



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
LICENCIADO EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

TESINA

LA VULNERABILIDAD DEL ADULTO MAYOR.

**UNA REVISIÓN TEÓRICA DE LAS CONDICIONES DE LA
AUTONOMÍA DESDE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

P R E S E N T A:

MEDINA SORIANO ILCE MARISOL

ASESOR. MTRO. DIEGO FERNANDO VELASCO CAÑAS

Netzahualcóyotl, Estado de México a 26 de Junio de 2015

A mi madre

Que siempre ha sido mi inspiración en la vida. Tu ejemplo de lucha formo el carácter, la tenacidad, la perseverancia y demás cualidades que me caracterizan. A ti te dedico con todo mi amor la culminación de una meta que tanto tú como yo nos propusimos. Infinitas gracias por todo lo que te esfuerzas para que todos nosotros tengamos la oportunidad de lograr lo que nos proponamos.

A mi familia y mis amigos

Ustedes que me han acompañado a lo largo de toda la etapa escolar. Que siempre han estado presentes en mis logros, mis aciertos, mis errores.

A mi asesor de tesis

Usted maestro Diego Fernando Velasco Cañas que me apoyo y guio. Le agradezco de antemano haber aceptado asesorarme con la mejor disposición que siempre mostro. Es así que una vez concretado el presente trabajo de tesina para titulación se comparte conmigo la satisfacción de ver culminada una etapa más dentro de la formación de mi educación profesional.

A mi universidad y profesores

Con inmensa gratitud a la Universidad Autónoma del Estado de México de la Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl, ya que en sus instalaciones recibí la información profesional que ejerceré a partir de que se tenga a bien otorgarme el título de Licenciada en Educación para la Salud.

“El arte de envejecer es el arte de conservar alguna esperanza”

André Maurois

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1. LA VULNERABILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES	8
1.1 Determinantes Sociales y los Adultos Mayores	12
1.2. Discriminación hacia los Adultos Mayores.....	13
1.3. El Maltrato hacia los Adultos Mayores.....	14
1.4 El Abandono del Adulto Mayor y La Familia	16
1.5 Justicia Social	21
1.5.1 Entornos saludables	22
1.5.2Protección Social a lo largo de la Vida.....	22
1.5.3 Atención de Salud.....	23
1.6. Desigualdad y el Adulto Mayor	23
1.7 El Reconocimiento y la Autonomía.....	24
1.8 El Envejecimiento Activo	27
1.9 El Empoderamiento en los Adultos Mayores	28
1.10 Los Derechos Humanos y los Adultos Mayores.....	30
1.11 Igualdad	34
2.1 Factores Biológicos, Fisiológicos y Psicológicos del Adulto Mayor	37
2.2 Factores Sociales y el Entorno Social del Adulto Mayor	39
2.3 Estilos de Vida.....	40
2.4 La Salud.....	42
2.5 La Salud Colectiva	44
2.6 Salud Pública	45
2.7 La Nueva Salud Pública	46
2.8 Salud Comunitaria.....	47
2.9 Medicina Preventiva	49

CAPÍTULO 3 ¿Como el Educador para la Salud puede ayudar afrontar la problemática de vulnerabilidad del adulto mayor, disminuyendo los agravios morales que sufre?	52
3.1 Educación para la Salud y el Reconocimiento Recíproco.....	53
3.2. El Envejecimiento Activo	56
3.3 El Empoderamiento.....	56
3.4 Los Derechos Humanos	57
3.5 La Autonomía e Igualdad	58
Conclusiones	59
BIBLIOGRAFÍA.....	62

INTRODUCCIÓN

En el primer Capítulo trazaremos el marco teórico conceptual que dirigirá nuestra investigación. En una primera sección definiremos la vulnerabilidad de los adultos mayores para, posteriormente, introducirnos en un contexto filosófico-moral de los determinantes sociales, que permita entender la discriminación, el maltrato, la violencia y el abuso como agravios morales en contra de los adultos mayores. Para, ello en la segunda sección explicaremos una teoría de la justicia social y cómo afecta la desigualdad en el entorno social, en la protección social, en la atención de la salud, y como el envejecimiento activo, el *reconocimiento reciproco* servirá como la categoría directriz de nuestro análisis y nos permitirá entender los determinantes sociales como agravios sufridos por los adultos mayores. En una tercera sección, vincularemos la idea de los derechos humanos con la igualdad y la autonomía para insertarlos en un plano de justicia social que tendría que ser reparada para garantizar las condiciones de reconocimiento reciproco que permitirá a los adultos mayores situarse en un entorno de salud.

Nuestro objetivo es presentar un panorama general de la situación de vulnerabilidad que enfrentan hoy en día los Adultos Mayores. No se pretende hacer un análisis exhaustivo del asunto, sino problematizar la situación de los adultos mayores desde la postura metodológica.

En el Capítulo dos, hablaremos de los determinantes de la salud y la salud del adulto mayor. En la primera sección definiremos que son los determinantes de la salud y sus factores sociales del adulto mayor, como son lo biológico, físico, psíquico y los estilos de vida que nos permitirán entender los factores sociales de los adultos mayores. En el segundo apartado se hablará de la salud y la incorporación de propuestas innovadoras, para la reflexión y avance de la salud, que es la salud

colectiva, la salud pública, la salud comunitaria y la medicina preventiva para posteriormente introducirnos en un contexto filosófico referente a encontrar, comprender y actuar sobre la salud del adulto mayor, y no solamente sobre la salud-enfermedad.

Para nuestro último capítulo plantaremos nuestra pregunta de investigación *¿cómo el educador para la salud puede ayudar a afrontar la problemática de vulnerabilidad del adulto mayor, disminuyendo los agravios morales que sufren?* Es importante destacar que el educador para la salud tiene como finalidad prevenir y mejorar las condiciones de vida, a través de intervenciones pedagógicas, consistentes en cursos talleres y pláticas que aborden temas sobre el cuidado de la salud, el desarrollo humano y acciones dirigidas a todos los grupos de edad con sentido preventivo.

Consideramos que para lograr lo anterior es importante reforzar las condiciones de reconocimiento del adulto mayor; los adultos mayores tienen que ser reconocidos por la familia para que alcancen su autoconfianza; por la sociedad para que alcancen el autorrespeto y el reconocimiento jurídico para que alcancen su autonomía. Consideramos que estas formas de auto relación son condiciones para que el educador para la salud promueva un envejecimiento activo, el empoderamiento, el reforzamiento y el conocimiento de sus derechos humanos para que los adultos mayores alcanzasen una autonomía y así la disminución de los agravios morales que sufren hoy en día, esto generara un ambiente familiar, comunitario y social en el que florezca la salud de los adultos mayores.

CAPÍTULO 1. LA VULNERABILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES

En la antigüedad se respetaba y se cuidaba a los ancianos porque se les consideraban *depositarios del saber*. En cambio hoy los adultos mayores son seres marginados y vulnerables, existen situaciones sociales que derivan para los adultos mayores en inseguridad social, inseguridad de salud y económica a la que se tiene que enfrentar, por lo que muchos de ellos viven en una constante lucha por integrarse a la sociedad, y muchas veces a sus propias familias. (Arzate, Fuentes, Retel, 2007)

En México, en la década de los setenta comienza a generarse una revolución demográfica, a partir de una gradual reducción en la tasa de crecimiento poblacional. La transición demográfica, según datos de la CEPAL “la tasa global de fecundidad pasará de 2.20 por cada cien en el 2005 al 1.87 en el 2030, al tiempo que la tasa de mortalidad disminuirá de 16.8 por cada mil a 7.0. Mientras que el grupo de 65 años y más pasará de representar el 4.7% de la población en el año 2000 al 5.9% en el 2010 y el 7.9% en el 2020 y el grupo de población de 0 a 14 años disminuirá del 33.1% en 2000 al 24.6% en 2020. En lo que toca a la esperanza de vida se verá un aumento constante hasta llegar a los 78.8 años promedio en el 2030”. (CEPAL, 2007: 5)

Es importante señalar que haber muchos adultos mayores, mayor necesidad de servicios de salud, atención y seguridad social. Es cierto que existen muchas instituciones de asistencia pero realmente no existe una protección a los derechos del adulto mayor como se tiene para los niños y los jóvenes, es necesario que los adultos mayores cuenten con un sustento jurídico que los proteja.

Los adultos mayores tienen un derecho subjetivo, es decir, una facultad jurídica que se origina al tener 60 años de edad, a quienes una norma de

derecho autoriza para reclamar del obligado en este caso el Estado, y una institución de seguridad social o privada, existe un vínculo jurídico entre el Estado y los ancianos, regido por disposiciones legales que se encuentran por hoy dispersas en diferentes ordenamientos (Arzate, 2007: 9).

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores establece en su artículo 5º los siguientes derechos para los adultos mayores:

I. De la integridad, dignidad y preferencia:

- a. A una vida con calidad.*
- b. Al disfrute pleno, sin discriminación ni distinción alguna.*
- c. A una vida libre sin violencia.*
- d. Al respeto a su integridad física, emocional y sexual.*
- e. A la protección contra toda forma de explotación.*
- f. A recibir protección por parte de la comunidad, la familia y la sociedad, así como de las instituciones federales, estatales y municipales.*
- g. A vivir en entornos seguros dignos y decorosos, que cumplan con sus necesidades y requerimientos y en donde ejerzan libremente sus derechos.*

II. De la certeza jurídica:

- a. A recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial que los involucre, ya sea en calidad de agraviados, indiciados o sentenciados.*
- b. A recibir el apoyo de las instituciones federales, estatales y municipales en el ejercicio y respeto de sus derechos.*

III. De la salud, la alimentación y la familia:

- a. A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral.*
- b. A tener acceso preferente a los servicios de salud.*

c. A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal.

IV. De la educación:

a. A recibir de manera preferente el derecho a la educación.

b. Las instituciones educativas, públicas y privadas, deberán incluir en sus planes y programas los conocimientos relacionados con las personas adultas mayores; asimismo los libros de texto gratuitos y todo material educativo autorizado y supervisado por la Secretaría de Educación Pública, incorporarán información actualizada sobre el tema del envejecimiento y los adultos mayores.

V. Del trabajo:

A gozar de igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo o de otras opciones que les permitan un ingreso propio y desempeñarse en forma productiva tanto tiempo como lo deseen, así como a recibir protección de las disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y de otros ordenamientos de carácter laboral.

VI. De la asistencia social:

a. A ser sujetos de programas de asistencia social en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia.

b. A ser sujetos de programas para contar con una vivienda digna y adaptada a sus necesidades.

c. A ser sujetos de programas para tener acceso a una casa hogar o albergue, u otras alternativas de atención integral, si se encuentran en situación de riesgo o desamparo.

VII. De la participación:

a. A participar en la planeación integral del desarrollo social, a través de la formulación y aplicación de las decisiones que afecten directamente a su bienestar, barrio, calle, colonia, delegación o municipio.

- b. De asociarse y conformar organizaciones de personas adultas mayores para promover su desarrollo e incidir en las acciones dirigidas a este sector.*
 - c. A participar en los procesos productivos, de educación y capacitación de su comunidad.*
 - d. A participar en la vida cultural, deportiva y recreativa de su comunidad.*
 - e. A formar parte de los diversos órganos de representación y consulta ciudadana.*
- (LDPAM, Art 5o)*

Aunque esté estipulado en la legislación, los adultos mayores no cuentan con estos derechos, las leyes han sido y son insuficientes para protegerlos, por lo tanto se les deben garantizar condiciones de vida dignas y darles el valor que les corresponde en cuanto a su papel insustituible en la sociedad; garantizarles el derecho a la igualdad, ya que es primordial y urgente disminuir la situación de vulnerabilidad y violencia que sufren los adultos mayores.

Actualmente, la situación de vulnerabilidad en la que viven las personas adultas mayores es sumamente preocupante: la mayor parte viven en la pobreza extrema, sufren por la desigualdad y la marginación, no cuentan con el apoyo de una institución de seguridad social; sólo pocos de los adultos mayores disponen de una jubilación o pensión y, dicho sea de paso, los montos económicos que reciben son insuficientes para atender todas sus necesidades; sus niveles de salud y alimentación son precarios y muchos sufren de abandono y la mayoría por la familia, son sujetos de despojo de sus bienes, malos tratos y agresiones por parte de la familia y la sociedad. Si agregamos que una gran parte de ellos no tiene acceso a ninguna clase de seguridad social ni a los beneficios de los programas sociales, o de salud, el panorama es francamente desalentador y hay una violación a sus derechos humanos.

1.1 Determinantes Sociales y los Adultos Mayores

La relación entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud se estableció desde las primeras décadas del siglo XIX, cuando se relacionó que las enfermedades estaban asociadas con las inadecuadas condiciones económicas, ambientales y sociales. El concepto ha adquirido un significado refiriéndose por una parte a los factores sociales que promueven o deterioran la salud de los individuos y también a los grupos sociales y por otro lado las desigualdades en la sociedad. (Álvarez, Stella, 2009).

Los determinantes sociales son aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores productores de la salud.

La necesidad de establecer cómo las desigualdades injustas en la distribución de los bienes sociales, ingreso, riqueza, empleo, alimentación saludable, hábitos de vida saludable, acceso de servicios de salud, educación, recreación, entre otros, se manifiestan generando diferencias injustas en el estado de salud de los grupos sociales, en este caso del adulto mayor.

Los principales determinantes sociales que afectan a los adultos mayores son todos aquellos que deterioran su salud y la condicionan, y que tienen un efecto directo sobre ellos. Cuando hablamos de que los adultos mayores son discriminados, abandonados, maltratados estamos hablando de determinantes sociales ejercidos por la sociedad que afectan directamente a su salud.

1.2. Discriminación hacia los Adultos Mayores

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos marca en el **Artículo 1o.** lo siguiente:

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. (CPEUM, Art. 1o)

Otra ley también importante que previene la discriminación y define que es la discriminación es La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación Reglamenta del párrafo tercero del artículo primero constitucional, entiende por discriminación:

Toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones

de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas. (LFPyED, 2004).

Unos de los segmentos poblacionales que la propia Ley Federal considera en situación de vulnerabilidad que son a los adultos mayores, grupo especialmente vulnerable a la discriminación dada la desvalorización de la que son objeto por parte de la sociedad. La situación de exclusión a los adultos mayores tendría que ser considerada más que preocupante en sus condiciones de servicios y de salud para ellos. (Romero, 2005).

La gran problemática de desigualdad que sufren los adultos mayores, es preocupante ya que la discriminación trae consigo la violación de sus derechos humanos.

En nuestro país la discriminación, la violencia, el abandono, el maltrato físico y psicológico e incluso el abuso económico de los adultos mayores se manifiesta en formas diversas, mismas que se presentan en problemas cotidianos y que se traducen en situaciones de una mayor y más profunda problemática, estos agravios morales afecta fuertemente a los adultos mayores.

1.3. El Maltrato hacia los Adultos Mayores

Los adultos mayores viven en donde la violencia impera ya que pertenecen al sector más vulnerable de la población. Aunque el maltrato existe desde hace siglos, el abuso y el maltrato de los adultos mayores es una de las razones de falta de reconocimiento que ha radicado en que han existido dificultades en definir lo que se entiende por maltrato y abuso. Los intentos por definir adecuadamente negligencia, maltrato y abuso en la vejez han sido siempre difíciles.

Leterlier en su artículo busca algunas fuentes y comisiones defensoras del maltrato y cita a la Comisión Latinoamericana de Prevención del Maltrato en la Vejez que en 1994 en la ciudad de Buenos Aires fue creada. (COMLAT, 1994) Esta institución ha realizado algunas investigaciones e intervenciones eficientes y se ha propuesto como tarea poner en discusión el tema del maltrato, además de capacitar al personal de salud que atiende a la población adulto mayor.

El ámbito de la vejez ha adquirido una mayor preocupación en todo el país, lo que tiene directa relación con el progresivo envejecimiento de la población. Esto ha llevado a la necesidad de preocuparse.

El tema del adulto mayor, particularmente, el maltrato como problemas sociales, es preciso proteger los derechos humanos de los adultos mayores.

Letelier en su artículo busca algunas definiciones de lo que es maltrato y cita en su artículo a Lowick quien define: “se sugiere definir el abuso o malos tratos como: un acto no accidental u omisión que menoscaba la vida, la integridad física o psicológica de una persona anciana o que amenaza seriamente el desarrollo de su persona o afecta o daña su seguridad” (Letelier, 2005: 5).

Letelier también cita en su artículo a Daicnman quien ha definido distintos tipos de maltrato hacia las personas mayores:

ABUSO FÍSICO: Se define como el uso de la fuerza física que puede producir una herida, dolor o discapacidad. Se manifiesta mediante inmovilización física, golpes, quemaduras u otras lesiones, capaces de provocar dolor, discapacidad temporal o permanente o ambas cosas y en caso extremos, la muerte.

AUTO ABANDONO: conducta característica de una persona anciana que amenaza su propia salud o seguridad mediante un rechazo o fracaso de proveerse a sí mismo un cuidado adecuado.

ABUSO PSICOLÓGICO O ECONÓMICO: se define como la acción de infligir pena, dolor o angustia a través de acciones expresas verbales o no verbales. Se expresa como insultos, amenazas, intimidación, indiferencia a sus sentimientos, falta de respeto a sus creencias, rechazos a sus deseos.

ABANDONO Y NEGLIGENCIA. Deserción o fracaso, de un individuo que ha asumido la responsabilidad de proveer custodia física o cuidado a un anciano. Presenta una amplia gama de manifestaciones, como no administrar cuidados o supervisión necesaria respecto a alimentación, vestido, higiene, cobijo y cuidados médicos apropiados, dejar solo a un adulto mayor que no pueda valerse en forma personal, no tomar medidas para evitar accidentes previsible y prevenibles. (Letelier, 2005: 6).

El abuso y el maltrato contra las personas de edad avanzadas incluye el abuso físico, sexual, psicológico y económico, los propios adultos mayores perciben que en el abuso se incluyen los siguientes determinantes sociales, exclusión social y abandono, violación de sus derechos humanos y médicos. El abuso de los adultos mayores se trata de una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, aislamiento y desesperación.

Enfrentarse al abuso contra las personas de edad y reducirlo requiere un enfoque multisectorial y multidisciplinario. También es necesario un esfuerzo continuo para aumentar la conciencia del problema y para modificar los valores y la disminución de la discriminación que padecen hoy en día los adultos mayores.

1.4 El Abandono del Adulto Mayor y La Familia

En México existen numerosos casos de violencia intrafamiliar, principalmente en la violencia ejercida contra el adulto mayor, es necesario contar con instrumentos válidos, confiables y fáciles de aplicar en la práctica, es imprescindible valorar la

presencia de trastornos emocionales, el fenómeno del abandono y casos de maltrato a los adultos mayores. (Félix, Hernández, 2009).

La dificultad para generar estadísticas confiables sobre violencia, como consecuencia al ver a la violencia como un fenómeno cotidiano, así mismo, existe la percepción de que este tema es de índole privado y no puede ni debe ser abordado como un fenómeno fuertemente vinculado con la salud. Debido a que la información es casi inexistente, se requiere concientizar a los profesores de la salud.

El aislamiento y la soledad en el anciano sigue siendo cada vez más patente en una sociedad inmersa en una creciente competitividad y deshumanización. Se ha observado que aproximadamente el 20% de la población experimenta la soledad y el abandono social, en un entorno de estrés y violencia, lo que ha ocasionado importantes cambios sociales y culturales que han venido a neutralizar los valores tradicionales que protegían a la familia y en especial a los adultos mayores. (Félix, Hernández, 2009: 2)

El abuso en el adulto mayor se ha generalizado, principalmente en el ámbito familiar puede definirse como violencia intrafamiliar; se trata de un acto de omisión único o repetitivo que consiste en el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono cometido por un miembro de la familia. Otra forma de violencia, puede ser la negligencia, abuso o abandono. (Félix, Hernández, 2009).

Los profesionales de la salud especialmente en el primer nivel de atención deberíamos analizar los factores condicionantes que puedan provocar el abandono en el adulto mayor y atender las enfermedades crónicas degenerativas, las cuales pueden provocar desgaste a toda la familia con el consecuente abandono del anciano.

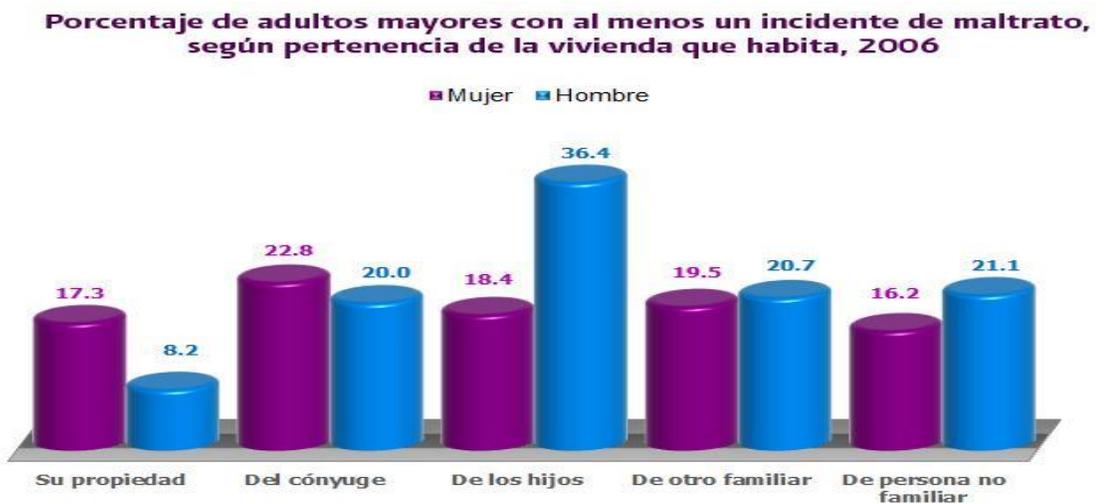
De acuerdo a los datos de la Encuesta sobre Maltrato a Personas adultas mayores (EMPAN-DF, 2006) que es la primera encuesta representativa sobre este tema de Maltrato en América Latina y cuya aplicación permitió obtener información para

conocer la dimensión, caracterización y prevalencia del maltrato hacia los adultos mayores. Del resultado de dicha encuesta presentamos las sigues gráficas:



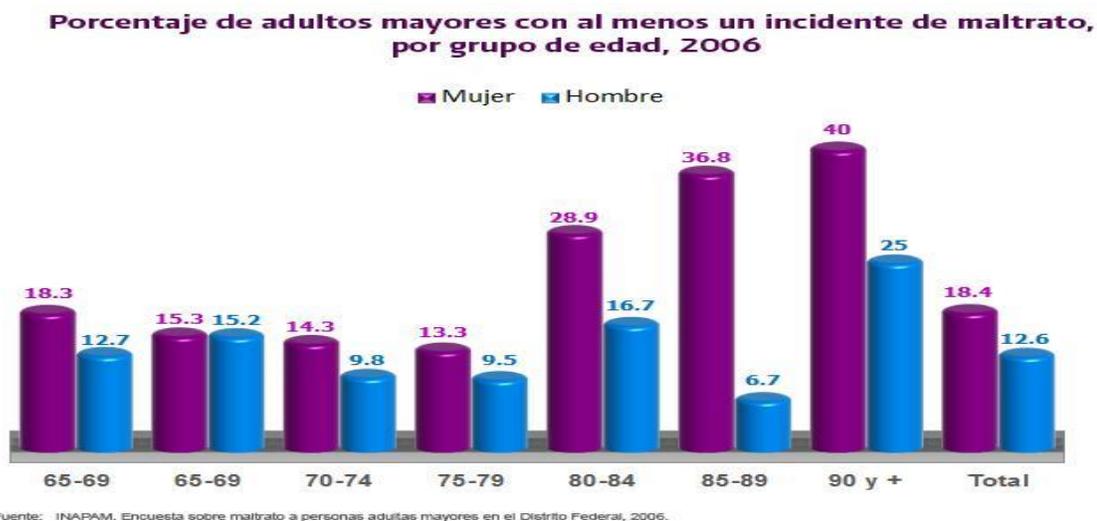
Fuente: INAPAM. Encuesta sobre maltrato a personas adultas mayores en el Distrito Federal, 2006.

En la gráfica 1. Vemos que el porcentaje más alto de maltrato es de 33% que es en el hombre ejercido por hermano(a) mientras que el porcentaje más alto por la mujer es de 23.9 % ya que se encuentra sola, y el porcentaje más bajo en el hombre es de 5.1 % y es que vive sola y en la mujer 7.1% y que vive con la pareja. En esta gráfica vemos que las mujeres son más vulnerables cuando viven solas al contrario de los hombres.



Fuente: INAPAM. Encuesta sobre maltrato a personas adultas mayores en el Distrito Federal, 2006.

En la gráfica 2. Vemos cual es el porcentaje más alto en la etapa que son más vulnerables en el caso de hombre es de 90 y más, mientras en la mujer es de 40% en la misma edad. El porcentaje más bajo en el caso de los hombres fue de 6.7 % en la edad de 85 – 89 y en el caso de las mujeres fue 13.3% en la edad de 75-79. En esta gráfica vemos un alto porcentaje de índices de maltrato del adulto mayor.

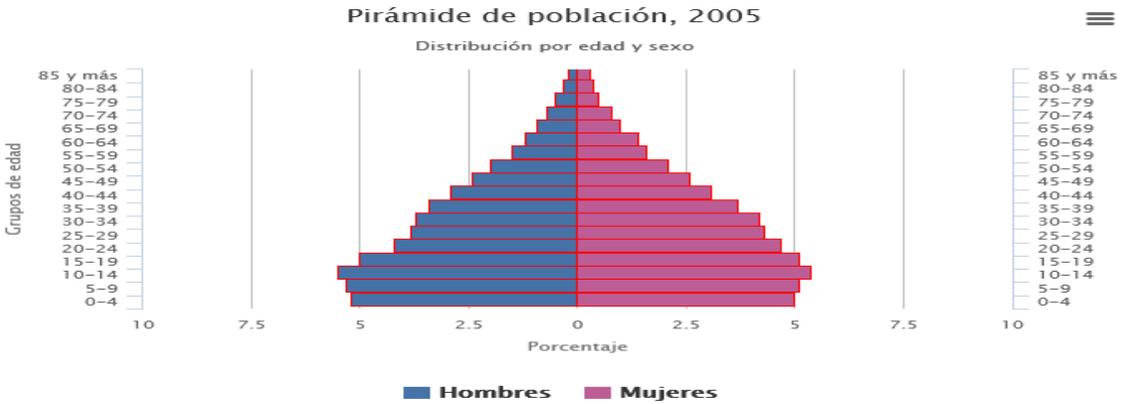


La gráfica 3 muestra como el porcentaje de violencia es mayor en los casos de los hombres cuando se viven con los hijos alcanzando un porcentaje de 36.4 % y el caso de las mujeres 22.8 % viviendo con la pareja. El índice más bajo de maltrato en el caso de los hombres fue de 8.2 % es mucho menor cuando vive en su propiedad y en el caso de las mujeres es de 16.2 % cuando no vive con la familia. El maltrato que menos se ejerce en los hombres y mujeres mayores es cuando ellos viven en su propia casa.

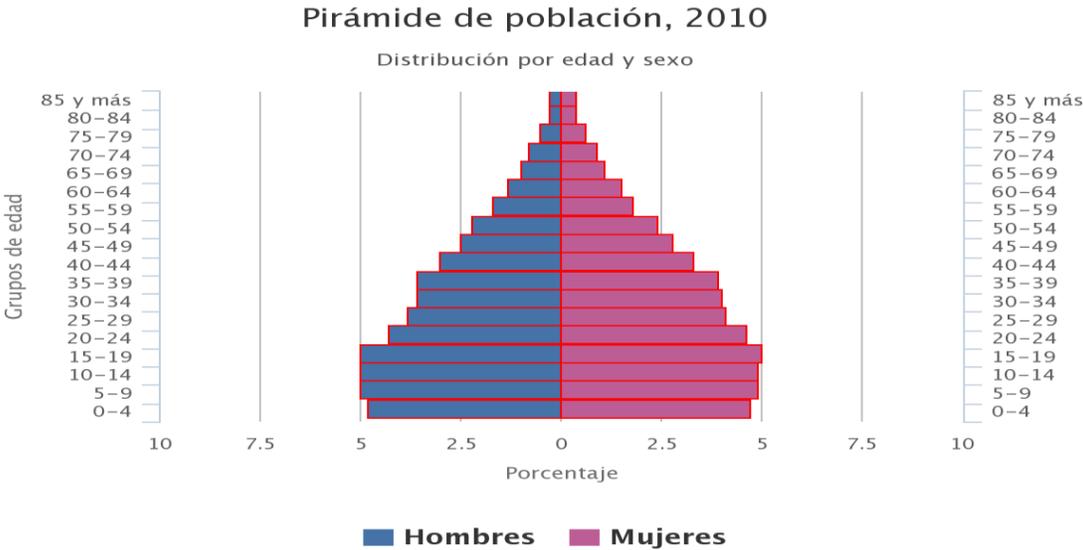
De acuerdo con los datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2014), se estima que la edad media de la población se incrementará de 27 a 30 años en la primera década del presente siglo y de 38 a 45 años entre 2030 y 2050. A su vez, la población de 65 años y más aumentará de 4.8 millones a 17 millones entre 2000 y 2030 y alcanzará 32.5 millones al llegar el año 2050 (véanse gráficas 4 y 5). Sin embargo, dado que más de tres cuartas partes del aumento previsto ocurrirán a

partir de la tercera década del presente siglo, nuestro país cuenta con el tiempo indispensable para preparar las respuestas institucionales encaminadas a afrontar exitosamente el fenómeno del envejecimiento.

El cambio demográfico en México se ha producido con tal velocidad que hoy nos encontramos ante la necesidad de atender los efectos del alto crecimiento poblacional del pasado y, a la vez, de preparar las respuestas institucionales y sociales para encarar los desafíos presentes y futuros que representa el envejecimiento demográfico. Este proceso seguramente influirá de distintas maneras en la sociedad mexicana, particularmente en la economía, la política y la cultura



En la gráfica 4 vemos que en el 2005 la población más alta por edad tanto en hombres para mujeres es de 10-14 años eso quiere decir en unos 50 años la pirámide poblacional estaría invertida la base con mayor porcentaje sería la de 65 y más.



En la gráfica 5 vemos que los grupos con mayor porcentaje por edad en la pirámide poblacional del 2010 por edad de 15-19, 10-14 y 5-9 años.

1.5 Justicia Social

Francois Dubet (2011) define la idea de justicia social diciendo que existen en la actualidad dos grandes concepciones de la justicia social: la igualdad de posiciones o lugares y la igualdad de oportunidades.

La primera busca reducir las desigualdades de los ingresos, de las condiciones de vida, a los accesos a los servicios a los que se ven asociadas a las diferentes posiciones sociales que ocupan los individuos. La igualdad de las posiciones busca entonces hacer que las distintas posiciones estén, en la estructura social igualitariamente distribuidas, en pocas palabras que todos tengan las mismas oportunidades y reducir las brechas de las condiciones de vida y de trabajo. En este caso el adulto mayor tendría que tener las mismas oportunidades de vida y de trabajo y la segunda concepción de la justicia, es la igualdad de oportunidades: consiste en ofrecer a todos las mismas posibilidades para luchar contra las discriminaciones. En este caso, las inequidades estarían abiertas a todos, incluyendo a los adultos mayores para tener oportunidades de igualdad y luchar contra la discriminación. (Dubet, 2011)

La igualdad de oportunidades para todos ayudaría a los adultos mayores para solucionar los problemas de discriminación y desigualdad, disminuir la violencia y los malos tratos.

La Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales que explicaremos consecutivamente en los siguientes puntos. (OMS, 2005)

1.5.1 Entornos saludables

El lugar donde vivimos afecta a nuestra salud y a nuestra posibilidad de tener una vida próspera. Las condiciones de vida de la población inciden de forma importante en la equidad sanitaria, el acceso a una vivienda de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento es un derecho de todo ser humano. La Comisión pide:

1. que mejore la disponibilidad y, el abastecimiento de agua y electricidad y el saneamiento;
2. que se promuevan las conductas sanas, en la actividad física, alentando una alimentación sana y la disminución de la violencia.
3. que las respuestas económicas y sociales al cambio climático y otros tipos de degradación medioambiental tengan en cuenta la equidad sanitaria.

1.5.2 Protección Social a lo largo de la Vida

Todo el mundo necesita protección social a lo largo de la vida: en la infancia, durante la vida laboral, y en la vejez. Esa protección también es necesaria en determinadas circunstancias inesperadas, como en caso de enfermedad, discapacidad y pérdida de ingresos o del trabajo. Extender la protección social a toda la población, constituirá un paso decisivo para alcanzar la equidad:

- a. que se establezcan políticas integrales de protección social y se refuercen las existentes;

b. que se vele por que los sistemas de protección social incluyan a quienes están en situación de precariedad laboral, en particular quienes trabajan en el sector no estructurado, el servicio doméstico o la asistencia a otras personas.

1.5.3 Atención de Salud

El acceso y la utilización de los servicios de salud son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria. Sin atención sanitaria, muchas de las oportunidades para mejorar radicalmente el estado de salud desaparecerán. :

a. Que se disponga de sistemas de atención de salud basados en los principios de equidad, prevención de la morbilidad y promoción de la salud con cobertura universal, centrados en la atención primaria de salud.

1.6. Desigualdad y el Adulto Mayor

A medida que las poblaciones envejecen, se perfila una serie de consideraciones éticas que están vinculadas con la discriminación y la desigualdad en la asignación de los recursos por razones de edad y la pérdida de los derechos humanos de las personas mayores. (OMS, 2002)

Las asociaciones que valoran la justicia social deben esforzarse por asegurar que todas las políticas y prácticas, mantengan y garanticen los derechos de todas las personas, sin tener en cuenta la edad. El apoyo y la toma de decisiones éticas han de ser estrategias fundamentales en cualquier programa, práctica, política e investigación sobre el envejecimiento.

Los adultos mayores a menudo tienen otras desigualdades preexistentes basadas en el sexo. Aunque las mujeres están en desventaja de forma universal en cuanto a la pobreza, los hombres tienen una expectativa de vida menor. La exclusión y el

empoderamiento de los hombres y mujeres ancianas suelen ser fruto de las desigualdades. (OMS, 2002)

Para las personas ancianas que son pobres, las consecuencias empeoran aún más al verse excluidas en la sociedad, la participación social, de la asistencia de salud, ya que los adultos mayores no pueden participar en las actividades que generan ingresos, la toma de decisiones en la sociedad y en la propia familia.

Los medios de los que disponen los adultos mayores para conseguir su dignidad e independencia, para recibir asistencia y la participación social son muy limitados. Estas condiciones suelen ser aún peores cuando dichas personas viven en situaciones de vulnerabilidad, de discriminación, maltrato, violencia e inclusive de abandono. (OMS, 2002).

Asegurar que las decisiones tomadas en relación con la asistencia se reconozcan los derechos humanos de los adultos mayores que se guíen por los principios de la igualdad en salud, el reconocimiento, la participación en la sociedad, el empoderamiento y la participación activa de los adultos mayores.

1.7 El Reconocimiento y la Autonomía

Gustavo Pereira (2014) define las políticas sociales que tienen como objetivo el desarrollo o la justicia, orientado a proveerlas cuentan con una idealización del sujeto que los estructura y orienta con el fin de realizar la igualdad, el desarrollo y la justicia.

La definición de la autonomía, que las personas tienen la capacidad de gobernar sus conductas por leyes que van más allá de su interés egoísta, de formular leyes y regirse por ellas, que podrían querer como ciudadanos de un mundo en que todas las personas pudieran llevar adelante sus metas, siempre que no impidieran a las demás hacer lo mismo. (Pereira, 2014).

La idea de autonomía contempla ambas características, la de la racionalidad y la de la razonabilidad, es decir, la autonomía personal que se circunscribe a la búsqueda y realización de una idea de buena vida, y la autonomía moral al compromiso con la cooperación equitativa.

La autonomía de reconocimiento recíproco, se centra en la autodeterminación se le incorpora el reconocimiento. Esto se logra al asumir que alguien se convierte en sujeto en tanto que es capaz de autocomprenderse a través de relaciones de reconocimiento con otros. (Pereira, 2014).

Esto se especifica a través de un proceso en el que la autonomía se alcanza solamente bajo condiciones sociales que la propicien, y en este proceso es crucial ser capaz de confiar en nuestros sentimientos e intuiciones, defender lo que creemos y considerar nuestros proyectos como valiosos.

Pereira en su artículo cita a Honneth quien sostiene que identidad personal desde su formación hasta su desarrollo, requiere de tres formas de reconocimiento que son las relaciones primarias del amor o de amistad, el amor representa el primer estadio de reconocimiento recíproco y en él los sujetos y se reconocen como sujeto de necesidad, esto quiere decir que los adultos mayores deben ser reconocidos por la familia, aparte del conocimiento, el amor y la amistad. Los adultos mayores tienen que ser reconocidos por la familia para que su primer estadio de su reconocimiento alcance la autoconfianza. (Honneth, 1997)

El reconocimiento jurídico, por su parte, establece en términos generales el tratamiento igualitario a través de la materialización que supone la positiva jurídica de derechos, mientras que en el caso del reconocimiento asentado en la solidaridad se expresa la valoración social. Los adultos mayores deben ser reconocidos ante sociedad. (Pereira, 2014).

A su vez, estas formas de reconocimiento corresponde con tres formas que tiene el sujeto de establecer relaciones consigo mismo: los adultos mayores tienen que ser reconocidos por la familia para que alcance, la autoconfianza, por la sociedad para

que alcance el autorrespeto y el reconocimiento jurídico para que alcance la autonomía.

El reconocimiento familia como el reconocimiento en la sociedad es muy importante, es importante que los adultos mayores sean reconocidos y que tengan un valor y utilidad en la sociedad para que incide en un mejor nivel de funcionamiento psicológico y de calidad de vida. (Pereira, 2014).

Tradicionalmente, la vejez se ha relacionado con la enfermedad, la dependencia y la jubilación. No cabe duda de que la mayoría de las personas se adapta a los cambios con la edad y siguen siendo autónomos, incluso siendo ya muy ancianos. (OMS, 2002)

Sobre todo los adultos mayores permanecen activos en el sector del trabajo informal, por ejemplo, el trabajo doméstico, aunque esto no se reconoce a menudo en las estadísticas del mercado del trabajo.

El reconocimiento político y social de las contribuciones que las personas de edad hacen y la inclusión de hombre y mujeres de edad, educar a los jóvenes con respeto al envejecimiento y prestar una cuidadosa atención al mantenimiento de los derechos de las personas de edad ayudará a reducir y eliminar la discriminación y el abuso de los derechos humanos de los adultos mayores. (OMS, 2002)

Negar a los adultos mayores el tipo de autonomía que les proveen la relaciones de reconocimiento recíproco constituye formas de agravios morales que pueden fácilmente traducirse en formas de violencia como discriminación, desigualdades que pueden entenderse como los anteriormente descritos como determinantes sociales de la salud. Afirmamos que situar el trabajo de los educadores para la salud en este contexto implicaría que estos buscaran la disminución de dichos agravios morales para facilitar un ambiente social más favorable para la salud de los adultos mayores.

1.8 El Envejecimiento Activo

El programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la OMS, pretende formular planes de acción que promuevan la salud y el envejecimiento activo. Sostiene que los países podrán afrontar el envejecimiento si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad promulgan políticas y programas de envejecimiento activo, que mejoren la salud, la participación y la seguridad de los adultos mayores. (OMS, 2002)

Este tipo de políticas y programas han de basarse en los derechos, en necesidades y la participación de los adultos mayores. El envejecimiento activo, es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida.

El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social, y mental y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados.

El término *activo* se puede entender según la siguiente definición:

Hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo en la mano de obra. Las personas ancianas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones. El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo a aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia. (OMS, 2002: 79)

Mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece es un objetivo primordial. Además, el envejecimiento tiene lugar dentro del contexto de los demás,

los amigos, los compañeros de trabajo, los vecinos y los miembros de la familia. Por ello la solidaridad el de dar y recibir de manera recíproca.

El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de los adultos mayores y en los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización. (OMS, 2002).

El enfoque del envejecimiento activo proporcionará un marco para el desarrollo de estrategias, sobre el envejecimiento de la población. El envejecimiento activo necesita de tres pilares para la acción de la salud, la participación, la seguridad y las preocupaciones de múltiples sectores de la salud.

Se puede suponer que el reconocimiento recíproco es una condición de necesidad para la operacionalización del envejecimiento activo, el reconocimiento de los Adultos Mayores como seres capaces de participar de una vida íntima-familiar, comunitaria, social e incluso política depende de que los individuos sociales aunque no sean Adultos Mayores, reconozcan sus capacidades de manera intrínseca a la propia identidad del *ser anciano*, la carencia de este tipo de reconocimiento implica un obstáculo insalvable para la realización efectiva de un envejecimiento activo.

1.9 El Empoderamiento en los Adultos Mayores

El empoderamiento tiene una importancia fundamental en el incremento del bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores. Sin embargo, múltiples aspectos propician el proceso de pérdida de poder, así como de las posibilidades de tomar decisiones y de resolver los problemas que los involucran. (Lacub, Arias, 2010).

La representación social negativa acerca de la vejez, los modelos a seguir y el uso del poder, se propone a los adultos mayores, como generadores del desarrollo de las representaciones positivas como la participación social.

El término empoderamiento tuvo repercusión en el siglo pasado, para describir procesos de cambio en los diversos grupos sociales que reclamaban un mayor espacio de decisiones y reconocimiento social.

El término de empoderamiento se caracteriza por buscar un incremento de la autonomía y del auto concepto, posibilitando de esta manera el mayor ejercicio de roles, funciones y derechos que pudieron haberse perdido o que quizá nunca fueron posibles. Como es la situación del adulto mayor, en relación con los usos del poder y el uso de valores. (Lacub, 2010).

El empoderamiento implica la distribución de un poder, de una sensación de mayor capacidad y competencia para promover cambios en lo personal y en lo social. Es la toma de decisiones y de conciencia de sus propios intereses y de cómo estos se relacionan con los intereses de otros.

El reconocimiento de valor y utilidad social incide en un mejor nivel de funcionamiento psicológico y de la calidad de vida así como disminuye el riesgo de mortalidad. (Lacub, 2010)

Las personas mayores constituyen un grupo social importante, que está creciendo rápidamente en todas las regiones del mundo en términos demográficos, sociales, económicos y políticos. El tema de su empoderamiento como un requisito previo y un objetivo importante para la mejora de su calidad de vida y su integración en la sociedad, sobre la base de las consideraciones conceptuales y recomendaciones específicas del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. (CEPAL, 2014:119).

La mayor parte de las definiciones de empoderamiento están relacionadas con la calidad de vida individual y con asuntos vinculados con la posibilidad de ganar poder y control sobre las decisiones y los recursos.

El significado del empoderamiento en la esfera del envejecimiento corresponde con sus connotaciones en otras áreas sociales. Una de esas definiciones, de la Federación Internacional sobre el Envejecimiento (IFA, 1999). Se refiere al empoderamiento de las personas mayores como su capacidad de tomar decisiones informadas, ejercer influencia, realizar contribuciones continuas a la sociedad y tener acceso a los servicios. (CEPAL, 2014:119)

En una forma más sucinta, esta definición se incluyó en la Declaración de Montreal de la IFA, de 1999, en la que se sostuvo: “El empoderamiento de las personas mayores requiere su reconocimiento como participantes de pleno derecho y ciudadanos en igualdad en la sociedad” (IFA, 1999). Considerando estas definiciones, el empoderamiento de las personas mayores supondría la superación de barreras como la edad y la discriminación de género, la pobreza, la mala salud, los bajos niveles educativos, el acceso limitado al transporte y los servicios, los estereotipos negativos que priman en la sociedad sobre el envejecimiento y las personas mayores, y la discriminación abierta o sutil por edad. (CEPAL, 2014:114)

La superación de estas numerosas barreras podría ayudar a maximizar el potencial de desarrollo y de vida satisfactoria de las personas mayores. En este sentido, el envejecimiento se debería de garantizar los derechos de las personas mayores, asegurar la satisfacción de sus necesidades y aspiraciones, la educación y la promoción de la de los adultos mayores.

1.10 Los Derechos Humanos y los Adultos Mayores

A pesar de las normas sociales establecidas y de la urgencia generada por los cambios demográficos, del aumento poblacional del adulto mayor, la sumada a la crisis económica que impone la protección de los derechos de las personas mayores, el marco internacional de los derechos humanos ha recibido muy poca atención en relación con este tema. (CEPAL, 2014).

Mientras crece el debate en torno a si es necesaria una protección específica para el grupo de la tercera edad. Las Naciones Unidas, deben analizar los estándares de Derechos Humanos que ya existen, y analizar si proveen una protección adecuada contra la discriminación por edad.

Solo porque los Derechos Humanos sean universales y no exista una brecha normativa no significa que sean universales en la práctica, ni que no sea necesario hacer aún más esfuerzos para la protección de la igualdad en razón de la edad. Cuando se analiza la mayor parte de los instrumentos internacionales, se advierte que la edad no está contemplada explícitamente en las cláusulas de no discriminación. Esto puede considerarse una brecha normativa, pero además se debe reflexionar sobre si los órganos instituidos por los tratados y el tribunal regional interpretan estos instrumentos de derechos humanos de forma que efectivamente provean protección contra la discriminación por edad. (CEPAL, 2014:122)

Esto significa que se deben especificar los contenidos de la normativa de los Derechos Humanos en contexto de envejecimiento, así como las obligaciones legales de los Estados, de manera que las personas mayores no queden desamparadas.

En 1995, el Comité de este tratado emitió la Observación General N° 6, sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, de acuerdo a la que la falta de prohibición explícita de la discriminación por edad en el texto del instrumento no es intencional e implica una falta de previsión; además, se señala

que la cláusula de “otro estatus” podría ser interpretada como aplicable a la cuestión de la edad (CEPAL, 2014:122)

Es interesante destacar que esta Observación General del Comité no concluye que el Pacto prohíba la discriminación por edad, solamente abre la posibilidad para esa interpretación. Teniendo en cuenta este punto de vista, y el hecho de que las observaciones generales no se vinculan, esta interpretación no ha sido de ayuda suficiente para clarificar la protección general frente a la discriminación por edad. (CEPAL, 2014).

El maltrato de las personas mayores puede representar violaciones de sus derechos humanos básicos, como el derecho a la vida, a la integridad personal, a la privacidad y al goce del grado máximo de salud que se pueda alcanzar.

La falta de empoderamiento y el reconocimiento hace más difícil que las personas mayores reaccionen ante el abuso y el abandono y que exijan apoyo e información relacionada con la discriminación. Para que las necesidades de las personas se satisfagan plenamente, las instituciones, los formuladores de políticas, los médicos y los individuos deben ser alentados a reconocer el maltrato de adultos mayores y prevenirlo.

La protección y la promoción de la salud y la seguridad de las personas mayores es un tema no solo de políticas públicas, sino también de Derechos Humanos básicos, para prevenir mayores abusos de los adultos mayores.

A continuación describiremos algunos planes de acción internacionales que se han realizado para observar y tratar de mejorar la situación de los adultos mayores y la garantía de cumplimiento de sus Derechos Humanos:

El plan de acción internacional de Viena sobre el Envejecimiento (1982):

Esta herramienta es el primer instrumento internacional sobre el envejecimiento. Proporciona pautas sobre las políticas para preservar la salud así como

proporcionar atención de rehabilitación y preventiva a personas mayores. El documento fue aprobado por la Asamblea General y debe ser utilizado por los Miembros para salvaguardar los derechos de las personas mayores dentro del contexto de los Pactos Internacionales de Derechos Humanos. (OPS, 2008).

Principios en favor de las personas de edad (1991) estos principios, aprobados por las Naciones Unidas, dan atención prioritaria a la situación y salud de las personas mayores. Se centra en su independencia, participación, cuidado, realización personal y dignidad. El principio 7 declaran que “las personas mayores deben permanecer integras en la sociedad, participar activamente en la formulación e implantación de políticas que afectan directamente su bienestar y compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes”. (OPS, 2008).

Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2000):

Este plan enumera los objetivos y las recomendaciones de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento 2002. El “promueve y protege los derechos humanos y las libertades, incluyendo el derecho al desarrollo”. Además este documento habla sobre el combate a la discriminación por edad y promueve la dignidad de las personas mayores.

En la Comisión, Económica para América Latina y el Caribe. Se “estableció un lineamiento incorpora el arco legal internacional de los derechos humanos como una herramienta para proteger a las personas mayores. Esta inclusión de las normas de derechos humanos internacionales a la legislación y políticas sobre el envejecimiento debe ser una estrategia efectiva para proteger a las personas mayores.” (CEPAL, 2003)

“Entre otras responsabilidades, las convenciones de derechos humanos exigen la protección contra las violaciones de libertad individual y de autonomía. La educación es una de las maneras más efectivas de prevenir el abuso. Al promover el conocimiento del maltrato de las personas mayores, el gobierno también obtendrá más información sobre las violaciones de derechos humanos.” (OPS, 2008).

Las personas mayores deben conocer y comprender sus derechos humanos y sus libertades fundamentales, para promoverlos y protegerlos. También deben buscar y participar activamente con el objetivo de proteger sus derechos humanos.

Las familias que viven con personas mayores deberían de promover las relaciones entre generaciones a fin de disminuir la falta de respeto a este grupo vulnerable. (OPS, 2008).

La discriminación por edad genera amenazas específicas muy importantes para los derechos de la población adulta mayor, ya sea el acceso limitado a la asistencia de la salud, el empleo, la propiedad y los derechos de herencia, el acceso a la información y a la educación, los derechos a la vivienda y el transporte, el acceso igualitario a los recursos para la satisfacción de las necesidades básicas. (CEPAL, 2014).

1.11 Igualdad

La igualdad de bienestar supone que se trata a las personas como iguales cuando se les distribuye o transfiere recursos hasta que ninguna otra distribución o transferencia pueda hacerlos más iguales desde el punto de vista del bienestar. En este tipo de perspectiva, la noción de bienestar captura la idea de que aunque las personas pudieran ser iguales en aspectos tales como el ingreso, podrían no serlo en un sentido más básico para la justicia. (Pereira, 2014).

Se busca establecer la igualdad exclusivamente a través de medios tales como el ingreso, bienes primarios o recursos y esto no se encuentran conectados con el bien que producen.

Desde el punto de vista de la igualdad distributiva, tratar a otros como iguales supone hacer que las vidas que las personas llevan adelante sean deseables para ellos mismos, dándoles lo necesario para lograrlo y no simplemente brindándoles

recursos. Es decir, los recursos solamente cumplen su función de medios para alcanzar la igualdad el a través de ellos se puede lograr el bienestar de los sujetos. (Pereira, 2014).

Una forma de dar cuenta de la dignidad es garantizando un conjunto equitativo de recursos, y esta sería la mejor forma de garantizar la autonomía y la dignidad de todos.

Reducir la desigualdad, reconocer y apoyar la importancia de los adultos mayores en la familia y en la sociedad.

CAPÍTULO 2. LOS DETERMINANTES DE LA SALUD Y LA SALUD DEL ADULTO MAYOR

Desde la antigüedad han preocupado las causas, condiciones o circunstancias que determinan la salud lo que se conoce a partir de los años setenta como “determinantes de la salud”. (MASSON, 2002).

Algunas de las causas o determinantes de enfermedad serían internas, lo que hoy se denomina marcadores de riesgo y se incluyen en los determinantes genéticos-biológicos, y externas como la mala alimentación, que hoy se clasifican como factores de riesgo y formarían parte de los determinantes ambientales y de los estilos de vida.

En la actualidad se considera que casi todos los factores que integran los determinantes de salud son modificables, dado que constituyen condiciones sociales, económicos, culturales o políticas, lo que implica que forman parte de acuerdos convencionales entre los individuos de las sociedades, mismos que se pueden modificar en el momento en que dejan de ser convenientes para ellos mismos.

Lalonde afirma que los determinantes sociales se pueden clasificar en cuatro grupos: el primer grupo lo traduce como su mayor responsabilidad como causa de salud y enfermedad; los factores que constituyen el grupo dos son los medioambientales; el grupo 3 los hábitos de vida y conductas de salud; el número cuatro; el cuarto grupo corresponde con la organización de los cuidados sanitarios como efectos negativos. (Masson, 2002)

En 1989 y 1999 Tarlov clasifica los determinantes de salud en cinco niveles, desde el más individual y dependiente del campo sanitario hasta el más generalizado en el campo de la salud. Tarlov excluye la atención sanitaria como determinante de salud.

Nivel 1 Determinantes biológicos, físicos y psíquicos.

Nivel 2. Determinantes de estilo de vida.

Nivel 3. Determinantes ambientales y comunitarios.

Nivel 4. Determinantes físico, climático y contaminación ambiental.

Nivel 5. Determinantes de la estructura social, política y percepciones poblacionales.

Los determinantes de salud de los adultos mayores serían entonces biológicos, físicos, psíquicos, los estilos de vida y el entorno social, todo esto en conjunto para alcanzar y optimizar la salud del adulto mayor. (Masson, 2002)

2.1 Factores Biológicos, Fisiológicos y Psicológicos del Adulto Mayor

La biología y la genética influyen en gran medida en cómo envejece una persona. El envejecimiento es un conjunto de procesos biológicos determinados genéticamente. El envejecimiento puede definirse como un deterioro funcional progresivo y generalizado que ocasiona una pérdida de la respuesta de adaptación y aumento del riesgo de enfermedades asociadas a la edad (Kirkwood, 1996).

La razón principal de que los ancianos enfermen con más frecuencias que los jóvenes es que, debido a su vida más prolongada, han estado expuestos a factores externos, que provocan enfermedades. (Gray, 1996)

La trayectoria vital de la salud y la enfermedad de un individuo es el resultado de una combinación de genética, medio ambiente, estilos de vida y nutrición. (Kirkwood, 1996)

Por lo tanto, la influencia de los factores genéticos sobre el desarrollo de enfermedades crónicas, como la diabetes y ciertos cánceres, varía considerablemente entre las personas.

Durante el envejecimiento algunas capacidades cognitivas disminuyen de forma natural con la edad. A menudo el declive del rendimiento cognoscitivo se desencadena por el desuso (falta de práctica), la enfermedad (depresión), los factores de riesgo (consumo de alcohol), los factores psicológicos (falta de motivación), y los determinantes sociales (soledad, abandono, violencia) por decir algunos ejemplos que enfrenta hoy en día el adulto mayor. (OMS, 2002).

Lo fisiológico se refiere a la edad en años, según criterio, la vejez se define a partir de los 60 o 65 años y a menudo es denominado como *adulto mayor* o *persona adulta mayor*.

La edad fisiológica se refiere al proceso de envejecimiento físico que, aunque vinculado con la edad cronológica, no puede interpretarse simplemente con la edad expresada en años. Se relaciona más bien con la pérdida de las capacidades funcionales.

Un término asociado a la edad fisiológica es el de senilidad, es decir, el proceso que se manifiesta en aquellos sujetos que sufren un nivel de deterioro físico o mental. Otro término relacionado es el de *viejos* corresponde a una minoría débil y enfermiza. (CEPAL, 2011)

El enfoque psicológico es la perspectiva en la forma en que los individuos enfrentan las condiciones personales que les toca vivir. Este enfoque es criticado porque pone énfasis en la búsqueda de generalizaciones como las características propias de todas las personas de su ciclo vital y porque al no tomar en cuenta debidamente las dimensiones sociales del envejecimiento que define a los adultos mayores con necesidades y habilidades y comportamientos comunes. (CEPAL, 2011)

Otros factores psicológicos que se adquieren a lo largo del curso influyen en gran medida en la forma en que las personas envejecen. La autoeficacia (la fe que tienen las personas en su capacidad para ejercer el control de sus vidas) está vinculada a las decisiones de conducta personal a medida que se envejece. La manera de enfrentarse con las circunstancias adversas determina lo bien que las personas se

adaptan a las transiciones, como la pérdida de un ser querido y la aparición de enfermedades. (OMS, 2002).

Epistemológicamente el conocimiento que se va a desarrollar con una sociología valorativa. Los determinantes sociales están enmarcado en la salud colectiva como tal en la comprensión de los adultos mayores en términos de la salud colectiva, se refiera a los determinantes importantes para los adultos mayores. Evaluar las condiciones normativas para que promuevan una calidad de vida digna.

2.2 Factores Sociales y el Entorno Social del Adulto Mayor

Los adultos mayores que viven en un entorno inseguro o en zona con múltiples barreras son menos propicias para ellos y por lo tanto, son más propensas al aislamiento, a la depresión, y también a tener un peor estado físico y más problemas de movilidad. (OMS, 2002).

Una vivienda y un vecindario seguro y adecuados son esenciales para el bienestar de la personas mayores. La ubicación, los servicios de salud y el transporte pueden marcar la diferencia entre la interacción social positiva y el aislamiento.

Es un hecho que las personas mayores tienden cada vez a vivir solas, sobre todo mujeres mayores independientes que en la mayoría de los casos son viudas. Las situaciones y conflictos de las personas mayores al ser desplazadas son especialmente vulnerables. (OMS, 2002).

El apoyo social, las oportunidades, un entorno social pacífico y la protección frente a la violencia y el abuso, son factores fundamentales del entorno social que mejoran la salud, la participación y la seguridad de los adultos mayores. La soledad, el aislamiento social o familiar, el analfabetismo y la falta de educación, el abuso contra las personas mayores y la exposición a situaciones de conflicto aumentan

enormemente los riesgos de discapacidad y muerte de los adultos mayores. (OMS, 2002).

Es más probable que las personas mayores pierdan a sus seres queridos y amigos y sean más vulnerables a la sociedad, al aislamiento social. El aislamiento social y la soledad del adulto mayor están relacionados con un declive del bienestar físico como mental.

2.3 Estilos de Vida

Los estilos de vida se han usado de manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende el modo de vivir, expresado en los ámbitos del comportamiento, fundamentalmente en las costumbres, también está moldeado por la vivienda, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales. (Montoya y León, 2010)

Según Perea (2004) en su forma más llana el estilo de vida es el modo, forma y manera de vivir. Algunas áreas de la ciencia utilizan el término con un sentido más específico. Por ejemplo en epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida, se entiende como un conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivos para la salud (Perea, 2004).

En sociología, el estilo de vida es la manera en que vive una persona o un grupo de personas. Una forma de vida que refleja las actitudes, los valores y la visión del mundo. Tener una “forma de vida específica” implica una opción consciente o inconsciente entre una forma y otras de comportamiento. Grandes pensadores se han aproximado a explicar el estilo de vida desde diferentes perspectivas, Pierre Bourdieu (1991), quien fue uno de los sociólogos más importantes de la segunda mitad del siglo XX, centra su teoría en el concepto de *habitus*, entendido este como

esquemas de obrar, pensar y sentir asociados a la posición social. El *habitus* hace que personas de un entorno social homogéneo tiendan a compartir estilos de vida parecidos.

Otros factores determinantes de formas de expresión del estilo de vida, son la edad, el nivel socioeducativo. El estudio del *estilo de vida* procede de enfoques de reflexión psicosocial y educativa, desde los cuales se piensa la salud. A partir de estos enfoques se analiza la existencia de determinados estilos de vida que propician o inhiben algunas formas de enfermedad. Según estas visiones, los factores sociales, psicológicos y de comportamiento condicionan los modos de vida de los individuos y condicionan sus consecuencias.

Por otro lado, el constructo *estilo de vida* se asocia a las ideas de comportamiento individual y patrones de conducta, aspectos permeables que dependen de los sistemas socioeducativos. Estilo de vida hace referencia a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como el número de comidas diarias, características de alimentación, horas de sueño, consumo de alcohol, cigarrillo, y actividad física entre otras. Al conjunto de estas prácticas se les denomina hábitos o comportamientos; de los cuales se distinguen dos categorías: los que mantienen la salud y promueven la longevidad y aquellos que la limitan o resultan dañinos y reducen la esperanza de vida. (Montoya, 2010)

Los estilos de vida pueden estar moldeado por comportamientos que conducen a la salud. Estos comportamientos no son fijos o estáticos, sino que están sujetos a cambio. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento para llegar a un estilo de vida “óptimo” (OMS, 1998).

Para la OMS (1998), las condiciones de vida son el entorno cotidiano de los individuos, donde éstos viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico; todo lo cual puede ejercer impacto en la salud. (Montoya, 2010).

El estilo de vida comprende actitudes y valores, que se expresan en el comportamiento del individuo en diferentes áreas de la vida, entre ellas, la actividad física, la alimentación, el uso de bebidas alcohólicas, el uso del cigarrillo y el manejo de la sexualidad. Así como el ambiente social, físico, cultural, y aspectos económicos que impactan la vida de las personas. (Montoya, 2010)

Las enfermedades son producidas por el estilo de vida de la población, no obstante, los recursos destinados a la salud, se orientan a atender y cuidar la enfermedad, en lugar de destinar más recursos económicos en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y estilo de vida saludables. Si desde la niñez se enseñase a tener estilos de vida saludables se reducirían las enfermedades crónicas degenerativas en el adulto mayor, pero todo esto sería llevado a cabo por un conjunto multisectorial con todo el personal de salud, desde las perspectivas de la medicina preventiva, la salud pública, la salud colectiva, la promoción y la educación para la salud.

2.4 La Salud

Se poseía salud cuando no se estaba enfermo, esta ausencia de enfermedad, la salud venía definida por la no percepción de enfermedad por parte del médico, la sensación de salud, las causas, circunstancias o condiciones (determinantes de salud). (Masson, 2002).

Recientemente entre 1940 y 1950, se ha dado un sentido positivo a las definiciones subjetivas de salud, al considerar sano al individuo o colectivo que siente bienestar en ausencia de malestar. En 1941 Sigerist definió: “la salud no es simplemente la

ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo”.

Stampar presentó su definición de salud, admitida universalmente y aceptada en 1946 por la OMS. “La salud es el completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad.

Estas definiciones tienen la gran ventaja de considerar la salud ya que esta comprende todos los aspectos del ser humano de forma individual y colectiva. La importancia que tiene en la salud de los determinantes relacionados directa o indirectamente con factores ambientales y sociales y sus factores sobre la salud. (Masson, 2002).

El concepto de salud según la OMS la define como un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no solo la ausencia de enfermedades.

La necesidad de adoptar estilos de vida saludables y la participación activa de la sociedad hace necesarias nuevas formas de abordaje de lo preventivo de la salud para adaptar estilos de vida saludables para los adultos mayores. Dicho abordajes se han experimentado desde las siguientes disciplinas: la Salud Social, la Salud Pública y la Nueva Salud Pública, la salud comunitaria, la medicina preventiva, promoción para la salud y la educación para la salud.

La comisión sobre Determinantes Sociales en Salud de la Organización Mundial de la Salud, OMS, concibe a los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen. La salud juega un papel muy importante.

El impacto de estos determinantes sociales en la salud del adulto mayor se relaciona con la atención médica, pero la poca accesibilidad a los servicios de salud o la falta de atención impiden la satisfacción integral de sus necesidades de salud, frente a esta panorama lo ideal sería la prevención, promoción y educación para la salud, previas a un oportuno control o atención del adulto mayor.

El acelerado crecimiento de la población de la adultez mayor representa una problemática para los diferentes sectores de salud, debido a que no se ha desarrollado la infraestructura necesaria para garantizar el bienestar del adulto mayor.

La salud es un derecho humano fundamental, aunque sea confuso, ya que no es posible ofrecer una salud perfecta sino tan solo procurar el respeto y la protección de la salud individual y de la sociedad en su conjunto, que debe ser garantizado por los individuos como por los colectivos y por el Estado. (Muñoz y Arango, 2014)

2.5 La Salud Colectiva

El análisis de los avances y limitaciones en el campo de la salud, obligan a la salud pública a encontrar, comprender y actuar sobre la salud y la vida, y no solamente sobre la enfermedad. La salud colectiva al ser un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas siempre abiertas a la incorporación de propuestas innovadoras, constituyen a la reflexión y avance de la salud pública. (OPS, 2002).

La Universidad Nacional de Loja, interpreta que la coyuntura actual reclama de la salud pública conocimientos y prácticas lo suficientemente amplias para interpretar y explicar la situación actual de la salud y de los servicios, apoyar el avance de las condiciones de vida y salud, promover y fortalecer tanto individual como colectivamente, que impulsen la salud. (OPS, 2002)

El objetivo de la salud colectiva es construir los límites de lo biológico y de lo social, y comprender la intervención de los determinantes de la producción social de las enfermedades y de la organización de los servicios de salud, y el estudio del saber y de las prácticas sobre los mismos. En ese sentido, el carácter interdisciplinario de ese objetivo sugiere una integración en el plano del conocimiento y de lo estratégico. (Filho y Paim, sin año).

En la salud colectiva, la información y la educación sanitarias son necesarias para la sociedad, para que las personas contribuyan activamente a la protección, la promoción y la restauración de su propia salud, además de que puedan evaluar las necesidades sanitarias de su comunidad. (Masson, 2002)

La salud colectiva es ideal para los adultos mayores ya que integra los servicios preventivos a todas las personas sanas y enfermas de la comunidad. También influye la investigación de los factores ambientales, sociales y conductuales causantes de enfermedad, así como la promoción y la educación.

El Objetivo de la Salud Colectiva es construido en los límites de lo biológico y de lo social y comprende la investigación de los determinantes sociales de las enfermedades y de la organización de los servicios de salud, y el estudio del saber y de las prácticas sobre lo mismo. (Masson, 2002)

2.6 Salud Pública

La definición de salud pública comprende también las actividades organizadas de la comunidad en materia de restauración de la salud. Por lo tanto, la salud pública se define como el esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando esté sana y a restaurar y restablecer su salud cuando esta se pierde. (Masson, 2002)

Las acciones de la salud pública adaptadas al conjunto salud-enfermedad se pueden resumir en protección de la salud, prevención de la enfermedad, promoción de la salud y restauración de la enfermedad.

Las acciones de protección de la salud están dirigidas al control del medio ambiente, se trata de prevenir los riesgos biológicos, físicos respecto a la salud del hombre. Se distingue entre medidas de vigilancia y control del medio ambiente y a garantizar la calidad. (Masson, 2002).

En tanto la estrategia de atención primaria de la salud se difunde a partir de la Conferencia de Alma Ata, los centros de la economía valorizan el mercado para la asignación de recursos y cuestionan la responsabilidad estatal en la provisión de bienes y servicios para la atención de las necesidades sociales, la salud y el corte en los gastos públicos como respuesta a la llamada “crisis fiscal del estado” conocido como Salud Pública. (Filho y Paim, sin año)

La Salud Pública se entiende como un concepto que se refiere al campo general de la salud en el ámbito colectivo, a los procesos de salud-enfermedad-sufrimiento-muerte en la sociedad y las respuestas sociales. La Salud Pública ha sido utilizada en referencia a uno de los más importantes movimientos ideológicos en el campo de la salud.

La promoción de salud y la prevención de la enfermedad comprenden aquellas actividades dirigidas al fomento y a la defensa de la salud y prevención de la enfermedad mediante acciones que actúan individual o colectivamente sobre las personas. Comprende métodos eficaces de prevención primaria y secundaria. (Masson, 2002).

2.7 La Nueva Salud Pública

La humanidad ha experimentado rápidas y profundas transformaciones en todas las esferas de vida económica, cultural, social y política. Al mismo tiempo se verifica un aumento de las desigualdades entre los pueblos y los grupos sociales y la violación de los derechos humanos.

En el campo de la salud, el debate sobre sus relaciones con el desarrollo económico y social de los años sesenta, hacia una discusión sobre la extensión de coberturas de los servicios. El reconocimiento del derecho a la salud y la responsabilidad de la sociedad para garantizar la salud, formulan el tema “Salud para todos en el año 2000”. (Filho y Paim, sin año)

En tanto la estrategia de atención primaria de la salud de la Conferencia de Alma Ata, para la asignación de recursos y cuestionan la responsabilidad estatal en la provisión de bienes y servicios para la atención y necesidades de salud. Pero en los años ochenta la salud pública pasa por una crisis de problemas de salud, el estado hace recorte en los gastos públicos llamado “crisis fiscal del estado” esta crisis compete mucho en el ámbito institucional conocido como salud pública. (Filho y Paim, sin año)

Proponer delimitar, mejor un nuevo campo científico para la salud pública, se desarrolla una investigación, diferenciando los niveles de actuación individual y también una investigación clínica, en relación al nivel poblacional, que toma como objetos de análisis las respuestas sociales frente a los problemas de salud como son las políticas de salud. (Filho y Paim, sin año)

La nueva salud pública describe cuatro tareas básicas, la prevención de las enfermedades no infecciosas, prevención de las enfermedades infecciosas, promoción de la salud, mejora de la atención médica y por último de la rehabilitación.

La necesidad de mejorar el nuevo campo de la salud pública es que tenían que tomar en cuenta la participación colectiva, tomar en cuenta los determinantes sociales y de salud, como el medioambiente, el contexto económico, cultural.

2.8 Salud Comunitaria

El concepto de “salud comunitaria”, en el que se integran otras áreas de conocimiento además de las de la salud, también en campo de acción incluyendo distintos factores, tales como el medioambiente, el contexto socioeconómico, la cultural y en algunos planteamientos comunicativas, epidemiológicas, éticas y políticas, entre otras. Se comprende, desde la mirada de la enfermedad, no solo como un acontecimiento individual o privado, sino como algo que transcurre en lo social. (Muñoz, 2014)

En la perspectiva de la salud, la comunidad ha de entenderse como un espacio social en función de las posibilidades colectivas de participación y toma de decisiones ante los problemas.

La comunidad debe involucrar una participación activa que no solo contemple una coincidencia. Tanto de la comunidad misma como de su dimensión cultural, histórica y social, y de las características de su contexto. (Muñoz, 2014)

La salud comunitaria representa un avance más en la evolución de la salud pública. Introduce el importante capítulo de la responsabilidad y participación de la comunidad en la planificación, gestión y el control de las acciones que conducen al óptimo estado de salud. (Masson, 2002).

En la salud comunitaria, la información y la educación sanitaria es necesaria para que los ciudadanos contribuyan activamente a la protección, la promoción y la restauración de su propia salud.

La medicina comunitaria es la medicina primaria y la presentación integrada de servicios preventivos y asistenciales a todas las personas sanas y enfermas. También incluye la investigación de los factores ambientales, sociales que causan la enfermedad, así como las funciones de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades. (Masson, 2002).

El trabajo comunitario adquiere cada día mayor relevancia, en los últimos años se han expuesto distintas miradas sobre la salud de las poblaciones, que van más allá de lo aportado previamente por la salud pública con otras aproximaciones conceptuales tales como la salud comunitaria, la salud familiar, la medicina social, etc. Estas disciplinas surgen en el intento de establecer puentes entre la medicina y la salud colectiva, ya que su separación no se ha superado para lograr una mejor intervención en los problemas de salud y sus soluciones. (Muñoz, 2014)

La importancia de construir un código de ética adecuado a los objetivos y las actividades de la Salud Comunitaria, con aportes multidisciplinarios, especialmente en la valoración necesaria del trabajo de campo, sus implicaciones, sus dificultades y para asegurar la mejor conducta hacia el futuro, estableciendo una credibilidad moral suficiente para la investigación y las intervenciones que den respuesta a las dificultades comunes y frecuentes.

2.9 Medicina Preventiva

La Medicina Preventiva comprende como principios: las atenciones de salud y la atención médica. La formación del médico se realizaba atendiendo a los enfermos en los hospitales, la atención primaria de salud ha posibilitado la formación en las comunidades con el objetivo esencial de la atención a la salud de la población. (Pérez, 2012).

La salud es un derecho humano universal, un bien social, sus acciones denominado sector salud teniendo la comunidad con el cuidado de su salud todo el derecho y la obligación de participar individual y colectivamente en la planificación y ejecución de sus cuidados.

La salud exige bienestar físico, mental y social, un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, descanso y recreación. La atención médica puede concebirse como un proceso que comprende el conjunto de acciones que emprende el médico y el personal, dirigidas a preservar y recuperar o mantener la salud de individuos, familias y comunidad. (Pérez; 2012).

El sistema nacional de salud mediante sus tres niveles de atención: primario, secundario y terciario, brinda la atención médica y de salud de forma universal. Se caracteriza por trabajar para lograr el estado de salud de la población mediante

acciones integrales de promoción, educación, prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación al individuo, familia, otros grupos, colectivos y a la comunidad.

Se puede distinguir cuatro tipos de prevención en la medicina:

Prevención primaria: Son un conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos como por el personal sanitario antes de que aparezca una determinada enfermedad. También llamada prevención, comprende la promoción de salud que actúa sobre las causas determinantes de la salud que pueden provocar la enfermedad.

Prevención secundaria: Es la que actúa ante la presencia de los factores de riesgo de las enfermedades. Son muy importantes las actividades de vacunación y lograr estilos de vida saludables.

Prevención terciaria: Es la que actúa sobre el enfermo, logra la curación o lo mantiene controlado para evitar complicaciones. La detección bien temprana en los comienzos de la enfermedad.

Prevención cuaternaria: Comprende la rehabilitación integral necesaria y el conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario. (Pérez, 2012)

Tradicionalmente, la medicina ha sido definida como el arte y la ciencia de curar y prevenir enfermedades. La medicina tendrá dos vertientes, la primera la medicina preventiva que incluye el conjunto de actuaciones dirigidas específicamente a la prevención de la enfermedad y dos la medicina curativa que comprende el conjunto de actuaciones médicas dirigidas específicamente a la curación de la enfermedad. (Masson, 2002).

Es difícil separar la medicina preventiva de la curativa. La medicina preventiva es, una parte de la medicina curativa. Su campo de acción es mucho más restringido que el de la salud pública, la cual, como se ha señalado la salud pública defiende y promueve la salud y recuperarla en los casos en que se haya perdido. Pero no es más importante que la medicina preventiva ya que la medicina es preventiva y asistencial.

La medicina preventiva aplica cada vez más las actividades colectivas para promocionar la salud, lo que hace la medicina preventiva la hace equivalente a la promoción de la salud. Para ello, la medicina preventiva incluye actividades preventivas en los servicios de la salud pública que incide sobre los individuos. (Masson, 2002).

La prevención de la dependencia es el verdadero reto y las nuevas medicinas, el impacto de los Determinantes sociales sobre la atención médica del adulto mayor, la salud colectiva, la salud pública, la prevención y la promoción de la salud deben de ir de la mano.

El reconocimiento del derecho a la salud no puede restringirse a la consideración de los principios clásicos de beneficencia, justicia, autonomía y no maleficencia como una base de respeto a la persona y a la vida, equidad y de solidaridad en que no solo se busque el acceso a los servicios sino además de ello también el logro de condiciones de vida para que la salud sea posible. Tanto para las personas sanas para que sigan teniendo salud como las personas que ya tienen alguna enfermedad en especial de los adultos mayores.

CAPÍTULO 3 ¿Como el Educador para la Salud puede ayudar afrontar la problemática de vulnerabilidad del adulto mayor, disminuyendo los agravios morales que sufre?

Garantizar los derechos de las personas mayores y la satisfacción de sus necesidades y aspiraciones constituye el contenido central de las políticas sobre el envejecimiento y es el requisito más importante para lograr su empoderamiento, sin embargo, para que este proceso pueda ser consistente, es necesario asegurar que las personas mayores sean reconocidas y apreciadas como miembros valiosos y bienvenidos de la sociedad.

Su promoción tiene que empezar con la provisión de un lugar seguro y digno en la sociedad a las personas mayores, mediante medidas jurídicas y legislativas. Las acciones necesarias para transitar ese camino tienen que centrarse en la promoción, prevención y la interdependencia entre las generaciones.

Estos enfoques están claramente expresados en el Plan de Acción de Madrid, cuyas recomendaciones promueven la construcción de imágenes positivas sobre el envejecimiento. Incluso más, uno de sus 18 temas prioritarios se dedica específicamente a las imágenes de las personas mayores. El objetivo formulado en virtud de esta cuestión prioritaria se propone la mejora del reconocimiento público de la autoridad, la sabiduría, la productividad y otras contribuciones importantes de las personas mayores. Así, el Plan de Acción de Madrid promueve una nueva visión sobre el envejecimiento en tanto reto y oportunidad, y una nueva imagen de las personas mayores que las concibe como poseedoras del potencial para transformarse en una base poderosa para el desarrollo futuro.(CEPAL,2014).

El presente capítulo ofrece de manera conclusiva la utilización que los educadores para la salud deben hacer de las herramientas conceptuales mostradas arriba en el

desarrollo de sus tareas, específicamente de las que se refiera a la atención necesaria y debida a los adultos mayores, considerando que la tarea de la educación para la salud al estar inmersa en el contexto de la salud colectiva se convierte en una tarea de corte ético; en este sentido el reconocimiento recíproco como mencionamos anteriormente se convierte en una categoría directriz. Consideramos que el planteamiento de este camino de acción es novedoso y contribuye metodológicamente a una práctica en vías de desarrollo en nuestro país. La categoría filosófico-moral de reconocimiento recíproco contextualizada en el entorno de los determinantes sociales de la salud abre un abanico de posibilidades para el acercamiento, la planeación y la evaluación de las intervenciones en educación para la salud.

3.1 Educación para la Salud y el Reconocimiento Recíproco

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas controlar y mejorar su salud. Por otro lado la Educación para la Salud consiste en el fomento de la adopción de estilos de vida saludables y de la participación activa de los miembros de la sociedad en los procesos salud-enfermedad que le afectan. en el caso de los adultos mayores el Educador para la Salud debe encontrar aquellas determinaciones necesarias para el mismo fin dirigido a esta población.

Las acciones del Programa de Educación para la Salud tiene como finalidad el de prevenir y mejorar las condiciones de vida, a través de cursos, talleres y platicas que aborden temas sobre el cuidado de la salud y desarrollo humano y acciones dirigidas a todo los grupos de edad con sentido preventivo. (UNAM, 2009).

Es básico para la Educación para la salud, que se comprendan las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. (OMS, 1986).

Desde una perspectiva de promoción de la salud, capacitando a la población para que pueda adoptar formas de vidas saludables.

Esta revolución ideológica ha llevado, como consecuencias, a la evolución en los criterios sobre los que se sustenta el concepto de EPS. Proponemos Educación para la Salud como un proceso de formación, de responsabilidad del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, como intento de responsabilizar al individuo y de prepararlo para que, poco a poco, adopte un estilo de vida lo más sano posible y una conducta positiva de salud. (Generalitat de Catalunya, 1984).

La educación para la salud (OMS, 1986) aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no solo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacente que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.

La promoción de la salud y la atención preventiva deberán desempeñar un papel preponderante en este proceso. La prevención de la vejez *achacosa* deberá emprenderse a edades tempranas, lo que, con seguridad, entrañará cambios radicales en la dieta y los estilos de vida de la población mexicana.

La intención de esta sección es mostrar que el término de *reconocimiento recíproco* que antes definimos ofrece oportunidades de desarrollo para la Educación para la Salud, sobre todo en cuanto a la evaluación de las problemáticas de salud de los adultos mayores se refiere.

Como lo mencionamos en el Capítulo 1, Honneth sostiene que el reconocimiento recíproco requiere de tres formas de reconocimiento que son las relaciones primarias del amor o de amistad, los adultos mayores deben ser reconocidos por la familia para mejorar el alcance la autoconfianza. (Honneth, 1997)

También es importante el reconocimiento de la solidaridad se expresa la valoración social. Los adultos mayores deben ser reconocidos ante sociedad y por la sociedad (Pereira, 2014).

Como lo mencionamos el reconocimiento corresponde con tres formas que tiene el sujeto de establecer relaciones consigo mismo: los adultos mayores tienen que ser reconocidos por la familia para que alcance, la autoconfianza, por la sociedad para que alcance el autorrespeto y el reconocimiento jurídico para que alcance la autonomía.

Es importante para que el adulto mayor alcanza una autonomía en la familia y en la sociedad.

El Educador para la salud debe fomentar en los adultos mayores la búsqueda de aquellas condiciones y relaciones sociales que le permitan obtener un completo reconocimiento en las tres formas antes descritas, esto permitirá que los adultos mayores obtengan de nuevo una forma de autonomía que les permita allegarse los medios para un ambiente social saludable.

El medio que la EpS tiene para este fin es la búsqueda de aquellos determinantes sociales que afectan de manera primordial a los adultos mayores y tratar de entenderlos como agravios morales que atentan contra esas condiciones de reconocimiento recíproco, debe señalar a sus usuarios adultos mayores cuáles son las relaciones sociales que le están afectando e indicar posibles caminos para su resolución y rectificación, sobre todo debe intervenir por medio de las prácticas educativas para lograr que los Adultos Mayores observen la necesidad de luchar por ese reconocimiento y lo entiendan como el cimiento de un entorno que le permita corregir aquellos determinantes sociales nocivos.

3.2. El Envejecimiento Activo

Como lo mencionamos en el primer apartado es importante el envejecimiento activo, para que los adultos mayores tengan mejores oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida.

El envejecimiento activo les permite a los adultos mayores realizar la participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados. (OMS, 2002).

El envejecimiento activo ayudará al adulto mayor a participar y eso los va a hacer autónomos, esto permitirá mejorar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida.

El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de los adultos mayores y en los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización. (OMS, 2002).

Para esto el Educador Para la Salud tendrá que aplicar unas series de estrategias, para la acción de la salud, la participación, la seguridad y las preocupaciones de múltiples sectores de la salud. Para fomentar el envejecimiento activo, es necesario que se oriente con la promoción y educación para la salud.

3.3 El Empoderamiento

El empoderamiento en los adultos mayores será el incremento del bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores.

Como los mencionamos en el capítulo uno, el término de empoderamiento se caracteriza por buscar en incremento de la autonomía y del auto concepto, posibilitando de esta manera el mayor ejercicio de roles, funciones y derechos que

podieron haberse perdido o que quizá nunca fueron posible. Como es la situación del adulto mayor, en relación con los usos del poder y el uso de valores. (Lacub, Arias, 2010).

El empoderamiento implica la capacidad para promover cambios en lo personal y en lo social, en la toma de decisiones y de conciencia de sus propios, lo cual nos lleva a la autonomía.

Con la participación activa de los adultos mayores nos llevará al reconocimiento, el empoderarlos nos llevará a la autonomía y todo esto nos llevara a promover cambios con sus propias necesidades que tienen los adultos mayores para generales una mejor calidad de vida a la vez a la disminución de la vulnerabilidad de los adultos mayores y la disminución de la violencia, maltrato y violencia que se ejerce hoy en día a los adultos mayores.

3.4 Los Derechos Humanos

La integración de los Derechos Humanos permitirá que consideren la situación específica de las personas o grupos vulnerables. Las normativas que se han construido como las obligaciones de respeto, las obligaciones a proteger y la obligación de proteger, contribuye a los grupos sociales que fueron excluidos y en gracias a estas normas de obligaciones los derechos humanos se basará a la igualdad y el al respeto de la dignidad humana para así fortalecer la integridad social.

También sería falta reclamar en particular la no discriminación en razón de edad, reforzar las normas ya existentes e introducir nuevas normas para específicamente para la vulnerabilidad y los agravios morales de los adultos mayores, así como el reforzamiento de sus derechos humanos,

El Educador para la Salud tendrá que reforzar empoderamiento y el reconocimiento de sus derechos humanos las personas mayores reaccione ante el abuso y el abandono, el maltrato y la violencia y que exijan apoyo e información relacionada con la discriminación.

Para esto la protección la promoción y educación para la salud y la seguridad de las personas mayores es un tema no solo de políticas públicas, sino también de derechos humanos básicos. Para prevenir mayores abusos, de los adultos mayores.

3.5 La Autonomía e Igualdad

La definición de la autonomía, que utilizamos en el primer capítulo nos hable de que las personas tienen la capacidad de gobernar su conductas por leyes que van más allá de sus interés egoístas, de formular leyes y regirse por ellas, que podrían querer como ciudadanos de un mundo en que todas las personas pudieran llevar adelante sus metas, siempre que no “impidieran a las demás hacer lo mismo. (Pereira, 2014).

La idea de autonomía contempla ambas características, la de la racionalidad y la de la razonabilidad, es decir, la autonomía personal que se circunscribe a la búsqueda y realización de una idea de buena vida, y la autonomía moral al compromiso con la cooperación equitativa.

La autonomía nos llevará a una manera más útil para considerar el cambio de actitud de la sociedad ante su salud y su calidad de vida es de importancia asegurar prácticas y capacitar a los individuos para ser más autónomos e independientes durante el mayor tiempo posible. (OMS, 2002).

Conclusiones

La importancia de este trabajo de investigación es dar a conocer la definición de vulnerabilidad en un contexto filosófico-moral y en el cual definimos cuales son los determinantes sociales y de Salud que sufren los adultos mayores, en el cual nos permitimos entender la discriminación, el maltrato, abandono, violencia y el abuso como agravios morales en contra de los adultos mayores. Para, ello fue importante apoyarnos de la teoría de la justicia social para entender cómo afecta la desigualdad en el entorno social, en la protección social, en la atención de la salud.

Posteriormente la importancia es la disminución de estos agravios morales, para esto fue importante señalar que el reconocimiento, el envejecimiento activo, la igualdad, la autonomía y los Derechos Humanos tendrán que ir de la mano para solucionar los problemas de discriminación y desigualdad, disminuir la violencia y los malos tratos. Sirviendo como directriz de nuestro análisis, en el cual nos permitió entender que estos determinantes sociales son agravios sufridos por los adultos mayores. La idea de los Derechos humanos con la igualdad y la autonomía en un plano de justicia social tendría que ser reparada para garantizar las condiciones de reconocimiento recíproco que permitirá a los adultos mayores situarse en un entorno de salud.

Este trabajo sirvió para situarnos en un análisis exhaustivo del asunto, para saber la problemática de la situación de los adultos mayores desde la postura del Educador para la Salud. Los principales determinantes sociales que afectan a los adultos mayores y todos aquellos que deterioran su salud y que tienen un efecto directo sobre ellos.

También la importancia de este trabajo de investigación fue dar a conocer cuáles son los determinantes de salud y la condición de salud del adulto mayor en sus

factores sociales, biológicos, físicos, psíquicos y los estilos de vida que nos permitió entender los factores sociales de los adultos mayores. Para dar a conocer un contexto filosófico referente a encontrar, comprender y actuar sobre la salud del adulto mayor, y no solamente sobre la salud-enfermedad. Para esto fue importante introducir a la salud, la salud colectiva, la salud pública, la salud comunitaria y la medicina preventiva.

Para finalizar nuestro trabajo fue importante utilizar nuestra pregunta de investigación ¿Como el Educador para la Salud puede ayudar a afrontar la problemática de vulnerabilidad del adulto mayor, disminuyendo los agravios morales que sufre? Como ya lo mencionamos nuestro objetivo es presentar un panorama general de la situación de vulnerabilidad que enfrentan hoy en día los Adultos Mayores. Este trabajo da a conocer el amplio panorama de la situación de vulnerabilidad de los adultos mayores y dejar como punto rojo o punto clave la problemática de los agravios morales que atentan a su dignidad humana, causados por algunos determinantes sociales y de salud. Este trabajo no pretende hacer un análisis exhaustivo del asunto, sino problematizar la situación de los adultos mayores desde la postura desde La educación para la Salud.

De manera conclusiva los Educadores para la Salud deben hacer de las herramientas conceptuales mostradas arriba en el desarrollo de sus tareas, específicamente de las que se refiera a la atención primaria de salud necesaria y debida a los adultos mayores, considerando que la tarea de la Educación para la Salud al estar inmersa en el contexto de la salud colectiva se convierte en una tarea de corte ético; en este sentido el reconocimiento recíproco como mencionamos anteriormente se convierte en una categoría directriz para disminuir los problemas de los agravios morales que enfrentan los adultos mayores. Consideramos que el planteamiento de este camino de acción es novedoso y contribuye metodológicamente a una práctica en vías de desarrollo en nuestro país. La categoría filosófico-moral de reconocimiento recíproco contextualizada en el

entorno de los determinantes sociales de la salud abre un abanico de posibilidades para el acercamiento, la planeación y la evaluación de las intervenciones en educación para la salud con respeto a la salud y la autonomía del Adulto Mayor.

La EpS tiene para este fin es la búsqueda de aquellos determinantes sociales y determinantes de la salud, que afectan de manera primordial a los adultos mayores y tratar de entenderlos como agravios morales que atentan contra esas condiciones de salud, sobre todo debe intervenir por medio de las prácticas educativas para lograr que los Adultos Mayores, observen la necesidad de luchar por el reconocimiento, el envejecimiento activo, el empoderamiento y el reconocimiento, para si llevar mejores condiciones de salud.

BIBLIOGRAFÍA

¿A que llamamos salud colectiva, hoy? Rev. Cubana Salud Publica v. 30 a. 2 Cuidad de La Habana abr.-jun.2004. Universidad Nacional de Loja. Organización Panamericana de la Salud.

Álvarez Castaño, Luz Stella. (2009). “Los determinantes sociales de la salud más allá de los factores de riesgo. Gerencias y Políticas de salud”. Vol. 8, núm. 17, junio-diciembre, pp.69-79 Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.

Arzate Salgado, Jorge; Fuentes Reyes, Gabriela; Retel Torres, Corina. (2007). “Desigualdad y vulnerabilidad en el colectivo de Adultos mayores en México y el Estado De México”: Una revisión multidisciplinaria Quivera, vol. 9, núm. 2, pp. 231-262 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México.

Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos humanos de las personas mayores Publicación de las Naciones Unidas. LC/L.3942Copyright © Naciones Unidas, diciembre de 2014. Todos los derechos reservados. Libro de CEPAL, 2014.

Bourdieu, Pierre Félix (1991). “El sentido práctico”. Editorial Taurus, Madrid.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2007), Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, CEPAL-ONU. Santiago de Chile.

Comisión Latinoamericana de Prevención del Maltrato en la Vejez, (1994). COMLAT.

Comisión Nacional de Derechos Humanos (1999), los Derechos Humanos de la Tercera Edad, México: CNDH.

Consejo Nacional de población, (CONAPO) 2014.

Constitución Políticas de los Estados Unidos mexicanos, México.

Correal-Muñoz, Camilo Alejandro; Arango-Restrepo, Pablo. (2014). Aspectos bioéticos en la salud comunitaria. *Persona y Bioética*, vol. 18, núm. 2, julio-diciembre, 2014, pp. 194-212. Universidad de La Sabana. Cundinamarca, Colombia.

“Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento”, (2003), Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002.

Derechos Humanos y salud. Personas mayores. Organización Panamericana de la salud, (2008).

Dubet, Francois. (2011). *Repensar la Justicia Social*. Siglo XXI, México.

Envejecimiento activo; un marco político. (2002). *Rev. Esp Geriatr Gerontol*: 37, pp. 74-105.

Ekerdt, D.J., R., & Levkoff, S. (1985). An empirical test for phases of retirement: Findings from the Negative Aging Study. *Gerontology*, 40, 95-101.

Félix Ruiz, ML, Hernández Orozco. (2009) “El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar”. *Archivos en Medicina Familiar*, vol. 11, núm. 4, octubre-diciembre, pp. 147-149. Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C. Organismo Internacional.

García Pérez, Ariel Alejandro; García Bertrand, Francisco. (2012) “La medicina preventiva en la atención primaria de salud”. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, vol. 11, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 308-316. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Ciudad de La Habana, Cuba.

Godue C. (1998), "La Salud en los Procesos de Globalización y de Internacionalización". In: Ahumada C, Hernández A, Velasco M (eds.) Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización. Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, 1998, p. 25-46.

González M. Educación, universidad y postmodernidad. Poligrafiados de la UNL, Loja, 1999.

Gray MJA. (1996). "Preventive Medicine". En: Ebrahim S, Kalache A, editores. Epidemiology in Old Edad. Londres: BMJ Publishing Group.

Gustavo Pereira. Políticas Sociales: el espacio normativo de la autonomía como realización de la igualdad. 2014.

IFA (International Federation on Ageing) (1999), "The Montreal Declaration", [en línea] http://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2012/11/057_IFA-Montreal-Declaration.pdf. Levy, B. R.; M. D. Slade, S.

José Tomas, Romero. (2005). "Discriminación y adultos mayores: un problema mayor". El Cotidiano, vol. 21 núm. 134, noviembre-diciembre, pp. 56-63, Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco, México.

Kirkwood of Ageing. (1996). "En: Ebrahim S, Kalache A, editores. Epidemiology in Old Age". Londres: BMJ Publishing Group.

"La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales, Barcelona, 1997. ¿Redistribución o reconocimiento?, Madrid, 2006." Editorial crítica.

La Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, publicado en agosto de 2008.

La Organización Mundial programas de envejecimiento activo, que mejoren la salud, la participación y la seguridad de los adultos mayores. 2002.

Letelier Correa, Azucena, (2005). Maltrato en la Vejez. *Revista de Psicología*, Vol. XIV, núm. 1, pp. 99-112. Universidad de Chile. Chile.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, (2004). CONAPRED, México.

“Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad”, (1995), Observación general N° 6 (E/C.12/1995/16/Rev.1), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Ginebra.

Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Naciones Unidas, junio de 2011. Santiago de Chile. CEPAL.

LOWICK-RUSSELL AVALOS, J. (1999). Maltrato en la vejez. Orientaciones generales para su investigación y un estudio local exploratorio. Santiago de Chile: C.E.C.

Naomar Almeida Filho, Jaimilson Silva Paim. (Sin año). “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”.

OPS/OMS. Las funciones esenciales de la Salud Pública. Washington: OPS/OMS; 2002.

Piedrola, Gil, (2002). *medicina preventiva y salud pública*. Masson, S.A. España.

Lalonde. M. A. (1974). “New perspective on the Health of Canadians. Ottawa”. Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.

Ricardo Iacub, Claudia Josefina Arias. (2010). “El empoderamiento en la vejez”. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, vol. 2, núm. 2, noviembre-abril, pp. 25-32. Asociación Mexicana de Comportamiento y Salud. A.C México.

Tarlov AR. (1999). "Public frameworks for improving population health Ann NY Acad Sci". 896.281-293. USA.

Guerrero Montoya, Luis Ramón; León Salazar, Aníbal Ramón. (2010) "Estilo de vida y salud". Educere, vol. 14, núm. 48, enero-junio, 2010, pp. 13-19. Universidad de los Andes Mérida, Venezuela.

Salas Alfaro, Ángel. (1999) Derechos de la Senectud, México: Porrúa.

Violencia hacia los adultos mayores, consejo nacional de población, (CONAPO) 2006. Graficas.

ZOLOTOU, D, M. (2000). Los devenires de la ancianidad. Buenos Aires: Lumen Hvmanitas.