



Artículo original

Repensando políticas públicas desde la noción de capas de vulnerabilidad: el caso de las personas mayores¹

Rethinking public policy from the notion of layers of vulnerability: the case of the elderly

Florencia Luna

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Argentina

CONICET_FLACSO

Recibido el 7 de abril de 2015; aceptado el 30 de abril de 2015

Resumen

En este artículo se dejan de lado los enfoques habituales de la vulnerabilidad y se hace un análisis descriptivo de la situación de vulnerabilidad en los ancianos.

En la primera parte, se presenta muy brevemente la propuesta teórica que argumenta que existen diferentes capas de vulnerabilidad en lugar de grupos de poblaciones vulnerables. Luego, se plantea su utilización en el diseño de políticas públicas. En la segunda parte, se identifican las diferentes capas o estratos de vulnerabilidad que conviven en la situación de vejez y enfermedad. Esto permite exhibir una visión compleja y contextualizada de la vulnerabilidad presente en la vejez. En este análisis se tiene especialmente en cuenta la situación de países en desarrollo. Finalmente, en la tercera parte, se sugieren diferentes políticas públicas y protecciones que, justamente, traten de minimizar la compleja situación de vulnerabilidad que las personas mayores padecen. De este modo, este trabajo muestra que el concepto estratificado

¹ Este trabajo se basa en “¿‘Vulnerabilidad’ o ‘capas de vulnerabilidad’ en las personas mayores?”, publicado en *Revista de Derecho de Familia*, N.º 57, 2012. Editorial Abeledo Perrot. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: florlunaflacso@gmail.com

de vulnerabilidad es también, operativamente, interesante y puede ser útil en el diseño de políticas públicas.

© 2015 Centros Culturales de México, A.C., publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Vulnerabilidad; Capas de vulnerabilidad; Vejez; Políticas públicas

Abstract

Usual approaches to vulnerability are not considered in this paper, in which a descriptive analysis of the vulnerability status experienced by elderly persons is discussed...

In the first part, a brief presentation is provided of the theoretical proposal according to which there are different layers of vulnerability, rather than different vulnerable population groups. The use of this approach in the design of public policies is then discussed. The second part identifies the different layers or strata of vulnerability that coexist in situations of old age and illness. This will allow us to offer a complex and contextualised view of the status of vulnerability prevailing among elderly people. This analysis is particularly focused on the situation of developing countries. Finally, the third part contains suggestions for public policies and forms of protection specifically aimed at minimising the complex situation of vulnerability experienced by elderly people. Thus, this paper provides a stratified concept of vulnerability, which is also interesting from an operational perspective, and which may prove useful in the drafting of public policies.

© 2015 Centros Culturales de México, A.C., published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

Keywords: Vulnerability; Vulnerability layers; Elderly persons; Public health policies

Existen varios hechos que tienen relevancia a la hora de pensar en la vejez y en los ancianos. La demografía de la sociedad se ha transformado. Esto genera la paradoja de que hemos logrado el éxito de curar muchas enfermedades y mejorar la calidad y cantidad de vida; pero, por otra parte, la sociedad ha envejecido planteando serios desafíos. Este fenómeno se conoce y estudia hace años en las sociedades industrializadas como Japón, Europa o EE. UU. En el ámbito mundial se espera que para el 2050 el 34% de la sociedad tenga más de 60 años y supere, por primera vez, la cantidad de niños en el mundo. Sin embargo, este envejecimiento de la sociedad, ya presente en los países industrializados, también es una realidad para países en desarrollo. Países que, además, no están tan preparados como aquellos más desarrollados. Se considera que una población envejece cuando las personas de más de 60 años superan

el 7%. Por ejemplo, en 2007, Argentina ya tenía un 13,3% de esta población y, todavía más, en la ciudad de Buenos Aires, el porcentaje era del 22%. La proyección para la Argentina para 2050 es que 1 de cada 4 argentinos tendrá más de 60 años. Más preocupante aún es un informe de la UNESCO que señala que el 70% de las personas mayores vive en países en desarrollo y solo el 33% de los mismos tienen servicios especialmente diseñados para adultos mayores y con formación geriátrica².

En segundo lugar, otro rasgo que se ha de considerar es la feminización de la vejez. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las mujeres envejecen más que los hombres, su morbilidad es mayor y tienen menor acceso a la atención de la salud. Las mujeres tienen un promedio de 7,5 años de supervivencia mayor que los varones³. En el caso de Latinoamérica, la situación es más compleja: aquí, en general, la mujer trabaja hasta que muere, labora de manera invisible a través de sus tareas domésticas, el cuidado de su pareja enferma, de sus nietos... Este fenómeno se caracteriza por haber sido poco estudiado, y no se perciben políticas públicas especialmente diseñadas para afrontar estos desafíos. Así, a todos los problemas que tienen nuestros países, generados por grandes desigualdades y fallas de infraestructura, hay que sumarle estos 2 fenómenos: el envejecimiento acelerado de la sociedad y la feminización de la vejez.

Se debe considerar una sociedad que envejece aceleradamente sin recursos económicos y sociales para afrontar tales circunstancias, a las mujeres como los miembros más expuestos a estas situaciones, junto con cosmovisiones plurales respecto de cómo comprender la vejez; todo ello vuelve aún más compleja la respuesta que brindar. Esto forma parte del telón de fondo sobre el cual debemos pensar en las personas mayores en situación de vulnerabilidad. Ahora bien, también existen cuestiones teóricas que se deben considerar. Tradicionalmente y con frecuencia se habla de los ancianos o de algunos grupos particulares de ancianos como poblaciones vulnerables. Sin embargo, ese no es el enfoque adecuado. Hablar de vulnerabilidad de las personas mayores no solo implica rotularlas, sino peor aún, opaca el abanico de problemas presentes en esta situación.

En este artículo se dejan de lado los enfoques habituales de la vulnerabilidad y se hace un análisis descriptivo de la situación de vulnerabilidad en los ancianos. Se reto-

² Banco Mundial. (2011). *Envelhecendo em um Brasil mais Velho*. Washington. También véase Keller, I., Makipaa, A., Kalenscher, T. and Kalache, A. (2002). *Global Survey in the Medical Curriculum*. Geneva: World Health Organization (WHO). Disponible en: http://www.who.int/ageing/projects/en/alc_global_survey_tegeme.pdf

³ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). (2005 primera edición en portugués). *Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde*.

man trabajos anteriores de la autora sobre el concepto de vulnerabilidad⁴ en los cuales se cuestiona el planteo tradicional de que una subpoblación, en este caso, las personas mayores, sean vulnerables, para identificar en cambio diferentes capas o estratos de vulnerabilidad. Así en estos desarrollos previos se considera que abandonar este concepto o emplearlo inadecuadamente es peligroso. En lugar de rechazar este concepto⁵, es recuperado, se le brinda mayor contenido y sentido, y se muestra de qué manera resulta mucho más útil para la elaboración de políticas públicas.

En la primera parte de este artículo, en línea con estos análisis previos, se presenta muy brevemente esta propuesta teórica. Se explica la idea de que existen diferentes capas de vulnerabilidad. Luego, se plantea su utilización en el diseño de políticas públicas. En la segunda parte, se identifican las diferentes capas o estratos de vulnerabilidad que conviven en la situación de vejez y enfermedad. Esto permite exhibir una visión compleja y contextualizada de la vulnerabilidad presente en la vejez. En este análisis se tiene especialmente en cuenta la situación de países en desarrollo. Estoy pensando en países latinoamericanos como la Argentina y Brasil, pero esta situación puede extenderse a muchos otros países en desarrollo. Finalmente, en la tercera parte, se sugieren diferentes políticas públicas y protecciones que, justamente, traten de minimizar la compleja situación de vulnerabilidad que las personas mayores padecen. De este modo, este trabajo muestra que el concepto estratificado de vulnerabilidad es también, operativamente, interesante y puede ser útil en el diseño de políticas públicas.

Parte I

El concepto de vulnerabilidad aplicado a la vejez

Tradicionalmente se considera a ciertas subpoblaciones como grupos vulnerables. Y los ancianos no son una excepción. Así pues, se dice que se trata de un grupo vulnerable. Esta estrategia basada en la identificación de subpoblaciones es especialmente relevante en el caso de la ética de la investigación. La mayoría de los

⁴ Tomaré mis trabajos previos sobre vulnerabilidad. Luna, F. (2009a). Elucidating the Concept of Vulnerability. Layers not Labels. *International Journal of Feminist Approaches of Bioethics*, vol. 2, n.º 1, spring; Luna, F. (2009b). La Declaración de la UNESCO y la vulnerabilidad: la importancia de las capas. En Casado, M. (ed.), *Sobre la Dignidad y los Principios. Análisis de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO* (pp. 255-266). Navarra: Civitas; Luna, F. (2008). Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Revista Lexis.-Nexis, Jurisprudencia Argentina*, Número especial, IV, Buenos Aires.

⁵ Como de hecho hubo varias propuestas para debilitarlo. Véase Luna (2008, 2009a y 2009b).

códigos de ética enumeran grupos vulnerables. Es en esta área donde tradicionalmente el concepto de vulnerabilidad ha funcionado de esta manera⁶.

Así, un primer asunto que se ha de considerar es el análisis basado en subpoblaciones⁷. Los análisis tradicionales identifican grupos de poblaciones como vulnerables (las mujeres embarazadas, los prisioneros, etc.). Esta estrategia ha intentado definir este concepto en términos de sus condiciones necesarias y suficientes. Esto es, si una persona satisface la condición x y la y , entonces, es un sujeto vulnerable. Y este es un tipo de condiciones generalmente atribuibles a grupos de personas.

Sin embargo, este tipo de enfoque no es tan claro como se pretende. Frente a estos análisis vale la pena formular algunas preguntas: ¿son vulnerables todas las personas aludidas como poblaciones vulnerables? Si, por ejemplo, aceptamos que las personas mayores son un grupo vulnerable, ¿acaso significa esto que todas las personas mayores⁸ son vulnerables? ¿Ocurre lo mismo con todas las personas mayores con enfermedades graves⁹? ¿O con todas las personas de edad avanzada sin recursos¹⁰? ¿Y qué sucede si la persona mayor no está grave o tiene recursos? ¿Deja por esto de ser vulnerable? ¿Cómo inciden estas variables? ¿Captura el concepto de población vulnerable estas diferencias? ¿Es la vulnerabilidad una categoría como Carole Levine señala en sus críticas? ¿Es un concepto de todo o nada que se aplica a todos los miembros de un grupo identificado? Mientras que es evidente que todas las personas mayores son mayores y que todos los pacientes con enfermedades graves están graves, no es igualmente evidente que todas las personas mayores sean vulnerables o que todos los pacientes graves sean vulnerables, aunque es cierto que tanto unos como otros pueden serlo. ¿La vulnerabilidad es causada por la edad madura o por la enfermedad o hay algún mecanismo subyacente que explique su relación con los individuos?

Además, el análisis tradicional ha conducido a una visión demasiado rígida que implica rotular a un grupo como vulnerable, ponerle una etiqueta¹¹. Una de las consecuencias es que resulta muy difícil quitar el rótulo dado y esto lleva a manejarse con estereotipos y categorías establecidas que permanecen fijas. Tampoco puede darse cuenta de cambios o situaciones que acentúan la vulnerabilidad.

⁶ Véase Luna (2009a).

⁷ Luna (2012).

⁸ Véase Pautas CIOMS, op. cit., 2002, Pauta 13.

⁹ Véase el *Informe Belmont*, las Pautas CIOMS, op. cit., 1993, Pauta 10, Pautas CIOMS, op. cit., 2002, Pauta 13.

¹⁰ Véase el *Informe Belmont*, las Pautas CIOMS, op. cit., 1993, Pauta 10, Pautas CIOMS, op. cit., 2002, Pauta 13.

¹¹ Luna (2008 y 2009a).

Otro tipo de análisis es el existencial. Este enfoque plantea que todos somos vulnerables, seres frágiles y finitos. Esto expresa una condición humana general según visiones filosóficas continentales¹². Este hecho se puede conceder y aceptar: todos estamos expuestos al sufrimiento, la decadencia y la muerte. Sin embargo, este no es el punto relevante. Lo destacable en cuanto al análisis de la vulnerabilidad es su manifestación particular, por ejemplo, en una investigación con seres humanos lo relevante es que las personas que participan expresan su fragilidad de formas complejas en situaciones particulares. Algunas personas o grupos padecen situaciones específicas de vulnerabilidad. Y es a estas formas concretas de vulnerabilidad a las que resulta necesario brindar una respuesta y plantear protecciones y salvaguardas. El peligro que entraña sostener una noción existencial y esencialista de la vulnerabilidad es el riesgo de *naturalizar* la vulnerabilidad. Esto es, si todos somos igual y esencialmente vulnerables, nadie es específicamente vulnerable, es más, nadie necesitaría de ninguna protección especial... Justamente es esto lo que los planteos que hablan de una superpoblación de grupos vulnerables quieren: buscan anular la fuerza normativa de este concepto. Así, por ejemplo, Levine et al. dicen: “Si todos son vulnerables, el concepto se hace tan nebuloso que carece de sentido”¹³. En este sentido, esta línea argumental es sumamente peligrosa.

En contraposición con la estrategia que naturaliza la vulnerabilidad o que la rechaza como concepto valioso, yo propongo considerar el aspecto dinámico y contextual del concepto como parte de su propio contenido. No hay una “sólida y única vulnerabilidad” que agote la categoría, pueden haber diferentes vulnerabilidades, diferentes capas operando. Estas capas pueden superponerse. Algunas pueden estar relacionadas con problemas de la discapacidad que genera la enfermedad, la dependencia motriz o psicológica, mientras que otras lo estarán con las circunstancias sociales, la falta de recursos, las relaciones familiares o incluso con la violación de derechos humanos básicos. Nada debiera escaparse a esta mirada. Lo que se desea señalar es que el funcionamiento de este concepto es dúctil y relacional y que esto determina tanto su alcance como las maneras de pensarlo o concebirlo.

¹² Onora O’Neill expone esta vertiente. Sostiene que “los seres humanos comienzan siendo persistentemente vulnerables de maneras características a la especie: presentan una larga e indefensa infancia; adquieren las capacidades físicas y sociales más esenciales y las habilidades con el sostén de los otros; dependen de interacciones sociales y emocionales a largo plazo con otros; sus vidas dependen del uso estable y productivo del mundo natural y del mundo modificado por el hombre [...]. La protección de las lesiones frente a estas ubicuas y previsibles vulnerabilidades de la condición humana es en gran medida el objetivo de la justicia”. O’Neill, O. (1996). *Towards Justice and Virtue* (p. 192). Cambridge: Cambridge University Press.

¹³ Levine, C. et al. (2004). The Limitations of “Vulnerability” as a Protection for Human Research Participants, *American Journal of Bioethics*; 4 (3), 44-49, p. 46. “Bajo uno u otro de estos título, casi cualquiera es vulnerable, especialmente en tanto los beneficios de la investigación nunca pueden ser garantizados de antemano [...]. Si todos son vulnerables, entonces, el concepto se convierte en algo demasiado nebuloso para tener sentido”.

Ahora bien, para poder entender la relevancia y las implicancias de este planteo hay que distinguir 2 planos de discusión. En mi artículo “La Declaración de la UNESCO y la vulnerabilidad: la importancia de las capas”, establezco esta dicotomía¹⁴: “...un primer plano podría denominarse ético-político. Este plano discute la necesidad, o no, de protección de ciertas poblaciones, en general, las más desprotegidas; y la necesidad de mantener el concepto de vulnerabilidad en las discusiones y evaluaciones de los protocolos de investigación. [...] Un segundo plano de la polémica es de tipo ético-teórico. En este plano se deja de lado, provisoriamente, el planteo político para señalar obstáculos teóricos o conceptuales en el concepto mismo de vulnerabilidad. Justamente es en esta dimensión donde se plantea la vacuidad de este concepto o los efectos nocivos del mismo al rotular, etiquetar o estereotipar poblaciones. Aquí se señalan problemas en la forma de conceptualizar este concepto. Ahora bien, incluso si los planos de la discusión son diferentes, están estrechamente relacionados: así si no podemos brindar un análisis teórico adecuado de este concepto, tampoco podremos defender su relevancia práctica y política. Si el concepto efectivamente es vacuo o estereotipa poblaciones, no tendrá la relevancia política que se busca”¹⁵.

Lo que intento, entonces, mediante la propuesta de analizar capas de vulnerabilidad, es revitalizar este concepto en su plano ético-teórico, brindarle sentido; para luego mantener su importancia política a la hora de pensar cómo proteger a las personas en situaciones de vulnerabilidad.

Mi propuesta, entonces, plantea una visión compleja de esta situación. Por un lado, muestra las diferentes capas de vulnerabilidad que se presentan en la vejez, lo cual permite dar mucha mayor flexibilidad al concepto y permite mostrar la multidimensión presente: corre el velo que introduce hablar meramente de la vejez como de una población vulnerable. Por otro lado, no deja caer el concepto de vulnerabilidad, lo recupera y le brinda sentido. Así recupera la dimensión política de este término al dotarlo de contenido conceptual. Esto es, frente al embate de que no tiene sentido el concepto de vulnerabilidad¹⁶ o del planteo de que todos somos vulnerables que “naturaliza” la vulnerabilidad¹⁷, este planteo recupera el concepto de vulnerabilidad y le brinda un sentido fuerte que puede leerse en tér-

¹⁴ Luna (2009b).

¹⁵ Luna (2009b, pp. 258-259).

¹⁶ Levine et al. (2004).

¹⁷ Efectivamente, muchos bioeticistas siguen esta visión sin darse cuenta de que al otorgar que todos somos vulnerables en algún sentido, se concede que entonces no hay que hacer distinciones ni brindar protecciones específicas a aquellos que padecen situaciones de vulnerabilidad. Véase Luna (2008).

minos políticos. ¿Qué significa esto? Que un concepto que rotula y es rígido no sirve para dar cuenta de la vulnerabilidad, que se necesita otro tipo de concepto. Esto es, que se necesita repensar en qué consiste y cómo opera. Si podemos re-conceptualizar este concepto y dotarlo de sentido, entonces podremos realmente utilizarlo de manera eficaz.

Vulnerabilidad y diseño de políticas públicas

Decir que los ancianos son una población vulnerable es utilizar el concepto de vulnerabilidad como mero eslogan. Los rotulamos y estereotipamos y no solo no exhibimos las diferentes capas de vulnerabilidad que están operando sino que, además, no podemos diseñar o reflexionar acerca de políticas públicas adecuadas.

En este sentido, vale la pena detenerse en las posibilidades que brinda analizar adecuadamente el concepto de vulnerabilidad en un ámbito menos explorado como es el del diseño de políticas públicas.

Como se señaló en el apartado anterior, los mayores desarrollos se dieron en relación con la ética de la investigación y de la mano de los códigos de ética basados en grupos de poblaciones (si bien recientemente se ha cuestionado este enfoque y han aparecido nuevas propuestas teóricas en la ética de la investigación)¹⁸.

Otro ámbito en el cual este concepto también puede tener gran relevancia es el de la ética de la salud pública, especialmente en el diseño de políticas públicas. Pero, nuevamente, para que sea así resulta fundamental poder salir de una visión basada en subpoblaciones cerradas. Esta última es una tendencia que también aparece con frecuencia en las propuestas de los centros de salud pública y escritos sobre el tema. Por ejemplo, la Academia Nacional para las Políticas en Salud Pública (*National Academy for Public State Health Policy*) hizo un reporte “*Toward Meeting the Needs of Vulnerable Populations: Issues for Policymakers’ Consideration in Integrating a Safety Net into Health Care Reform Implementation*” en cuyo título se puede percibir el tipo de enfoque de la vulnerabilidad ya señalado¹⁹. También, el Urban Institute, en su sitio Internet define las poblaciones vulnerables y

¹⁸ Véase Luna, F. (2014). “Vulnerability”, an interesting concept for public health: the case of older persons, *Public Health Ethics*, vol. 7, n.º 2.

¹⁹ Grossmann, L., Witgert, K. and Hess, C. (2012). *Toward Meeting the Needs of Vulnerable Populations: Issues for Policymakers’ Consideration in Integrating a Safety Net into Health Care Reform Implementation*. National Academy for State Health Policy. [consultado 12 Feb 2014] Disponible en: http://nashp.org/sites/default/files/safety.net_hcr_.pdf (la cursiva es mía).

brinda los ejemplos típicos de los pobres, las minorías étnicas y raciales, los inmigrantes indocumentados, etc.²⁰. Nuevamente, hay que dejar de lado este tipo de acercamiento y trabajar con un análisis basado en capas como el que se propone en este trabajo.

Con esta nueva forma de pensar la vulnerabilidad, las políticas públicas que se propongan pueden, justamente, atacar las diferentes capas de vulnerabilidad mediante estrategias específicas para cada una, y muy probablemente diferentes entre sí.

Se debe pensar que existen diversas capas de vulnerabilidad que menoscaban a las personas y nuestro deber es minimizar cada uno de estos estratos y protegerlas de manera adecuada. Sin embargo, esto no significa que las políticas públicas que aborden el problema de la vulnerabilidad se agoten en la mera protección. En este sentido, coincido con la propuesta de Rogers, Mackenzie, Dodds²¹ acerca de la importancia de incorporar elementos como el empoderamiento de la población para, por ejemplo, promover la autonomía en poblaciones que padecen situaciones particulares de vulnerabilidad. Así, dado que se trata de un concepto flexible, basado en la idea de la posible superposición de diferentes estratos o capas, permite pensar en algunos casos en políticas que protejan, pero en otras situaciones o frente a diferentes capas permiten diseñar una política que empodere. No tenemos la necesidad de optar por una u otra, ambas pueden tener su lugar en un análisis dinámico y relacional basado en capas. Como se verá en lo que sigue, este tipo de análisis permite diseñar políticas públicas muy diferentes entre sí teniendo en cuenta las diferentes capas de manera particular y específica. Implica una visión abarcativa, más compleja y sofisticada del problema de la vulnerabilidad.

Parte II

Identificando capas de vulnerabilidad en la vejez

En concordancia con esta propuesta, en este apartado se describen algunos de los múltiples y diferentes estratos o capas de vulnerabilidad que pueden identificarse cuando decimos que los ancianos son vulnerables. Téngase en cuenta lo señalado en

²⁰ Véase http://www.urban.org/health_policy/vulnerable_populations/

²¹ Rogers, W., Mackenzie, C. and Dodds, S. (2012a). Introduction. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics (IJFAB)*, 5, 1-10.

el primer apartado: un envejecimiento acelerado de las sociedades en vías de desarrollo. Si bien se está pensando en la situación de la Argentina o de Brasil, muchos de estos planteos seguramente son similares en otros países en vías de desarrollo.

Si se comienza por un planteo macro, por ejemplo, se puede hablar de una capa de vulnerabilidad “económica”. Esta se relaciona con la exclusión del sistema productivo al que muchas veces se condena a las personas mayores aunque aún tengan capacidades para continuar insertos. Téngase en cuenta que en nuestros países en vías de desarrollo, la etapa jubilatoria no tiene las mismas implicancias que aquella que se genera en países industrializados con un buen sistema de cobertura. En aquellos, por ejemplo, la pensión jubilatoria es equivalente o cercana al sueldo que se percibía en la etapa activa y las personas mayores sienten que llegan a una etapa de la vida en la que pueden realizar muchos de sus proyectos postergados (viajes, *hobbies*, etc.). En nuestro caso, en cambio, la persona puede resultar excluida de su trabajo y quizás todavía tiene plenas capacidades para continuar activo. Pero no solo le puede suceder esto, sino que además suele tener como consecuencia que sus ingresos se vean seriamente disminuidos comenzando a generar así malestar, depresión y diversos grados de dependencia. En este sentido, se puede decir que adquieren una primera capa de vulnerabilidad.

Otra capa de vulnerabilidad vinculada a la anterior es la que genera el sistema jurídico: por ejemplo, en la Argentina es frecuente que los juicios para actualizar las pensiones se prolonguen durante mucho tiempo (un promedio de 5 años que para aquellas personas que están transitando sus últimos tiempos resultan demasiados largos). Padeciendo así extensas burocracias y la pauperización que una pensión no actualizada puede generar.

Relacionado con las manifestaciones previas, otra capa de vulnerabilidad está vinculada al sistema social, a la falta de una respuesta rápida del sistema para atender las necesidades de los mayores, por ejemplo, respecto de sus necesidades de alojamiento adecuado a sus necesidades. Se puede hablar así de una vulnerabilidad habitacional. Esto es a la dificultad que existe para conseguir un lugar para vivir dignamente. El mismo debe ser adecuado a sus nuevas necesidades habitacionales. Esto es especialmente relevante para aquellos ancianos que carecen de posibilidad de vivir independientemente y necesitan una institución geriátrica que le permita transitar esta etapa de la vida de forma tranquila y cuidada.

Estos tipos de vulnerabilidades surgen como consecuencia de un sistema injusto, de un envejecimiento acelerado de la sociedad, de políticas públicas que no son

sensibles a las necesidades redistributivas de estos grupos, así como también a un disvalor socio-político hacia esta población.

También desde otra perspectiva se puede hablar de una capa de vulnerabilidad cultural. Este tipo puede encontrarse vinculada a la presencia de cierta idiosincrasia propia de la sociedad occidental que manifiesta algunas actitudes despectivas hacia los viejos. Los ancianos molestan, no entienden, no se adaptan fácilmente. Se quedaron en el tiempo. Tómese como ejemplo de esto la posibilidad de una vulnerabilidad comunicacional. Actualmente, el mundo está poblado de máquinas: computadoras, tabletas electrónicas, teléfonos celulares con *e-mails*, *twitter* o *facebooks* como vías de comunicación... un mundo cada vez más virtual que para aquellos que tienen unas cuantas décadas y no estuvieron expuestos a estas tecnologías, resultan fronteras infranqueables. Simples trámites ahora implican sortear máquinas indescifrables, contestadores automáticos con grabaciones impersonales, en donde la presencia humana escasea. Para estos ancianos, el mundo es ajeno y lejano. Ya parecen no pertenecer a él. Esta dificultad vital también genera una capa de vulnerabilidad. Se sienten vulnerables frente a un sistema que no comprenden y que no se detiene por ellos. Y esto obstaculiza su vida cotidiana y sus posibilidades de interactuar y resolver problemas con independencia.

En un plano más íntimo y privado también se puede hablar de una capa de vulnerabilidad vincular. No solo las familias se han modificado, sobre todo, en las ciudades actuales dejando de lado las familias ampliadas en donde diferentes generaciones convivían y los lazos de parentescos no eran solo los nucleares (vivían abuelos con tíos, nietos e hijos) para pasar a modelos nucleares basados en los padres y sus hijos sin espacio para las personas mayores. Sumado a lo anterior, las familias en sí se han hecho más complejas al reconstituirse, con separaciones, nuevos casamientos o convivencias, medios hermanos, etc. La actual situación familiar no parece ser muy receptiva para alojar y acompañar a las personas mayores. E indudablemente para muchos ancianos esto genera una capa de vulnerabilidad al sentirse solos, aislados y una carga para sus familias.

También existe la posibilidad de una capa de vulnerabilidad emocional: es conocida la dependencia que, en general, muchas de estas personas tienen con aquellos que los cuidan o asisten, así como con miembros de su familia. Pero también es frecuente el maltrato no solo emocional, sino también físico hacia las personas de edad. Una cuestión sumamente problemática que no es muy tenida en cuenta, pero que por desgracia es más habitual de lo pensado. Nuevamente se puede adicionar otra capa de vulnerabilidad.

Otro tipo de vulnerabilidad es la cognitiva. Esta se vincula a los padecimientos y alteraciones psíquicas, pérdida de la memoria, demencias, etc., propias de muchas personas mayores. Resulta muy difícil para los familiares poder acompañar estos procesos, generando culpa por la sensación de desborde y la dificultad para hacerse cargo. Esto hace que sea muy compleja la resolución de situaciones comunes y que las personas de edad con estos padecimientos requieran de ayuda, agregando de esta manera otra capa de vulnerabilidad.

Hay también una vulnerabilidad asociada a la pérdida de la autonomía física. Esta también es una característica de esta etapa de la vida, falta de estabilidad, fragilidad, riesgos de fracturas por caídas, etc. Este tipo de vulnerabilidad de índole individual se puede reforzar por factores externos e independientes que hacen esta vulnerabilidad más discapacitante e intensa. Las posibilidades de movilidad se ven también disminuidas debido a barreras arquitectónicas de las ciudades, falta de accesos adecuados, barras de protección, veredas u calles rotas, etc.²².

Con esta mirada se exhiben situaciones y estratos de vulnerabilidad que cualquier geronte puede padecer sin estar en situación de enfermedad. A diferencia de las primeras capas señaladas que estaban vinculadas a la ausencia de cierto tipo de políticas públicas, estas últimas capas identificadas se conectan con cuestiones intrínsecas, relacionadas con la pérdida de ciertas capacidades por la propia condición humana, así como a cuestiones vinculares esenciales. Estas son solo algunas de las posibles capas de vulnerabilidad a las que una persona mayor puede estar expuesta. Nótese cómo se refina la mirada, cómo se despliega y se complejiza el análisis con un planteo estratificado o por capas frente a un análisis que solo indique que las personas mayores son vulnerables.

Capas de vulnerabilidad en la enfermedad

En la situación de enfermedad se puede señalar y adicionar a muchas de las capas recién identificadas, diferentes estratos. Y aquí también se necesitan distinciones: por ejemplo, una es la situación del paciente crónico. Esta persona necesita cuidados pero puede vivir con relativa independencia. En este tipo de paciente se manifiestan varias de las capas recién presentadas. Probablemente necesite cuidadores informales²³ que, en general, son las mujeres. Las parejas o las hijas de estos pacien-

²² Se trata de una realidad lamentablemente habitual en la ciudad de Buenos Aires.

²³ Una de las características de estos cuidadores —que plantea serios problemas éticos, así como también psicológicos, sociales y financieros— es que su trabajo no es reconocido.

tes son las que se hacen cargo de estas tareas con todo lo que pueda implicar. Estos pacientes pueden estar expuestos a una capa de vulnerabilidad emocional (establecen lazos que los vuelven dependientes de su cuidador), pueden padecer una capa de vulnerabilidad física cuando pierden parte de su movilidad que se combina con las barreras arquitectónicas que obstaculizan sus movimientos fuera de la casa. Son quienes pueden sufrir diferentes tipos de vulnerabilidades culturales (dependiendo del grado de inserción y adaptación social) que la persona mantenga. Finalmente, puede también manifestarse otra de las capas de vulnerabilidad recién mencionadas, relacionada con la dificultad psíquica cuando comienzan con signos de deterioro mental y olvidos.

Otra es la situación y problemática del paciente en internación domiciliaria. Estas internaciones pueden deberse a situaciones que no pueden modificarse, en las cuales se plantea que no tiene sentido mantener al paciente internado en un hospital o clínica; o a los deseos de ayudar a pasar los últimos días en la casa con una medicina menos invasiva y más respetuosa de las necesidades del enfermo (por ejemplo, brindar cuidados paliativos finales en su hogar). El paciente en internación domiciliaria —ya sea por uno u otro motivo— implica un grado mayor de dependencia, en donde a todo lo anterior hay que agregarle una capa de vulnerabilidad debido a los elevados costos que esto implica ya que, en general, los sistemas de salud (incluso los privados) no cubren todos los cuidados que estos pacientes requieren. Peor incluso, en algunos casos no existe el deseo familiar de hacerse cargo de esa persona enferma, sino que hay, más bien, un desentenderse del paciente por parte de las instituciones y derivarlo a la familia. Esta carece de la infraestructura adecuada para recibir a un enfermo al que hay que asistir a veces respiratoriamente, a veces con sondas de alimentación, así como higienizarlo. No se trata de una situación simple o fácil. Para todos estos cuidados, se necesita un determinado entrenamiento y no cualquier persona dispone de la destreza para realizarlo adecuadamente. Incluso si se cuenta con servicios domiciliarios y personas calificadas para realizar estas tareas, el paciente necesita estar inmerso en un contexto familiar que lo contenga y administre tales cuidados. Esto conlleva la existencia de una cierta operatoria que en muchos casos es difícil de mantener económica y emocionalmente generando, en ocasiones la denominada claudicación familiar con la posibilidad de maltrato. También pueden surgir capas de vulnerabilidad ligadas al situación cultural y social (en sociedades cada vez más individualistas resulta difícil darle lugar a un anciano, sobre todo, cuando la situación de enfermedad se prolonga). ¿Quién se hace cargo de la abuela o del tío enfermo? Dónde se aloja, sobre todo cuando los departamentos son pequeños y no hay espacio suficiente...

Y otra situación muy diferente a las anteriores es la de hospitalización, que implica ya una capa de vulnerabilidad producida por el alejamiento de su medio con las faltas que esto implica (sus objetos cotidianos y sus rutinas diarias, los olores de su medio, sus recuerdos, elementos que les ayudan a mantenerse alertas y activos), sumado al alejamiento de sus seres queridos (que en general solo pueden visitarlos durante breves lapsos). Así se encuentran aislados, en un medio extraño, atendidos por gente de blanco²⁴. Esto genera un estrato de vulnerabilidad. Sumado a lo anterior coexiste un desempoderamiento. En general, hay un trato que tiende a infantilizar al enfermo, pierde su autoridad, su “señorío” y hasta sus ropas... para pasar a ser aludido como “abuelo” o “abuela” adicionando otra capa de vulnerabilidad. Todo esto se agudiza, todavía más, en el paciente hospitalizado en terapia intensiva. Las capas de vulnerabilidad se multiplican. Aquí el paciente está casi totalmente aislado, los horarios habituales se pierden y esto genera un impacto psíquico muy fuerte, con desórdenes mentales y pérdidas que son muy difíciles de recuperar en la gente muy grande. El paciente se encuentra conectado a una gran cantidad de aparatos que registran todos sus signos vitales pero lo inmovilizan e incomodan. Médicas y enfermeras deben adaptarse a estrictos protocolos que, a veces, parecen olvidar que involucran a seres humanos. En ocasiones, los pacientes hasta son atados (por ejemplo, por las noches) para tranquilidad del personal (ya que así no se desconectará de ninguna máquina) pero con la posibilidad de generar sufrimiento y angustia por parte de aquellos pacientes que tienen momentos de lucidez o conciencia... exponiéndolos, nuevamente, a otra capa de vulnerabilidad. También se puede agregar, en algunos casos, la falta de empatía y capacitación por parte de este personal a los cuales les llegan pacientes que van a morir y para los cuales el personal siente que sostenerlos implica un gasto inadecuado, así como una derivación inapropiada. En numerosas ocasiones son los propios familiares los que presionan, ya sea por celo y por pensar que sus seres queridos estarán mejor atendidos, ya sea por no asumir la responsabilidad del cuidado... Muchas veces la derivación efectivamente no es la correcta, y la falta de un servicio de cuidados paliativos en la institución lleva a esta situación; pero quien finalmente paga el costo de esta mala indicación es este paciente al que se lo torna todavía más vulnerable.

Así nótese, nuevamente, cuando se utiliza el mero rotulo de población vulnerable se escapa una mirada más compleja y sutil de la situación de vulnerabilidad y sus múltiples aristas. Decir que los ancianos son una población vulnerable implica

²⁴ Si bien esto acontece en cualquier situación de internación prolongada, en cualquier edad de la vida, en el caso de la persona mayor esto tiene más impacto porque se enfrenta con la posibilidad de no poder regresar más al hogar y por la menor capacidad de adaptación a situaciones de pérdida de referentes.

sostener una visión de estereotipo que opaca la realidad... a diferencia de la mirada que podemos tener cuando identificamos las múltiples capas de vulnerabilidad en las variadas situaciones de vejez y enfermedad. Los diferentes estratos o capas que están operando van intensificando la vulnerabilidad. Algunos de ellos se relacionan con el mayor o menor grado de autonomía o dependencia del anciano y otros factores que tienen incidencia como es el contexto. Como se puede observar, las capas de vulnerabilidad son muy variadas y exhiben múltiples dimensiones y pueden modificarse en función de los medios o recursos (internos o externos) que posea cada persona para afrontar los problemas sociales y de salud que se presentan.

Parte III

Repensando políticas públicas en función de la vulnerabilidad

Tal como se señalaba, esta forma de percibir la vulnerabilidad permite encararla realidad de una manera también más sutil y sofisticada. Por ejemplo, si se va a aplicar esta conceptualización en la elaboración de políticas públicas, al establecer capas o estratos de vulnerabilidad, se pueden diseñar diferentes políticas atacando cada una de esas capas de manera específica e individual con estrategias diferentes y buscando minimizarlas o evitarlas. Se debe reconocer que existen capas de vulnerabilidad muy difíciles de erradicar, pero hay otras que pueden ser minimizadas.

Las capas de vulnerabilidad relacionadas con problemas redistributivos y con el diseño de políticas públicas adecuadas implican la voluntad de llevar a cabo estrategias que tengan seriamente en cuenta esa problemática, por ejemplo, si se mejora el sistema de atención social y se brinda un mejor servicio a las personas mayores. Esto puede abarcar desde planteos macro que involucran decisiones políticas hasta cuestiones más pequeñas. En función de los recursos existentes se debe analizar qué puede implementarse: no necesariamente debe ser algo completamente novedoso, se puede mejorar lo que ya existe. En lo que sigue no se pretende señalar propuestas novedosas, sino solo explicitar cómo este concepto de vulnerabilidad puede implicar diferentes tipos de políticas públicas.

Por ejemplo, puede buscarse la forma de mejorar el sistema jubilatorio. Hay países que fomentan el ahorro entre sus ciudadanos a lo largo de sus vidas (por ejemplo, excluyéndolos de impuestos si designan este dinero para un ahorro recuperable a la edad jubilatoria), proponiendo sistemas suplementarios que complementen la jubilación estatal. Por supuesto, en algunos países en desarrollo en donde

la inflación sigue siendo moneda corriente y existe gran inestabilidad política y económica no es algo tan simple de desarrollar. Pero quizás haya llegado el momento de pensar con mayor seriedad y compromiso de qué manera los ancianos van a enfrentar muchos años de vejez. Otra situación inaceptable es la cantidad de tiempo y el esfuerzo que se necesita para la actualización de las pensiones. Una cuestión básica implica idear un sistema más eficiente y rápido para la actualización de las pensiones de las personas jubiladas para evitar continuar vulnerándolos. Esto no parece, a primera vista, tan difícil de solucionar y eliminaría una capa de vulnerabilidad, mejorando sustancialmente la vida de muchas personas mayores.

Respecto de la vulnerabilidad habitacional existen diferentes posibilidades, con mayor o menor inversión desde el sistema público. Se pueden construir instituciones geriátricas que estén bien cuidadas y controladas para realmente brindar un buen servicio a los ancianos y que no funcionen como un mero “depósito de viejos”. Para ello, quizás sea necesario diseñar mejores sistemas de control, habilitación y mantenimiento de estas instituciones, exigiendo una buena calidad de atención. El Estado debe ejercer este rol de control y vigilancia.

Cuando la situación económica del geronte es mejor, pueden también planearse viviendas para ancianos que mantengan cierta independencia (pequeños departamentos con su habitación, baño y *living*) que brinde la sensación de vida privada, pero que también tenga espacios comunes y servicios compartidos a los que se pueda acudir cuando se tiene alguna necesidad (servicios médicos o de enfermería) o se desea socializar. Algo que es ya habitual en muchos países y que los propios ancianos pueden elegir y planificar con tiempo. También puede existir la situación de una persona mayor que cuenta con un bien propio pero que le resulta muy oneroso mantenerlo y mantenerse. En esos casos, pueden reglamentarse sistemas de ventas de los departamentos. Las personas mayores propietarias pueden vender a futuro su bien por una buena renta mensual que les permita vivir en su departamento con comodidad y ayuda hasta su muerte. Esto implica una apuesta por parte del comprador ya que quizás paga por ese departamento durante 5 años o tal vez por 15 años, pero para el anciano es indiferente y le da la tranquilidad de contar con su dinero mensual y su hogar²⁵.

También teniendo en cuenta las dificultades motrices, así como las vulnerabilidades que surgen por ciertas barreras arquitectónicas, pueden realizarse modificaciones

²⁵ Se trata de un modelo que en algunos países se implementa y que realmente parece ser muy beneficioso para los ancianos que se quedaron solos.

que van desde la vivienda (en especial el baño) por ejemplo, poniendo barras para no resbalar y poder sostenerse en la ducha y fuera de ella, alarmas que permitan una ayuda rápida y eficaz, hasta políticas macro que diseñen modificaciones arquitectónicas en la ciudad y sus medios de transporte. Sin necesidad de análisis muy sofisticados, sería conveniente comenzar por lo obvio, arreglar las veredas de las calles, los innumerables pozos y desniveles que hacen sumamente difícil transitarlas y que pueden generar caídas y fracturas perfectamente evitables. Así como contar con accesos a edificios que, por ejemplo, permitan utilizar sillas de ruedas. Para luego continuar avanzando hacia respuestas más sofisticadas y quizás también más onerosas.

Respecto de capas de vulnerabilidad mucho más complejas de resolver como la cultural o aquellas que exhiben pérdidas de capacidades, las estrategias deben ser múltiples. La vulnerabilidad cultural es difícil de revertir ya que el mundo cambia y no se pueden detener los desarrollos tecnológicos. Sin embargo, puede haber campañas de acción pública fomentando ciertos valores, explicando las dificultades de las personas mayores, promoviendo virtudes comunitarias hacia ellos, fomentando mayor empatía hacia ellos, etc. Además, parece haber una suerte de paradoja en la conceptualización y vivencia de la vejez: por un lado, se extiende y promueve una vejez activa y plena, por otro, se visualiza la vejez como un disvalor (en nuestra sociedad la meca parece ser una juventud eterna y la vejez no tiene ningún tipo de aditamento interesante [como todavía se mantiene en algunas sociedades orientales]). Pese a esto, se debería inculcar y educar en valores afirmativos hacia la vejez. Señalar cómo la ancianidad contiene: experiencia de vida, trayectoria, sabiduría. Remarcar aquellos aspectos positivos que las personas mayores pueden aportar. Ayudar a visualizar esta etapa de una manera virtuosa. Educar en la solidaridad intergeneracional, plantear que probablemente todos llegaremos a estas etapas de la vida y necesitaremos también ayuda por parte de los más jóvenes y activos. Este tipo de sensibilización y educación de la comunidad no es menor y puede impactar favorablemente en la vida cotidiana de las personas mayores.

Estos cambios son posibles. Si bien no todos son fáciles de implementar (para algunos debe haber decisión política para poder llevarlos a cabo). De hecho, algunas de las propuestas existen y solo habría que adaptarlas a nuestras situaciones socioeconómicas. Pero hay otro tipo de vulnerabilidades que todavía son más difíciles de erradicar. Por ejemplo, la capa de vulnerabilidad vincular o emocional. Es muy difícil modificar los modelos familiares, los divorcios, los cambios, nuevas parejas, así como también la dependencia emocional. Sin embargo, respecto de esta última, identificar los diferentes estratos de vulnerabilidad implica poder pensar en salvaguardas, en protecciones adecuadas. Por ejemplo, en los casos de maltrato,

algo muy frecuente hacia las personas mayores, es importante poder contar con líneas de teléfono de denuncia, una contención social adecuada y una asistencia rápida para estas situaciones.

De igual manera, habría que implementar políticas públicas que tengan en cuenta el fenómeno de feminización de la vejez y sus diferentes manifestaciones. Estudiar de qué manera evitar sobrecargar a las mujeres mayores, brindar mejores pensiones, etc. De ahí que sea fundamental rescatar el concepto de vulnerabilidad y no perderlo ni quitarle la riqueza que tiene para poder proteger de manera adecuada a estas poblaciones.

Minimizando vulnerabilidades en el ámbito sanitario

En el ámbito sanitario también deben identificarse las diferentes capas que están interactuando en la misma situación y buscar los medios para proteger a la persona de estas, erradicarlas o al menos minimizarlas. Por ejemplo, en el caso del paciente crónico, quizás con un buen seguimiento médico sea suficiente para cubrir los problemas de salud, debe haber en estos casos estrategias preventivas para mantener al anciano independiente. Si la persona puede manejarse por sí sola, igual debe prepararse la casa para evitar accidentes que son triviales en un comienzo pero luego pueden tener un mal desarrollo y desestabilizar completamente al anciano (percances que comienzan con una simple fractura pueden terminar llevando a la muerte), por lo tanto, se debe estar preparado para poner protecciones y sistemas de alarma. También debe estar disponible un sistema de cuidadores o enfermeras que permita a estas personas sentirse cuidados y cómodos y que también alivie a la familia, no recayendo en ellas la carga del cuidado obligado sino el de aquel que se realiza por el deseo de estar y ayudar al ser querido. Esto generalmente trae cierto alivio psicológico y mejora el vínculo familiar (otras de las capas de vulnerabilidad identificadas).

En el caso de la internación domiciliaria, el tema de la vulnerabilidad se vuelve mucho más pesado y dramático porque la persona ya no puede valerse por sí misma y necesariamente requiere cuidados continuos. En general, por ejemplo, en la Argentina, sobre todo los sistemas de salud pública y privada se ausentan dejando a la familia con la angustia y la responsabilidad de cuidar a ese ser querido los últimos días. Esto no debería ser algo impuesto, como termina siendo cuando el sistema de salud evita hacerse cargo. Para poder lograr buenas internaciones domiciliarias, debería aceptarse el respaldo médico e institucional con el ámbito informal familiar que es el que finalmente se hace cargo del cuidado. Este tipo de internación debería

estar estrechamente vinculada con el sistema sanitario formal, colaborando y organizando la atención.

La internación en cuidados intensivos, aunque necesaria en algunos casos, es con frecuencia mal indicada y pudiendo resultar iatrogénica para el enfermo y una dilapidación de recursos para parte del sistema sanitario. No se trata de un fenómeno novedoso, ya hace años que médicos y bioeticistas señalan la importancia de hacer derivaciones adecuadas. Habrá, entonces, que continuar educando a los médicos para que eviten la tentación de estas indicaciones inapropiadas. Muchas veces, esto es instigado por la familia que no se resigna a que su familiar no sobreviva y pide o exige que se haga todo lo posible... aun si esto no es médicamente lo adecuado. Subyace a este planteo la dicotomía entre calidad y cantidad de vida, así como cierta conceptualización de la vejez. La concepción que ahora la cantidad de vida sostiene una medicina agresiva e invasiva para ganar preciosos momentos, horas o días de vida. La concepción que sostiene una vida con calidad y considera la vejez como una etapa vital que naturalmente llevará a la muerte evita ciertas terapias extremas si estas si estas discapacitan demasiado, estableciendo límites. Ya que no todo lo que sea técnica o médicamente posible es lo adecuado para esa persona²⁶.

Una forma de avanzar en estas cuestiones y evitar introducir estratos de vulnerabilidad, nuevamente es mediante la educación de la población, brindando información, explicando la iatrogenia que a veces puede generar una terapia intensiva cuando no es la indicación adecuada, los costos que implica para una sociedad que no tiene recursos ilimitados, los padecimientos que pueden estar involucrados en los últimos días de vida... Y, así como hay que educar a los médicos que son los que proveen, también hay que educar a la familia (o sea a la comunidad) que es la que demanda quizás desde la ignorancia o visiones equivocadas. Quedarán, luego de tales campañas, debates y sensibilizaciones, los núcleos de decisión más personales con respecto a cómo vivir la propia muerte, pero estos deberían, al menos, haber sido cribados por cierta reflexión e información.

En relación con el tipo de cuidado que se ha de brindar en internación hospitalaria o en el hogar, el trabajo de los servicios de cuidados paliativos es fundamental. Estos son servicios especialmente diseñados para tratar las enfermedades avanzadas y/o amenazantes de la vida. Los paliativistas formulan un planteo integral, interdis-

²⁶ No entraré en toda esta discusión que llevaría a escribir otro artículo.

ciplinario que cubre no solo a los pacientes, sino también a la familia que puede estar también en proceso de duelo y dolor. De la misma manera holística que se trata a las personas con diversas patologías en el final de la vida (considerando los diferentes aspectos, desde lo físico hasta lo psicológico) también debería tratarse a muchos pacientes ancianos aunque todavía no estén en esa etapa. El tipo de planteo y mirada de los cuidados paliativos (basado más en la comodidad y bienestar del paciente que en su curación) debería hacerse extensivo a estos casos todavía no finales abarcando situaciones domiciliarias o de hospitalización (las terapias intensivas deberían ser solo un recurso para condiciones que lo ameriten (no para depositar a los ancianos en estas unidades porque no hay un servicio adecuado para tratarlos). Las hospitalizaciones, en general, deberían estar diseñadas con una mirada “paliativista” trabajando con el paciente y la familia, con médicos y especialistas, pero también con psicólogos y equipos que puedan acompañar, mejorar la calidad de vida y controlar el dolor y la impotencia que genera un paso traumático hacia la vejez y el final de la vida. En este sentido, esta propuesta está en línea con la Resolución de 2014 de la Asamblea Mundial de la Salud (World Health Assembly) de la Organización Mundial de la Salud. En ella, se resolvió tomar los cuidados paliativos como un componente de un cuidado comprehensivo durante el curso de vida. Esto implica políticas que respalden este tipo de medicina y servicios en el ámbito no solo público, sino también privado.

Conclusión

Como se puede observar, el envejecimiento de la sociedad y la vejez plantean innumerables desafíos. Establecer el rótulo de que son una población vulnerable no parece dar cuenta del complejo y sutil problema involucrado. Como se ha tratado de argumentar, se trata de una multiplicidad de capas de vulnerabilidad que se potencian. No tiene sentido hablar meramente de la vulnerabilidad de las personas mayores..., tiene mucho más riqueza pensar en las diferentes capas de vulnerabilidad que operan y cómo se deberían minimizar. Así, si se quieren implementar políticas públicas adecuadas, lo primero que se debe hacer es poder identificar las capas de vulnerabilidad para luego diseñar políticas públicas que traten de erradicarlas... Si se trabaja de esta manera, se abren múltiples dimensiones y políticas que es necesario abordar: desde campañas de concientización, modificaciones sociales, nuevos convenios y acuerdos legales hasta cambios de infraestructura, habitacionales y arquitectónicos. En este artículo solo se sugieren algunas posibilidades para comenzar a pensar en este profundo problema, pues, probablemente, casi todos nos enfrentemos, más tarde o más temprano, con algunas de estas situaciones.