



APORTES PARA LA DISCUSIÓN DE LOS CUIDADOS DE LAS PERSONAS MAYORES

Las nociones de dependencia, autonomía, vulnerabilidad y fragilidad

1. Sobre las definiciones normativas en el marco del SNIC: el vínculo entre dependencia y autonomía

La ley N°19.353 crea el SNIC cuyo principal objetivo es brindar atención directa a las **personas en situación de dependencia**, o sea que no pueden realizar por si mismas las actividades básicas de la vida diaria o por lo menos requieren de ayudas importantes para ello.

En cuanto a las actividades instrumentales y avanzadas de la vida diaria, citadas en el decreto N° 445 del 27/12/2016 (que crea los Servicios, programas y prestaciones en el marco del SNIC) y el Plan Nacional de Cuidados 2016-2020, no queda claro si están contempladas o no en el Sistema pues en los documentos citados a veces se utiliza el concepto AVD (actividades de la vida diaria), otras veces el de ABVD (actividades básicas de la vida diaria) y en otros casos el de "actos corrientes de la vida diaria". Sin embargo deberían estarlo cuando se piensa en tipos de dependencia leve o moderada.

En el SNIC, la valoración del nivel de dependencia se determina mediante la aplicación de un **baremo**, que debe ser de acceso público según el citado decreto, pero cuyo contenido desconocemos en la Red Pro Cuidados a pesar de haberlo solicitado reiteradamente.

En los documentos citados, subyace el concepto de **funcionalidad** entendida como la capacidad de realizar las funciones relacionadas con la vida diaria con poca o ninguna ayuda de los demás (OMS, 2002). Como corolario, se desprende que las **limitaciones funcionales** para realizar ciertas actividades en un rango considerado como normal en nuestra sociedad, implican necesariamente **pérdida de autonomía**



(física, psíquica o intelectual) y por ende aparición de la dependencia.

Creemos sin embargo que esto no siempre es así, especialmente en personas mayores en las que pueden existir por ej. limitaciones funcionales sin dependencia. De hecho, el modelo de diagnóstico funcional se establece sobre la base de la enumeración de las carencias de los mayores y no tiene en cuenta a la persona mayor resiliente que reconoce sus déficits pero también sus fortalezas y quiere (y puede) seguir siendo autónoma aun cuando su entorno no lo vea así.

Además de la atención y asistencia a las personas con dependencia, la ley N°19.353 instituye también que las políticas públicas que diseñe e implemente el SNIC deben tener por objeto **la promoción del desarrollo de la autonomía de estas personas** que la ley entiende como la *"capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones acerca de cómo vivir y desarrollar las actividades y necesidades básicas de la vida diaria"*.

Sin embargo en el marco de esta ley, en el binomio dependencia-autonomía concebido por el sistema, el segundo término queda sujeto al primero: el sistema promueve la autonomía solo cuando ya está instalada la dependencia. En lo relativo a las personas mayores, el decreto N°445 del 27/12/2016 consolida el concepto: son sujetos amparados por el decreto los mayores de 65 años que carecen de autonomía para realizar las actividades de la vida diaria.

En el citado decreto, el sistema establece un Catálogo de Servicios de cuidados para promoción, protección y rehabilitación, cuando sea posible, de la autonomía de las personas que se encuentran en situación de dependencia. El artículo 30 establece incluso la implementación de Programas de prevención y reducción de las situaciones de dependencia expresando que se trata de *"acciones sectoriales, imprescindibles para la mayor autonomía de las **personas en situación de dependencia**"*. Entre ellas se cuentan los centros diurnos y la teleasistencia. Se está así instituyendo **una lógica de prevención secundaria o terciaria**.

Para enmarcar con fundamento estas contradicciones, es importante tener en cuenta el marco conceptual que nuestro sistema sanitario acepta en relación a la promoción de la salud y las distintas formas de prevención.



La promoción de la salud está constituida por las medidas destinadas a actuar sobre estilos de vida, factores personales o medioambientales que contribuyen a preservar la salud física y mental del sujeto. Son ejemplos: el fomento de la actividad física y la alimentación saludable, la promoción de una vida activa, del relacionamiento con pares y otras generaciones, las políticas de seguridad del entorno doméstico y urbano, etc.

La prevención primaria de la dependencia son las medidas dirigidas a evitar la aparición de la dependencia (por lo tanto establecidas sobre individuos no dependientes, sin afectación de sus AVD). Incluye tanto actividades clásicas de prevención primaria (vacunaciones, evitar caídas, etc), como considerar el correcto manejo de factores de riesgo relacionados con la aparición de dependencia (síndromes geriátricos, polifarmacia, hospitalización, deficiente soporte social, falta de proyectos, depresión, posición de total dependencia, etc), en personas que mantienen la funcionalidad íntegra.

La prevención secundaria de la dependencia es la intervención que se lleva a cabo sobre personas con pérdida de funcionalidad leve o de reciente aparición, cuando todavía existen posibilidades de reversión o de modificación de su curso, por lo tanto de mejorar su pronóstico.

La prevención terciaria comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de la dependencia - tanto de carácter transitorio como permanente - para reducir sus consecuencias o actuar sobre su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones (como las derivadas del inmovilismo), a la vez que busca mejorar la calidad de vida de las personas.

Por otra parte, según la Encuesta de detección de la población adulta mayor dependiente (MIDES-NIEVE, 2012), el 16,3% de la población encuestada manifiesta necesitar de algún tipo de ayuda para las ABVD o AIVD.

Nos preguntamos entonces qué sucede con el 83,7% que declara no tener ningún tipo de dependencia. Muchas de estas personas mayores podrían estar sufriendo situaciones de vulnerabilidad que eventualmente pueden derivar en una pérdida gradual de autonomía personal.

2. Sobre la noción psicológica de vulnerabilidad



Según Delia Catullo Goldfarb (2017) la vulnerabilidad puede ser entendida como un riesgo, una circunstancia problemática endógena o exógena a la cual muchas veces una persona no puede hacer frente con sus propios recursos. La vulnerabilidad se expresa en múltiples dimensiones (psíquica, social, cultural, económica, política, etc.).

Por otra parte, retomando conceptos de R. Zukerfeld (2002), Silvia Fuentes expresa que la vulnerabilidad psíquica no refiere solamente al riesgo de desarrollar trastornos mentales o sufrimiento psíquico sino también a la falta de flexibilidad en el funcionamiento psíquico de la persona y/o a la falta de redes de apoyo para generar estrategias de afrontamiento adecuadas ante situaciones traumáticas o estresantes que le permitan a la persona adaptarse a la realidad transformándola o transformándose.

Pero la buena noticia es que la vulnerabilidad no tiene rasgos permanentes y estáticos, se puede actuar sobre esas variables y modificarlas. Ahí se estaría realizando una **prevención primaria de la dependencia**, junto a una **promoción de la importancia del mantenimiento de la autonomía en la adultez mayor ya que** la educación en auto-cuidado es uno de los aspectos claves para mantener una buena calidad de vida y evitar las limitaciones funcionales y la dependencia.

De tal forma, la noción de dependencia no aparecería tan ligada al concepto sanitarista de fragilidad en el anciano.

3. Sobre la noción social de fragilidad

Por su parte la noción de fragilidad desarrollada en los últimos años se fundamenta en la necesidad de actuar antes de la pérdida de autonomía para mejorar las intervenciones públicas y profesionales.

Desde el campo de la medicina, y específicamente de la geriatría, el término viene adquiriendo un interés creciente en las últimas décadas. Es utilizado frecuentemente en relación con las personas mayores como un síndrome que se caracteriza por la disminución de la reserva fisiológica y se traduce en una pérdida de la resistencia y mayor vulnerabilidad a eventos adversos, que incluyen discapacidad y dependencia.

Frente a este enfoque de la fragilidad como un problema médico, se levanta un enfoque social, fundamentalmente relacional, que procura una mirada global de la persona orientada a la prevención de la pérdida de autonomía. Se concibe la fragilidad desde esta visión holística como un hecho social y de salud pública (Ennuyer, 2004)



que contempla varias dimensiones. El acento está en la trayectoria de la persona, para comprender su entorno, su contexto familiar y social los que pueden configurar factores que aceleran o retardan los efectos del envejecimiento (Finiez y Piotet, 2009, citado por Bertillot y Bloch, 2016).

La emergencia de esta categoría y su desarrollo, plantea desafíos de orden operacional y también la cuestión de la coordinación de acciones y actores en los distintos dominios institucionales y profesionales, a fin de proporcionar cuidados integrados.

Esta propuesta de revisión conceptual, apunta a cambiar la mirada sobre la vejez y garantizar el derecho a envejecer bien. Se trata también de contener los costos del rápido envejecimiento de la población actuando sobre la fragilidad reversible, disminuyendo de esta manera los elevados costos de la pérdida de autonomía.

En síntesis:

En base a las reflexiones anteriores sostenemos la necesidad de revisar las definiciones de dependencia y autonomía. Creemos que la definición técnica de dependencia ha empobrecido el concepto de cuidados como derecho humano que expresa la interdependencia entre personas en la sociedad y que trasciende la noción de autonomía como independencia o autonomía personal. En ese sentido, se deberían contemplar acciones tendientes a realizar la prevención primaria de la pérdida de autonomía desde un enfoque biomédico, psicológico y social.

Los usos de estas nociones están en constante evolución, existen debates y una corriente crítica que se puede revisar en la literatura internacional (ver por ejemplo, Bertillot y Bloch, 2016) y que también se encuentra sumariamente expresada en el informe CEPAL a la Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe que se realizó en Asunción del 27 al 30 de junio de 2017.

COMISIÓN MAYORES. RED PROCUIDADOS- Agosto 2017