuidar los nietos o a pasar largas horas en su sillón. Se desperdicia todo su conocimiento, su experiencia, que puede nutrir a sus familiares y a la empresa, mejorando la sociedad con soluciones enriquecidas por el tiempo (5) (33).

Según registros, el 29% de las personas entre 60 y 79 años, están activas, generalmente con subempleo, después de los 80 años, se reduce 5,8%. Aunque la OIT también reconoce los problemas de pobreza y dificultades estructurales para llevarlos a cabo. Sobre todo cuando la sociedad privilegia la belleza y juventud por encima de la experiencia y conocimientos. Solo, la mitad de la población accede a la jubilación (5).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), sugiere elaborar políticas sobre envejecimiento. Recomiendan una transición gradual a la jubilación, medidas contra la discriminación de empleados mayores, capacitación a mayores de edad para que se adapten a nuevas tecnologías, políticas para prolongar su estancia en su trabajo, cuidar la salud durante el periodo laboral para que los adultos mayores tengan una mejor jubilación (5).

Bajo esta problemática el enfoque de salud acorde con la situación actual y futura es la promoción de la autonomía en estas poblaciones y la implementación de acciones preventivas como las visitas domiciliarias con el fin de mejorar la condición de salud actual promover la autonomía, además de la reducción de los ingresos hospitalarios, hogares de ancianos y costos adicionales (49).

Cabe resaltar que el empoderamiento de los individuos de sus condiciones de vida y salud es importante dentro del proceso del mejoramiento de la calidad de vida, así que el estudio de estos y soportado bajo la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow, son pilares para una mejor administración de nuevas entidades que enfoquen su objeto de atención a los adultos mayores. Finalmente consideramos que este tipo de investigaciones contribuye a una mejor administración de servicios de salud marcadamente humanizados y basados en el apoyo dentro del proceso vital del individuo.

Cualidades del equipo de atención.

La institucionalización es una realidad. No es solución óptima para el bienestar de los mayores, porque ellos desean ser independientes y vivir en su domicilio. Se puede afirmar que la institución no es deseada, pero los mayores se adaptan a vivir en ella, e incluso algunos afirman vivir con felicidad, aunque sea como fórmula para autoconvencerse o creer que pueden lograrla (42).

El equipo de institucionalización debe entender esta realidad y hacer su mejor posible por hacerlos sentir en su hogar. Incluso, los equipos de geriatría pueden llegar a tener impacto sobre la sobrevivencia a mediano plazo de los adultos mayores (22)

Dentro de los requisitos de los cuidados básicos de los adultos mayores, se han considerado la *satisfacción de las necesidades básicas en el hogar*; satisfacción de las necesidades humanas básicas, fisiológicas, materiales. Que el Hogar sea luminoso, cómodo, espacioso, que haya buena comida y les proporcionen el vestido que necesitan además de estar limpios. Buena atención médica y que les proporcionen servicios religiosos (42).

No obstante, los adultos mayores ponen más interés en el tema personal que físico. Los participantes de diferentes estudios estuvieron de acuerdo que, el afecto, la bondad, la alegría, el sentido del humor, la buena voluntad, que se les permita conservar su funcionalidad, y que sean llamados por su nombre, por parte de los profesionales, sin llegar a infantilismos, es esencial en los prestadores de salud para lograr una buena atención profesional. Los familiares adicionalmente relacionaron calidad con cercanía; en ambos casos también se concluyó que los buenos modales y el respeto por el cliente deben ser mayores en el cuidado de los residentes (17) (36).

Dentro de las características de las instalaciones, la población masculina hace hincapié en la limpieza como sinónimo de calidad (1).

Implementación de actividad física

El ejercicio es considerado como la terapia número uno en el mundo. Recomendada para enfermedades crónicas, para manejo del estrés del dolor, e incluso para trastornos psiquiátricos (11).

Dado el interés creciente en evaluar este tipo de intervenciones, se han realizado diversos estudios que valoran el impacto de la actividad física en los adultos mayores.

El Tai Chi ha sido practicado por muchos años en oriente y ha aumentado su práctica en occidente en la población anciana, recientes estudios demostraron que la práctica de esta actividad mejora el equilibrio la estabilidad postural, la función cardiorrespiratoria, presión sanguínea, capacidad aeróbica, fuerza y flexibilidad en aquellos sujetos que lo practican (41).

Los resultados de este estudio demostraron que la práctica de Tai Chi en ancianos institucionalizados disminuye el riesgo de tropiezos, caídas y pérdidas de equilibrio de forma significativa. En nuestra opinión, la reducción en la incidencia de estos eventos es de especial relevancia, dado que los desequilibrios y los tropiezos suponen un riesgo potencial de caídas. Adicionalmente el hecho de que no se presentaran fracturas en el grupo de intervención, comparativamente con los controles en donde se presentó un 11.6% de caídas con lesión ósea. Este hecho cobra especial importancia en lo que se refiere a la calidad de vida y la capacidad funcional de los ancianos (41).

Comparativamente con otros estudios principalmente con el ensayo clínico prospectivo randomizado Atlanta FICSIT (Frailty and Injuries: Cooperative Studies of Intervention Techniques), quien demostró una disminución de la incidencia de caídas en ancianos mayores de 70 años que vivían en la comunidad, que practicaron Tai Chi con 10 movimientos durante 15 semanas, de 45 % con respecto a los casos control. Con estudios posteriores no se establecieron diferencias estadísticas ni se pudo determinar efecto de la práctica durante 48 semanas y adicionalmente las caídas no eran registradas por seguimiento del investigador sino por notificaciones postales de los participantes por lo cual sus resultados no son confiables dado los sesgos presentados en la recolección de información (41).

En otros estudios, tampoco se logró establecer la gravedad de las caídas a diferencia de este estudio que estableció resultados comparativos, seguimiento a la incidencia de caídas y gravedad de las mismas.

La mejora en la función física producida por el Tai Chi sugiere la necesidad de considerar la extensión de esta práctica de ejercicio como estrategia para promover la autonomía de los ancianos. Desde un punto de vista de salud pública, el Tai Chi es una herramienta barata y eficaz en la reducción del riesgo de caída y minimiza el declinar físico de los ancianos, produciendo una clara mejora en su calidad de vida. Se sugieren mayores estudios y ensayos clínicos para fortalecer esta conclusión (41).

Este ensayo clínico puede ayudarnos a enfrentar adecuadamente el problema de las caídas en la población adulta mayor, ya que este es el principal problema no

solo en los adultos mayores institucionalizados sino que además no se tiene un registro de las caídas en los adultos mayores en la comunidad (41).

Este ensayo clínico puede orientar una estrategia para conservar la movilidad en el adulto mayor, lo que implica menor dependencia, una condición física aceptable y una disminución del deterioro y de la consulta a los servicios médicos (41).

En Bogotá, Colombia, se realizó el “*Senior Fitness Test*”, propuesto por Rikli y Jones para evaluar de manera válida y segura las cualidades físicas de las personas mayores, en torno a la capacidad funcional que contempla cinco elementos: resistencia cardiovascular, fuerza, flexibilidad, composición corporal y agilidad. Gracias a la cual se pudo evidenciar una pérdida de peso de 3.76 kg en promedio, disminución del perímetro abdominal en un 2,5%, incremento de fuerza en miembros superiores e inferiores, flexibilidad y resistencia con 1 hora diaria, 5 días por semana, con un tiempo de duración de 12 semanas. Después de estos tres meses ningún participante se consideraba inactivo (3).

Estos participantes no solo resaltaron las bondades del programa en su salud, como la disminución del riesgo cardiovascular y diabetes, sino la mejoría en la funcionalidad y en la calidad de vida (3) (8).

Los resultados de esta investigación son similares a los reportados por otros autores como Domínguez y otros autores. Ratificando que existe en esta población un elevado grado de independencia la cual percibe su estado de salud en condiciones mayormente regulares y buenas. Por lo tanto se concluye que la participación en un programa con sesiones de autocuidado, influye directamente en la funcionalidad de los adultos mayores, no encontrando los mismos efectos en un grupo de adultos mayores con similares características que no participan de este tipo de programa. La funcionalidad física, representada como el desempeño en las actividades de la vida diarias tanto básicas como instrumentales, es favorecida al participar de este tipo de programa, demostrando independencia para realizar las mismas; en lo que respecta a las funciones mentales, estas también se ven favorecidas y son influenciadas positivamente con la implementación de estos programas en donde además de actividad física, se fomenta el autocuidado el adulto mayor mejora su percepción de su estado de salud y toma un papel activo dentro de su cuidado, aumentando de esta manera su funcionalidad (8).

Adicionalmente a pesar de los beneficios a nivel físico de la actividad física regular, se encontró que hay mayor relación entre depresión en adultos mayores sedentarios que en los que se encuentran activos, dato anteriormente reportado en otros estudios; el ejercicio físico también disminuye el riesgo de cuadros subsecuentes de depresión, favorece la socialización y retarda el envejecimiento si no se realiza de manera extenuante (11).

Dado el factor protector que genera el ejercicio para la depresión, soportado por otros estudios y programas se sugiere la adopción de estas prácticas de manera supervisada, se sugiere además por los beneficios encontrados en otros estudios

la práctica regular de Tai Chi, sumado a un consumo elevado de frutas y verduras antioxidantes serian un aporte fundamental para un envejecimiento saludable (11).

Debido a la pérdida de la autonomía física psíquica o cognitiva y requieren ayuda importante para cubrir estas actividades. Por lo que se sugiere la formación de estas personas encargadas del apoyo de los sujetos dependientes, esta formación incluye orientación supervisión y valoración por parte de los profesionales sanitarios que se deberían encargar de la educación para la salud. Se ha demostrado que dentro del perfil del cuidador informal existe un nivel educativo bajo, por lo que la información y la educación de los profesionales sanitarios especialmente los de enfermería diseñen programas educativos que ayuden a promocionar la salud, enfocados a los cuidados básicos a las personas dependientes y que ayuden a identificar tempranamente el riesgo de cansancio en el rol del cuidador (13).

Es importante implementar este tipo de programas dentro de las organizaciones de salud de los diferentes niveles de complejidad ya que la eficacia de los tratamientos y manejo de las morbilidades de los adultos mayores dependen en gran medida del apoyo de este tipo de cuidadores. Los beneficios para la sociedad de una formación de cuidadores informales no solamente repercuten en el usuario que recibe los cuidados sino mejora el entorno familiar y pueden crearse mejores redes de apoyo entre los cuidadores y los adultos mayores; de la capacidad de aprovechamiento de estos cuidadores se van a ver reflejadas los costos de atención y se van a prevenir las complicaciones en la atención del adulto mayor con un alto nivel de dependencia (13).

En las instituciones de cuidado al adulto mayor a nivel nacional el componente de actividad física no está lo suficientemente desarrollado ya que existe la concepción de que el adulto mayor es frágil y por eso la actividad física debe ser mínima para que no presente lesiones, pudimos observar que esto sucede en caso contrario, el sedentarismo debilita aún más la capacidad del individuo y en el caso del adulto mayor puede llevar a incapacidad funcional si no se promueve el ejercicio (41).

La incorporación de los adultos mayores a programas con la inclusión de actividades que promuevan la actividad física ajustada a su estado de salud y estilo de vida y apoyen el desarrollo disminuye notablemente el riesgo de morbimortalidad y mejoran su pronóstico funcional, por lo que se debe propender por la funcionalidad para mejorar sus condiciones de vida (8).

Animales

Otro aspecto importante a considerar es el uso de animales de compañía y su importancia como ayuda terapéutica para reducir la ansiedad, la soledad y la depresión, mientras se evidencian sensaciones de confort y se evidencian

cambios físicos como la disminución de la presión arterial y la frecuencia cardiaca. La población anciana es en su mayoría dependiente psicológicamente de los animales de compañía, incluidos en la prescripción médica (39).

A pesar de que existen cada vez más estudios que evidencian que la interacción entre humanos y animales es una relación beneficiosa para la salud, hacen falta mayores estudios para poder determinar cómo estos animales de compañía podrían incidir en el estado de salud y la funcionalidad de los adultos mayores (39).

Los adultos mayores mencionan que “tener un amigo” es la razón más importante para tener animales. Otras opciones incluían tener algo que los motivara a salir y caminar, a sentirse seguros o por protección, para ayudar a conocer nuevas personas, para tener a alguien a quien cuidar, entre otras (39).

Las ventajas de tener una mascota además de la estabilidad psicológica, son una mejoría o una mitigación de la limitación funcional ya que contribuyen con la actividad física y mental al generar la sensación de responsabilidad y dependencia de la mascota para con su dueño (39)

Capacitación a cuidadores de adultos mayores.

El fenómeno del envejecimiento de las poblaciones muestra repercusiones considerables en el funcionamiento de las estructuras sociales; las redes sociales de apoyo han demostrado ser un formidable recurso para que las personas optimicen su estado de salud y bienestar, y un importante factor restaurador cuando su salud está comprometida, particular importancia en la tercera edad en la que el individuo necesita ser reconocido como ser humano, útil y productivo.

Dichas redes pueden ser formales o de participación, correspondientes a entidades privadas o gubernamentales, instituidas dentro de las estructuras sociopolíticas del Estado; las informales pueden ser primarias conformada por familiares y convivientes, y secundarias conformadas por vecinos y amigos, que le permiten la incorporación en la gestión colectiva, el protagonismo, la construcción de la sociedad civil, la realización individual y mecanismos para el desarrollo humano.

Dentro del apoyo informal primario se encuentra, como principal sistema, la familia. Según Sánchez la familia del adulto mayor brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas, aun cuando la gran mayoría son relativamente independientes y físicamente aptas y funcionales.

Algunos estudios mencionan al cónyuge y los hijos como los principales actores; sin embargo, las redes familiares se encuentran amenazadas por el descenso de

la fecundidad y se espera que en el futuro otras redes sean capaces de apoyar a estas personas (29).

La presencia de un cuidador debe garantizar las actividades diarias de los adultos mayores. En el hogar, la situación de cuidar a una persona mayor, generalmente en situación de dependencia, implica múltiples tareas y un aumento de tiempo que generan dificultades en la dinámica familiar y hacen imposible brindar de forma adecuada el cuidado necesario, razón por la cual los adultos mayores se internan en los Centros de Bienestar de Ancianos (16).

En el Departamento de Risaralda, Colombia, durante el año 2011 se realizó una capacitación dirigida a familiares y cuidadores de los adultos mayores institucionalizados en los Centros de Bienestar de Ancianos, que recibían apoyo estatal para su mantenimiento. Se debe permitir desarrollar propuestas de Programas de Atención Integral a los cuidadores de los Adultos Mayores en estado de dependencia, con actividades educativas, lúdicas y recreativas, que sean atractivas para asegurar que las técnicas de aprendizaje permitan no solo una atención integral a los adultos institucionalizados, sino también satisfacer las necesidades de los cuidadores para la ejecución de programas (16).

El conocimiento de estas concepciones entre los residentes conducen al personal asistencial a una evaluación de su accionar en estas instituciones por lo que en la mayor parte de los jóvenes profesionales siempre se encuentra presente el estrés de la transición de alumno a profesional, adicionalmente las condiciones de trabajo, la actitud en algunos casos hostil por parte de los residentes y la mala adaptación de estos a la institucionalización llevan en especial al personal de enfermería a síntomas del síndrome de Burn Out o síndrome del quemado, por lo que a su vez debería existir un entrenamiento de este personal para poder afrontar correctamente la presión ejercido por la situación que se reflejara en la calidad de la atención a los residentes (28)

Cuando una institución que se dedica al cuidado de adultos mayores se enfoca en analizar su visión y filosofía, debe buscar que esta sea consecuente con sus acciones y con sus intervenciones que serán reflejadas en el personal involucrado con el usuario es por esta razón que la importancia de la auditoria y el tan conocido pero poco aplicado ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar (26) sumando la necesidad de capacitación de los administradores de los centros (50):

Ante el creciente número de hogares para adultos mayores, han exigido por parte de las disciplinas médicas la especialización y capacitación para el manejo de las necesidades de salud de esta población. Los centros geriátricos pueden ser un sitio de enseñanza clínica ideal, para la formación de estos profesionales, por lo que se requiere de programas de formación académica en geriatría aterrizados y acordes con las competencias (50).

Mientras que los programas de la especialidad de geriatría informan que utilizan hogares de ancianos como sitios de capacitación clínica, poco se sabe en cuanto

a cómo estos programas utilizan específicamente los hogares de ancianos para cumplir competencias de la especialidad que se espera, o el número y tipo de experiencias clínicas en los hogares de ancianos que exige el programas. Una mejor comprensión de la forma clínica de especialidad y programas en la administración clínica de reposo especifican experiencias clínicas pueden ayudar a fortalecer los hogares de ancianos sus rotaciones y, posiblemente, dar lugar a la elaboración de criterios para juzgar la idoneidad de los hogares de ancianos como los sitios clínicos para profesionales de la salud que se preparan para la certificación en su área de especialidad (50).

En 2005 el instituto Hartford para enfermería geriátrica convocó un grupo de expertos para reevaluar el papel de la enseñanza de enfermería en los hogares de adultos mayores, para lograr un modelo para mejorar tanto la educación de profesionales de salud geriátrica como la calidad en la atención de hogares de ancianos. Por lo cual una de las recomendaciones principales de los expertos fue la realización de investigaciones sobre el uso de los hogares geriátricos por parte de los programas académicos para mejorar la preparación del personal sanitario (50).

Con base en la revisión de los expertos se estableció que a través del mejoramiento de habilidades interdisciplinarias, se logra la certificación de los hogares de ancianos a través estructuras, procesos, liderazgo y resultados de calidad para estas disciplinas (50).

Al indagar en los diferentes programas académicos se encontró que cinco especialidades (medicina, enfermería, farmacia, odontología y trabajo social) hacen una rotación por estos centros geriátricos y que estos aportan para satisfacer la necesidad de formación por competencias. Por lo que los hogares de ancianos son muy apreciados y valorados por los programas académicos para el desarrollo de habilidades de evaluación, comunicación e interpretación del rol profesional y sus relaciones con las otras especialidades, sin embargo el grado de profundidad en las prácticas profesionales en las residencias de ancianos varía entre las disciplinas. En contraste con la especialidad en farmacia y trabajo social ni la odontología ni la enfermería ni la medicina hacen uso de estas residencias para desarrollar una competencia cultural. En odontología se desarrollan habilidades para el manejo de este tipo de usuarios y en el área de trabajo social se desarrollan habilidades de entrevista asociados a la indagación en este segmento poblacional (50).

Con respecto a enfermería y medicina se desarrollan habilidades para sensibilizar a los estudiantes y para desarrollar capacidades de adaptación entre los diferentes niveles de atención (50).

Entre las características deseables de los hogares geriátricos se encuentran: un personal altamente calificado, que se disponga de una efectiva relación interdisciplinaria, adecuada utilización de los servicios profesionales disponibles, administración adecuada y liderazgo el personal de enfermería en procesos de

cuidados. Por otra parte las características y expectativas de los profesionales son diferentes según su área de desempeño, en trabajo social mejorar las relaciones interpersonales, en odontología resaltar importancia de cuidado oral entre los residentes de estos hogares, mejorar los parámetros de los fármacos utilizados tanto en la comunidad tanto en la residencia mientras que los profesionales de enfermería y medicina quieren un lugar en donde puedan desarrollar mayor experticia clínica acerca de la atención sanitaria del adulto mayor para lograr una mejor certificación y calidad de los programas de formación (50).

Finalmente desde la perspectiva del administrador de estos hogares se busca un acercamiento al conocimiento y satisfacción de las necesidades de estos usuarios, apoyados y soportado por profesionales de las diferentes áreas, además de la implementación de programas de gestión, a través de una planeación y un marketing exitoso; adicionalmente el administrador de los servicios gerontológicos debe conocer las competencias de las cinco disciplinas profesionales, tales como la evaluación (incluye cambios relacionados con la edad, el riesgo, la salud promovimiento, medio ambiente); diagnóstico (salud aguda y crónica, problemas, funcionalidad), plan de cuidado y ejecución, evaluación; Rol Profesional, Enseñanza / Entrenamiento; cultural competencias y gestión y negociación Salud y sistemas de cuidado (50).

Se encuentra que a pesar de que existe una formación de los equipos interdisciplinarios en estas instituciones en muchas de estas no se cumplen con las competencias básicas, por lo que este estudio puede ser de utilidad para los administradores de los centros geriátricos y para los profesionales de las disciplinas estudiadas (50)

Esta es una oportunidad de identificar la convergencia de un preceptor de conocimiento y destrezas en todas las disciplinas, no sólo para aumentar la eficiencia, sino para ofrecer a los estudiantes una más amplia, más rica comprensión de las similitudes y diferencias entre las disciplinas y prácticas profesionales. Debido a que todas las profesiones reportadas en este trabajo utilizan las clínicas de reposo como sitios clínicos, en donde la oportunidad de aprovechar este trabajo para satisfacer la creciente brecha entre los que necesitan cuidado a largo plazo y la escasez de profesionales capaces de satisfacer sus necesidades es imprescindible (50).

Se deben fortalecer las acciones educativas a la familia, para la atención de las necesidades especiales del anciano, independientemente de su situación funcional, ya que la institucionalización en muchos de los casos puede ser traumática y la primera opción a tomar, siendo en realidad la última, ya que se debe acudir a las diferentes estancias alternativas para propender que el adulto mayor siga integrado en la sociedad y en la familia. Cada vez frecuente situación en donde un adulto mayor cuida de otro aun mayor es un fenómeno que requiere mayor atención por parte de nuestras organizaciones de salud, y de la sociedad (46).

Visitas domiciliarias

Acciones de atención primaria en Chile están aún enfocadas a la visita domiciliaria enfocadas en la atención de problemas específicos: curaciones, colocaciones de sondas etc., pero no presentan un enfoque preventivo en la población mayor de 65 años que busca acciones tendientes a lo que plantea la OMS un envejecimiento saludable, esto se corrobora con lo que apareció en los estudios de la revisión sistemática una disminución de la mortalidad en personas menores de 77 años. Finalmente se debería hacer un estudio de costos para determinar la viabilidad y el impacto posible en la comunidad de este tipo de programas (38).

Vale la pena reforzar la atención primaria en salud, con la efectividad de la visita domiciliaria para la prevención de enfermedades, enlentecimiento del deterioro funcional y como consecuencia menor dependencia y demanda de los servicios de salud por parte de la población mayor de 65 años.

En el contexto de una residencia de larga estancia en donde hay un mayor grado de dependencia y deterioro considerable de la funcionalidad, en donde muchas de las actividades de la vida diaria no pueden ser realizadas por los individuos, se hizo necesaria la postulación de cuál sería el impacto de las visitas domiciliarias en la funcionalidad tanto en el ingreso a residencias de larga estancia como enlenteciendo o deteniendo la dependencia del adulto mayor (49).

Si bien es cierto se demostró cierto impacto en la postergación de la internación de los adultos mayores a las residencias prolongadas en los estudios revisados, ya que al identificar algún tipo de limitación en las visitas domiciliarias efectuadas a adultos mayores, puede enfocar sus esfuerzos a mantener la capacidad de esta persona para realizar sus actividades de la vida diaria y así depender menos o no depender de un cuidador (49).

Conclusiones

Pese a que el aumento de la esperanza de vida es un logro de la ciencia y la tecnología, el que la población adulta mayor comience a predominar sobre el resto de la población tienen sus consecuencias. Consecuencias para las cuales los Gobiernos no están preparados.

Es importante resaltar que dentro del modelo de envejecimiento activo todos los sectores deben participar para hacer esta propuesta una realizada, por lo pronto consideramos un paso enorme el hecho de que haya integración de la academia en la sociedad para lograr unas mejores condiciones de vida (5) (16).

La gran mayoría de los adultos mayores presenta algún grado de limitación en su movilidad y sufre por esto las dificultades de adaptación para desplazarse; este deterioro genera vulnerabilidad, que da como resultado la definición de personas frágiles con pronóstico reservado en algunos casos, los cuales incluyen discapacidad, dependencia, caídas, internación y mortalidad, en los adultos mayores (32).

Este segmento poblacional es vulnerable, no solo por la presencia de enfermedades crónicas y alteraciones de oído y de la marcha, que afectan sus actividades diarias y laborales, sino que por cuestiones sociales, de políticas empresariales y de creencias, los adultos mayores son retirados de sus trabajos antes de tiempo. El cese laboral, trasciende a nivel familiar, económico, y ambiente social tienen un impacto enorme sobre el individuo. Algunos pasan, inclusive a responsabilizarse de los nietos (5) (9). Así que, sin ingresos, o pocos, enfermos, limitados en sus actividades, se ven relegados a oficios del hogar o a trabajos ocasionales, volviéndose una carga financiera para sus familias. Y en ocasiones llevándolos a la bancarrota. Representan un segmento de la población que demanda al sistema de salud por sus múltiples comorbilidades (9)

Observamos planes innovadores en las ciudades, inclusive las aseguradoras de salud se están implementando estos programas para la población mayor por lo que consideramos que es un avance y que como lo mencionan sus autores, la implementación de un plan de actividad física tiene la ventaja de ser costo efectiva y de fácil seguimiento, por lo que es una muy buena estrategia para mantener unas condiciones de salud favorables para los mayores de 65 años.

En años recientes la comprensión de lo que significa calidad desde la perspectiva del cliente de los hogares de ancianos se ha convertido en un foco de interés creciente en los programas estatales (17)

Los centros de atención al adulto mayor deben contar con los siguientes los objetivos: proporcionar un ambiente seguro y de apoyo para las personas con enfermedades crónicas, recuperar y mantener el mayor nivel posible de

independencia funcional, conservar la autonomía personal, mejorar la calidad de vida, el bienestar percibido y la satisfacción vital; proporcionar unas condiciones y un ambiente cómodo y digno para las personas que padecen una enfermedad terminal y para sus familiares, estabilizar y retrasar el avance y el deterioro producido por las enfermedades crónicas, prevenir enfermedades agudas y la iatrogenia, identificándolas y tratándolas cuando se presenten (33).

En el cuidado del adulto mayor debe considerarse la capacidad funcional que este presenta, misma que debe ser valorada, tomando en consideración múltiples elementos como son los cambios fisiológicos propios del envejecimiento y distinguirlo de las modificaciones que provocan los procesos mórbidos, implicando la pérdida de capacidad funcional para desempeñar las ABVD como lo menciona Rodríguez y Alfonso (40)

Se debe elaborar un modelo integral de atención sanitaria a la población mayor a través de la promoción de un sano envejecimiento y de acciones preventivas y educativas para cambiar el paradigma asistencialista de las naciones; de ahí la importancia del rol del profesional de enfermería para ayudar a las poblaciones mayores a la capacitación de su familia y red de apoyo, para mejorar el entorno de los mayores y difundir el concepto de un envejecimiento activo. Se debe realizar un ejercicio interdisciplinar para poder aportar guías aplicables tanto en países en desarrollo como en los países considerados desarrollados pero con normativas que limitan el presupuesto nacional por su alto costo desde la mirada del asistencialismo (20) (24) (30) (40) (45).

Las acciones preventivas y el control de la morbilidad de población puede determinarse o evaluarse a través de este tipo de escalas presentadas en el estudio. La satisfacción de las necesidades en salud incorpora muchos elementos además de la capacidad física, nuestra población en general desconoce muchos hábitos y signos de alarma para hacer uso de los sistemas sanitarios, debido a sus sistemas de creencias o a su nivel cultural y académico. Debemos garantizar como administradores en salud el uso adecuado de los servicios sanitarios y hacer uso de este tipo de herramientas dada su costo efectividad para evaluar las necesidades de las poblaciones y para la elaboración de planes y programas enfocados a la satisfacción de los mismos (45).

Inclusive en modelos como el cubano, los ancianatos están ubicados estratégicamente en cada barrio, para que las personas no salgan de su ambiente (30).

Ante el panorama entorno al envejecimiento de la población se hace necesario establecer tanto los factores de riesgo como los factores protectores en esta población, ya que a medida que se pierde la capacidad funcional, se presuponen mayores requerimientos, en cuidados, materiales y costes de los sistemas de salud, de las instituciones y de los familiares. Se evidencia que en el estudio se tienen en cuenta como posibles factores protectores el tener una situación económica favorable, tener una pareja, tener una IMC dentro de parámetros

normales y una agudeza auditiva y visual normal para la edad, si bien a mayor edad existe una mayor posibilidad de alteración de alguno de estos factores lo importante y lo que aporta este estudio es que a través de la canalización de la población a través de la estrategia APS, se puede identificar a tiempo el deterioro y se puede propender por fortalecer la independencia del adulto mayor, sumado a que la incidencia de morbilidades crónicas concomitantes pueden a su vez limitar el estado funcional de esta población, por lo que coincidimos con los investigadores en que el consumo de medicamentos es indicado de comorbilidades pero que asociado a otros factores el individuo aún puede conservar su funcionalidad (44).

Otro aspecto a resaltar dentro de la investigación es que la importancia del estudio del estado de la funcionalidad es un predictor de una futura discapacidad razón por la cual encontramos cada vez más población longeva con mayor discapacidad o con limitación funcional considerable (44).

“Brindar cuidados al adulto mayor en la comunidad implica aprender del anciano sus formas de vida, sus contextos, sus sentimientos, sus preocupaciones, sus creencias, prácticas y valores, en sucesos tan diversos como su nacimiento, su adolescencia, adultez, vejez, enfermedad y muerte, con una historia de vida y en la cultura en la comunidad donde vive.” (36)

Es allí donde el salvavidas tanto sanitario como financiero son las actividades de promoción de la salud y hábitos saludables integrando al individuo mayor, como a su núcleo familiar y su entorno social. Esta estrategia sumada a la elaboración de una base de datos actual permitiría identificar el progreso de los individuos y la aplicabilidad de sus cuidados de salud permitiendo que las poblaciones envejecieran con un menor grado de dependencia; la situación de salud de las poblaciones debe abordarse más allá del fenómeno sanitario involucra a todos los sectores de la sociedad (20) (34).

Podemos concluir entonces que la mayoría de los entrevistados están de acuerdo que un trato amable es esencial para sentirse bien. Sentirse escuchado, apoyado. Desean ser llamados por sus nombres, y no soportan los infantilismos. Agradecen que les den información acerca de lo que les va a realizar. En el caso de personas con déficit cognoscitivo, es importante que el personal sea calificado para su adecuado manejo (17).

Desde el rol del administrador de salud, es uno de los puntos críticos del SGSSS, la atención a los adultos mayores, las barreras de acceso y el apoyo integral para optimizar e invertir recursos en la educación y soporte de las poblaciones en lugar de la atención clientelista que genera muchos gastos y sobrecostos al sistema por la descompensación de patologías crónicas y de las complicaciones prevenibles a través de la educación y de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (37).

Si bien se habla del profesional administrativo, no solo se retoma la importancia de la obtención de buenos resultados y de la implementación de procesos con calidad, sino que se resalta que este deba incorporar en sus competencias la integración y el conocimiento de las destrezas y competencias de cada profesional, involucrado en los procesos, en quien pueda apoyarse para brindar una mejor atención a los adultos mayores residentes.

En seguridad social no se puede entrar a juegos perversos. Desalojar el asistencialismo y convertir las políticas en derechos. Ello se logra mediante un concepto adecuado de Estado y una nueva mirada del proceso de envejecimiento y de la vejez. La educación para una cultura de la seguridad social va desde la primaria hasta la universidad y debe permanecer durante toda la vida (14).

Bibliografía.

1. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ley Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2. 019. Ministerio de la Protección Social. Citado el 05 Diciembre de 2013. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8BTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>
2. Scheil-Adlung X, Bonan J. Brechas en la protección social de la salud y en los cuidados de larga duración en Europa: ¿bancarrotas para la tercera edad?. Revista Internacional De Seguridad Social [serial on the Internet]. (2013, Jan), [cited February 27, 2014]; 66(1): 27-51. Available from: Academic Search Complete. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4f18f973-2f0e-4e3a-b553-e30cde1ee4f1%40sessionmgr4001&vid=2&hid=4112>
3. Correa-Bautista Jorge Enrique, Sandoval-Cuellar Carolina, Alfonso-Mora Margareth Lorena, Rodríguez-Daza Karen Dayana. CAMBIOS EN LA APTITUD FÍSICA EN UN GRUPO DE MUJERES ADULTAS MAYORES BAJO EL MODELO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO. Rev.fac.med.unal [serial on the Internet]. 2012 Mar [cited 2014 Feb 13]; 60(1): 21-30. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112012000100003&lng=en
4. Bloom D, Mahal A, Rosenberg L, Sevilla J. Acuerdos de seguridad económica en el contexto del envejecimiento de la población de la India.

Revista Internacional De Seguridad Social [serial on the Internet]. (2010, Aug), [cited January 18, 2014]; 63(3/4): 66-98. Available from: Academic Search Complete.

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=33b929da-66f2-41ab-a944-e160f7eb3f15%40sessionmgr4004&vid=2&hid=4112>

5. Giraldo-Ocampo CP, Cardona-Arango D. SER VIEJO EN COLOMBIA TIENE SU COSTO LABORAL. *Investig. andina* [serial on the Internet]. 2010 Sep [cited 2014 Feb 03] ; 12(21): 50-59. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462010000200005&lng=en.
6. Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: metaestudio cualitativo. Blanca-Gutiérrez J, Linares-Abad M, Grande-Gascón M, Jiménez-Díaz M, Hidalgo-Pedraza L. (Spanish). *Aquichan* [serial on the Internet]. (2012, Dec), [cited October 4, 2013]; 12(3): 213-227. Available from: Academic Search Complete.
7. Duran, Diana; Orbegoz , Laura Juliana; uribe-rodriguez, Ana Fernanda and Uribe Molina, Juan Maximo. Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Univ. Psychol.* [online]. 2008, vol.7, n.1 [cited 2014-01-30], pp. 263-270 . Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000100019&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1657-9267
8. Sanhueza Parra Marcela Isabel del Pilar, Castro Salas Manuel, Merino Escobar José Manuel. Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. *av.enferm.* [serial on the Internet]. 2012 Jan [cited 2014 Jan 28] ; 30(1): 23-31. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002012000100003&lng=en.
9. Villarreal Amarís Gloria, Month Arrieta Edalcy. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Salud, Barranquilla* [serial on the Internet]. 2012 June [cited 2014 Feb 28] ; 28(1): 75-87. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522012000100008&lng=en.
10. Cardona A Doris. Comparativo de la calidad de vida del adulto mayor. Medellín, 2008. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [serial on the Internet]. 2010 May [cited 2014 Ene 31] ; 28(2): 149-160. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2010000200007&lng=en
11. Wilson-Escalante L, Sánchez-Rodríguez M, Mendoza-Núñez V. Sedentarismo como factor de riesgo de trastornos depresivos en adultos

- mayores. Un estudio exploratorio. (Spanish). Revista De La Facultad De Medicina De La UNAM [serial on the Internet]. (2009, Nov), [cited October 5, 2013]; 52(6): 244-247. Available from: Academic Search Complete. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ac76e6f3-1e39-4fe9-ba47-d43e93c56120%40sessionmgr111&vid=12&hid=112>
12. Cardona A. D, Segura C. Á, Berbesí F. D, Agudelo M. M. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. (Spanish). Revista Facultad Nacional De Salud Pública [serial on the Internet]. (2013, Jan), [cited February 27, 2014]; 31(1): 30-39. Available from: Academic Search Complete. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f1595b72-0ebe-46ea-b341-878a6d210a7a%40sessionmgr4004&vid=2&hid=4112>
 13. Zambrano-Domínguez E, Guerra-Martín M. Formación del cuidador informal: relación con el tiempo de cuidado a personas dependientes mayores de 65 años. (Spanish). Aquichan [serial on the Internet]. (2012, Dec), [cited October 5, 2013]; 12(3): 241-251. Available from: Academic Search Complete. <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1954>
 14. Dueñas-Ruiz, Oscar J. Colombia, España, Uruguay, Costa Rica, Cuba, Ecuador. Seguridad Social para el adulto mayor*. (Spanish). **Revista de Derecho** Universidad del Norte [serial on the Internet]. (2012, Jan), [cited December 15, 2013]; , 37: 68-110. Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-86972012000100004&lng=en&nrm=iso>.
 15. García-Peña C. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. (Spanish). Salud Mental [serial on the Internet]. (2012, Jan), [cited October 5, 2013]; 35(1): 71-77. Available from: Academic Search Complete. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fa0df56b-8f80-4023-946a-569a77e881de%40sessionmgr198&vid=4&hid=112>
 16. Agudelo Garcia Eliana, Ríos Idárraga Martha Luisa, González Pardo Martha Elena, Rivera Ramírez Erica Yuliana, Vélez Bedoya Héctor Fabio. Resultados de la capacitación a cuidadores de Adultos Mayores en el Departamento de Risaralda 2011 (Colombia). Investig. andina [serial on the Internet]. 2013 Sep [cited 2014 Feb 28] ; 15(27): 825-837. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462013000200009&lng=en.

17. Rodríguez-Martín, Beatriz; Martínez-Andrés, María; Cervera-Monteaquedo, Beatriz; Notario-Pacheco, Blanca; Martínez-Vizcaíno, Vicente. Perception of quality of care among residents of public nursing-homes in Spain: a grounded theory study. *BMC Geriatrics*; [serial on the Internet] August 2013, [Cited October 15 2013] Vol. 13 Issue 1, p1 Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3701483/pdf/1471-2318-13-65.pdf>
18. Farag I, Sherrington C, Ferreira M, Howard K. A systematic review of the unit costs of allied health and community services used by older people in Australia. *BMC Health Services Research* [serial on the Internet]. (2013, Apr), [cited Sept 12, 2013]; 13(1): 1-11. Available from: Academic Search Complete. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=dbe13c67-7b56-487a-a27c-f7684df22db6%40sessionmgr113&vid=7&hid=112>
19. Fuller—Thompson Esmel. Chi Monica . Older Asian Americans and Pacific Islanders with Activities of Daily Living (ADL) Limitations: Immigration and Other Factors Associated with Institutionalization. *Int Journal Environ. Res. Public Health* [serial on the Internet] Jan 2012 [cited Sept 12, 2013]; 3264-3279. Available from: Academic Search Complete. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3499866/pdf/ijerph-09-03264.pdf>
20. **Darder JJT, Carvalho ZMF.** A interface do cuidado de enfermagem com as políticas de atenção ao idoso. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2012 set-out; 65(5): 721-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23338574>
21. Burns Eileen. McQuillian Nuala. Prescribing in care homes : The role of the Geriatrician. *Therapeutic Advances in Chronic Disease* [serial on the Internet] Feb 2011 [cited Sept 12, 2013]; 2(6) 353–358 Available http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3513895/pdf/10.1177_2040622311421438.pdf
22. Deschodt M, Flamaing J, Haentjens P, Boonen S, Milisen K. Impact of geriatric consultation teams on clinical outcome in acute hospitals: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine* [serial on the Internet]. (2013, May), [cited Sept 30 , 2013]; 11(1): 1-13. Available from: Academic Search Complete .<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/48>
23. Balzer K, Butz S, Bentzel J, Boulkhemair D, Lühmann D. Medical specialist attendance in nursing homes. *GMS Health Technology Assessment*. [serial on the Internet]. (Sept 2013), [cited October 30 , 2013]; 9(1): 1-19. Available from. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3677380/pdf/HTA-09-02.pdf>
24. Reyes Torres Igdany, Castillo Herrera José A. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Rev Cubana Invest Bioméd* [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2013 Ago 20] ; 30(3): 454-459. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002011000300006&lng=es.

25. Knerchel. **The Challenges of Enrolling Older Adults Into Intervention Studies.** YALE JOURNAL OF BIOLOGY AND MEDICINE 86 (2013), PP.41-47.cited Octo 15 2013.avalable.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3584494/pdf/yjbm_86_1_41.pdf
26. Dwyer, D., Oblien, J., Kentwell, T., & Cox, N. (2011). Non-Pharmacological management of challenging behavior among older adults in residential aged care facility in NSW: A Best Practice Implementation Project. *PACEsetterS*, 8(4), 25-30.
http://journals.lww.com/jbipacesetters/Abstract/2011/10000/Non_Pharmacological_management_of_challenging.9.aspx
27. Pilger Calíope, Menon Mario Umberto, Mathias Thais Aidar de Freitas. Health services use among elderly people living in the community. *Rev. esc. enferm. USP* [serial on the Internet]. 2013 Feb [cited 2013 Oct 05]; 47(1): 213-220. Available from:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100027&lng=en) <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100027>
28. Cañadas de la Fuente Guillermo Arturo, Fernández Castillo Rafael, García Ríos María del Carmen. Cómo perciben los mayores la labor asistencial de los jóvenes profesionales sanitarios. *Gerokomos* [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2013 Ago 20]; 21(1): 17-20. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-28X2010000100003&lng=es.
29. Cardona-Arango Doris, Estrada-Restrepo Alejandro, Chavarriaga-Maya Lina M, Segura-Cardona ángela M, Ordoñez-Molina Jaime, Osorio-Gómez Jorge J. Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. Medellín, 2008. *Rev. salud pública* [serial on the Internet]. 2010 June [cited 2013 Aug 20]; 12(3): 414-424. Available from:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300007&lng=en
30. Baster Moro Juan Carlos. Atención médico social al adulto mayor en la provincia Holguín. *Rev. cub. salud pública* [serial on the Internet]. 2011 Sep [cited 2013 Aug 20]; 37(3): 207-218. Available from:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000300004&lng=en.
31. Estrada Alejandro, Cardona Doris, Segura Ángela María, Chavarriaga Lina Marcela, Ordóñez Jaime, Osorio Jorge Julián. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica* [serial on the Internet]. 2011 Dec [cited 2013 Aug 20]; 31(4): 492-502. Available from:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572011000400004&lng=en.
32. Agudelo García Eliana, Ayala Hincapié María Lucila, Ríos Idárraga Martha Luisa. CARACTERIZACIÓN DE LA MOVILIDAD DE ANCIANOS, SEGÚN ÍNDICE DE KATZ, EN EL CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSÉ DE PEREIRA. 2007. *Investig. andina* [serial on the Internet].

- 2009 Apr [cited 2013 Aug 20] ; 11(18): 69-79. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462009000100006&lng=en
33. BLANCA-GUTIÉRREZ, J., GRANDE-GASCÓN, M., LINARES-ABAD, M.. Las experiencias de las personas mayores que viven en hogares para ancianos: la teoría de las “díadas de intercambio”. *Aquichan*, Norteamérica, 13, abr. 2013. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2326>. Fecha de acceso: 05 sept. 2013
34. Rodríguez Cabrera Aida, Collazo Ramos Milagros, Calero Ricard Jorge L, Bayarre Vea Héctor. Intersectorialidad como una vía efectiva para enfrentar el envejecimiento de la población cubana. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2013 Ago 17] ; 39(2): 323-330. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200012&lng=es.
35. Sanz M.^a Milagros de la, Bayona Marzo Isabel, Fernández de Santiago Francisco José, Martínez León Mercedes, Navas Cámara Francisco José. La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. *Gerokomos* [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2013 Ago 20] ; 23(1): 19-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000100004>.
36. Llanes Betancourt Caridad. La transculturación en el cuidado de enfermería gerontológica comunitaria. *Rev Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. 2012 Sep [citado 2013 Ago 20] ; 28(3): 195-208. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000300004&lng=es.
37. Montanet Avendaño Adalberto, Bravo Cruz Carmen María, Hernández Elías Esperanza Heida. La calidad de vida en los adultos mayores. *Rev Ciencias Médicas* [revista en la Internet]. 2009 Mar [citado 2013 Ago 20] ; 13(1): 1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000100001&lng=es.
38. Rubio Acuña Miriam. Efectividad de las visitas domiciliarias en ancianos sobre el estado funcional, mortalidad e ingreso en residencias de larga estancia. *Gerokomos* [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2013 Oct 04] ; 24(2): 78-80. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000200006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000200006>.
39. Pacheco-Ferreira A. Beneficios terapéuticos por empleo de los animales de compañía en el cuidado de salud de las personas mayores. *Revista*

Gerencia Y Políticas De Salud [serial on the Internet]. (2012, Jan), [cited October 5, 2013]; 11(22): 58-66. Available from: Academic Search Complete

<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/3289>

40. Segovia Díaz de León Martha Graciela, Torres Hernández Erika Adriana. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2013 Oct 04] ; 22(4): 162-166. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-X2011000400003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134928X201100040003>.
41. Valero Serrano Beatriz, Franquelo Morales Pablo, González Martínez Félix, León Belmar Javier de, Quijada Rodríguez José Luis. La práctica del Tai Chi previene las caídas en el Anciano Institucionalizado: Un Ensayo Clínico. Rev Clin Med Fam [revista en la Internet]. 2010 Feb [citado 2013 Ago 20] ; 3(1): 34-38. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000100008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2010000100008>.
42. Ors Montenegro Asunción, Maciá Soler Loreto. Mayores institucionalizados: Valoración de la satisfacción y el bienestar en una residencia geriátrica religiosa. Gerokomos [revista en la Internet]. 2013 Mar [citado 2013 Oct 04] ; 24(1): 18-21. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000100004>.
43. Rodríguez Palma Manuel, Vallejo Sánchez Jesús Manuel. La gestión de úlceras por presión en residencias de mayores: Obstáculos y facilitadores. Gerokomos [revista en la Internet]. 2010 Sep [citado 2013 Ago 20] ; 21(3): 108-113. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000300003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2010000300003>
44. Arnau Anna, Espauella Joan, Serrarols Marta, Canudas Judit, Formiga Francesc, Ferrer Montserrat. Factores asociados al estado funcional en personas de 75 o más años de edad no dependientes. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2012 Oct [citado 2013 Ago 20] ; 26(5): 405-413. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000500004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.035>.
45. Tirado-Cosío, F, & Moreno-Castillo, Y 2004, 'Autopercepción de salud en un grupo de ancianos mexicanos con el uso del perfil de salud de Nottingham. (Spanish)', *Archivos En Medicina Familiar*, 6, 1, pp. 20-22, Academic Search Complete, EBSCOhost, viewed 27 January 2014. Disponible en <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?>

- [sid=40582ded-ff28-4a13-8156-e165a4d12bd0%40sessionmgr4004&vid=2&hid=4112](http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=40582ded-ff28-4a13-8156-e165a4d12bd0%40sessionmgr4004&vid=2&hid=4112)
46. Baster Moro J. Adultos mayores en funciones de cuidadores de ancianos. (Spanish). Revista Cubana De Salud Pública [serial on the Internet]. (2012, Jan), [cited February 12, 2014]; 38(1): 168-173. Available from: Academic Search Complete. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=33ae6418-bae2-4d8d-a785-d98380878670%40sessionmgr4004&vid=2&hid=4112>
47. González E, Orozco G, Poveda J, Perelli A, Calzolaio V, González R, et al. Sobrecarga del Cuidador Versus Autonomía Funcional del Anciano. (Spanish). Informe Medico [serial on the Internet]. (2012, Aug), [cited January 10, 2014]; 14(8): 351-354. Available from: Academic Search Complete. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8fd56feb-90c6-4ed4-b2ed-a1a35b14298c%40sessionmgr4005&vid=4&hid=4204>
48. Garcia de Lorenzo y. Mateos A, Alvarez J, De Man F. Envejecimiento y desnutrición; un reto para la sostenibilidad del SNS; conclusiones del IX Foro de Debate Abbott-SENPE. (Spanish). Nutricion Hospitalaria [serial on the Internet]. (2012, July), [cited February 10, 2014]; 27(4): 1060-1064. Available from: Academic Search Complete. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=905479ec-623c-441d-a0d3-1598954070af%40sessionmgr4005&vid=2&hid=4112>
49. Rubio Acuña Miriam. Maltrato institucional a adultos mayores. Gerokomos [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2013 Oct 04]; 23(4): 169-171. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000400005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000400005>
50. Mezey M, Mitty E, Burger S, McCallion P. Healthcare Professional Training: A Comparison of Geriatric Competencies. Journal Of The American Geriatrics Society [serial on the Internet]. (2008, Sep), [cited October 4, 2013]; 56(9): 1724-1729. Available from: Academic Search Complete. <http://web.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0523c7c5-5e98-4427-a1e2-06d5488a1fc9%40sessionmgr14&vid=17&hid=23>