

**CONSEJO NACIONAL DE LA PERSONA ADULTA MAYOR
CONAPAM
Presidencia de la República**



**Propuesta
Programa Nacional para la Atención Integral de la Persona Adulta
Mayor Abusada y / o Abandonada, desde el enfoque del
Envejecimiento Activo**

**Documento elaborado por:
MsC. Sandra Jiménez Rodríguez
Gerontóloga Social**

Costa Rica, 2004

“Para la institucionalidad abordar la violencia no puede limitarse al desarrollo de programas y servicios, sino que pasa obligatoriamente por la revisión permanente de sus prácticas y actitudes cotidianas para evitar reproducir patrones dominantes de ejercicio de poder que nuevamente, esta vez desde el Estado, nieguen a las personas el control sobre sus vidas”.

Tabla de Contenidos

- I. Portada y Lista de instituciones y personas participantes en el proceso de elaboración del Programa
- II. Presentación
- III. Antecedentes
- IV. Marco de Referencia Conceptual Específico para el Desarrollo del Programa Nacional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor Abusada y/o Abandonada

4.1 Paradigmas Acerca del Envejecimiento

- Aspectos Socio-Demográficos
- El Enfoque Social del Envejecimiento
- Escenarios Sociales, productores de dilemas
- El Envejecimiento Activo, un enfoque de salud de participación y seguridad
- Determinantes del Envejecimiento
- Los Principios del Envejecimiento Activo, enfoque que sustenta el Programa Nacional Integral para la Atención de la Persona Adulta Mayor Agredida y/o Abusada:
- El apoyo Social, Formal e Informal

4.2 Conceptos y Teorías acerca del abuso en las personas mayores, que sustentan la Intervención Integral

- Cuidados en la Vejez, la tensión familiar
- Entendiendo el Abuso a la Persona Mayor al Interior de la Familia
- El Abuso Institucional
- Factores Biosicosociales Asociados al Abuso
- Explicaciones Teóricas del Abuso a las Personas Mayores
 - El Modelo Situacional
 - La Teoría del Intercambio Social
 - El Interaccionismo Simbólico
 - Asuntos Fundamentales no Resueltos de la Teoría Desarrollo y Prueba
 - Principios para detener el abuso o maltrato
- Glosario de Términos

4.3 Políticas de Salud y de la atención de la Violencia Intrafamiliar: Marco Institucional

- Aspectos Introdutorios
- Políticas de Salud
- El Ministerio de Salud
- La Caja Costarricense del Seguro Social
- El Consejo Nacional de la persona Adulta Mayor
- Instituto Nacional de la Mujer
- Acciones generales que se realizan en las diversas instituciones para combatir la VIF

V. Componente Normativo en que se apoya la Propuesta

VI: Propuesta Estratégica del Programa Nacional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor Abusada y/o Abandonada

6.1 Principios Orientadores

- Aspectos Filosóficos

6.2 Carácter del proceso de intervención integral del abuso y/o abandono desde el Sistema interinstitucional, intersectorial, local, regional, nacional

6.3 Formulación de las Estrategias

- Misión-Visión
- Objetivos Generales
- Oportunidades-amenazas, fortalezas-debilidades
- Estrategias
- Resultados Esperados
- Seguimiento y Evaluación

VII. Propuesta para la operacionalización del Programa Nacional para La Atención Integral de Persona Adulta Mayor Abusada y/o Abandonada

- Acciones a ejecutar según los diferentes niveles técnico administrativos del PLANNOVI y desde la especificidad de la población

VII: Anexos

- Perfil de las personas adultas mayores en condición de abuso y/o maltrato y abandono
- Esquema Diagnóstico de la situación de abuso
- Propuesta de intervención del abuso en personas mayores

VIII. Bibliografía

II. Presentación

El presente documento es el producto de una metodología de trabajo en la cual se complementan la experiencia, los conocimientos en materia de vejez y abuso hacia las personas mayores, las acciones de coordinación interinstitucional por medio de la participación de funcionarias(os) de las diversas instituciones que integran el SINATEC¹, y el apoyo en todo el proceso, del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, CONAPAM, que como Institución Rectora tiene el mandato de formular y orientar las políticas, planes y programas nacionales en todo lo relacionado con el envejecimiento y atención de la población mayor costarricense. Como principales objetivos el documento tiene:

- Dar a conocer la problemática del abuso en las personas mayores, la cual es aún desapercibida no sólo para muchos sectores de la población, sino para aquellas personas que son responsables de la planificación, la formación del recurso humano y de los servicios de atención, entre otras; para evidenciar no sólo el daño físico y moral que sufre una parte importante de esta población, sino las situaciones psicosociales y económicas que las afectan y que pueden predisponer las conductas abusivas. Y
- Presentar la “Propuesta de Atención Integral del Abuso y/o Abandono en contra de las Personas Adultas Mayores”, que incorpora las estrategias y acciones a desarrollar dentro del Marco del Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar y de la especificidad de la Atención del Abuso a las Personas Adultas Mayores, que a la vez se sustenta en las Políticas de Vejez y el Marco Legal. En este aspecto, apoyados por los diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales, con el fin de constituir un solo frente de lucha para hacer valer los derechos de las Personas Mayores, especialmente, a vivir libres de la violencia en todas sus formas; debido a que estas formas atentan contra la vida, el bienestar personal, la seguridad y en general en la calidad de vida de quienes la sufren.
- Hacer énfasis en el análisis perceptivo que las personas tienen de la realidad o de una parte de ella, ya que la percepción es un reflejo de la realidad, con el fin de tener un argumento a favor de la validez de las estrategias de acción del Programa,

La Propuesta incorpora para orientar sus estrategias, aspectos que son medulares en la atención de las personas mayores, entre ellos se mencionan, el:

Reconocer que aunque las personas mayores pueden ser vulnerables por múltiples factores, el tener en cuenta esta situación al momento de formular diversas medidas, no debe ser excusa para tratarlas en forma diferente, para infantilizarlas o subestimarlas. En este sentido siempre debe prevalecer la idea de que aunque a la palabra “apoyo” hay que darle contenido, las acciones que se enuncien precisan de que sean dirigidas a fomentar una vida de independencia y autonomía, lo cual se constituye en la meta principal de cualquier gestión que se plantee, tanto a nivel social como familiar.

De ahí que el Marco Conceptual que sustenta la formulación del Programa Nacional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor Abusada y/o Abandonada, es el propuesto por los Principios del Envejecimiento Activo, planteados por la Organización Mundial de la Salud.

Que aunque la familia debe continuar como la principal fuente de apoyo, en la actualidad las personas mayores requieren de mucho más que sólo el apoyo familiar. El escenario social en que

¹ Es el Sistema Nacional Técnico, que integran instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Creado por el CONAPAM, con el fin de que asesore y apoye a la Dirección Ejecutiva y al Consejo en las tareas de formulación de políticas, elaboración de iniciativas y recomendaciones; también creó la Comisión Especial para estudiar y recomendar todo lo concerniente a la situación de abuso y/ o abandono de las personas mayores costarricenses.

se desenvuelven, obliga a que se planifiquen acciones acordes con la realidad cambiante, en las cuáles, ellas (las personas mayores), tengan plena participación y con las que se pueda generar no sólo el bienestar personal, sino el familiar. Con propuestas estratégicas que permitan liberar a la familia de cierto grado de tensión. Estas acciones para que sean eficaces, deben tener un impacto real en la vida de las personas mayores, en cómo ellos y ellas quieren vivir y con quién quieren vivir, no obstante tengan limitaciones físicas o mentales.

Que la solución de los dilemas y en este caso el maltrato hacia las personas mayores, compromete a todos los sectores sociales, por lo que lo se consideran como medidas urgentes :

- El fortalecimiento de la Red Social (un entramado de relaciones e interacciones sociales) de Apoyo, para lograr igualdad y reducción de diferencias, por medio de acciones reales y duraderas hacia la población mayor. Es necesario vincular la “Red Primaria”, las “Redes Secundarias” y las “Redes Institucionales”. De cómo estas tres áreas se relacionen va a depender la eficacia y la eficiencia colectiva para resolver una situación como la del abuso a las personas mayores.
- El fortalecimiento de los servicios sociales ya existentes, especialmente de aquellos que estrechan los lazos familiares, y la creación de otros que observen lo estipulado en los Principios del Envejecimiento Activo, con el objetivo de considerar más que las necesidades de las personas mayores, sus derechos. Para lograrlo, se debe contar con el decidido respaldo de quienes tienen en sus manos la toma de decisiones; y con el compromiso de la comunidad.
- Lograr el apoyo de todas las Municipalidades del país, por considerar que estas instituciones pueden convocar y comprometer a todos los actores sociales con éxito. Debido a que el ámbito municipal es el espacio de concertación entre instituciones, beneficiarios(as), autoridades civiles. Es el lugar apropiado para atender y resolver conflictos, redistribuir poder y pactar propuestas de beneficio social. Desde el nivel local se pueden conducir las acciones para prevenir y reducir el abuso y/o abandono hacia las personas adultas mayores

El Programa Nacional Integral para la Atención de la Persona Adulta Mayor Abusada y/o Abandonada se ejecutará en estrecha relación, con el apoyo y la participación de todas las instituciones públicas y privadas y demás organizaciones de la sociedad civil que trabajan con la persona adulta mayor. Sólo de esta forma se garantizará un enfoque integral, participativo y con calidad, tal y como está definido en la Política Vigente en Materia de vejez.

En lo referente a la Política Vigente para la Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, el Programa el cual será coordinado por el CONAPAM, coordinación que integra los procesos de dirección y control, se enmarca como un Componente del Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, para no tener un accionar separado sino articulado al conjunto de instituciones que desde una especificidad trabajan coordinadamente por vencer la violencia en todas sus formas. Por tanto se desarrollará desde los niveles de intervención definidos en el PLANNOVI, las cuatro áreas de acción que modulan y garantizan una atención integral, Detección, Atención a las Personas, Prevención y Promoción, Acceso a Recursos de Apoyo.

En consideración a lo anterior y como se plantea en el Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar “²existe el reto de desplegar una acción efectiva y eficaz de coordinación institucional,; así como establecer líneas de responsabilidad directa (rotativa o estable) en las acciones de coordinación.”

² Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar. PLANNOVI. Plan Operativo 1996-1998. Costa Rica

Por lo consiguiente la coordinación para implementar el Programa, es una acción que debe conducirse sistemáticamente, ser efectiva y eficaz, debido a que debe partir de lo que se enuncia en:

La Política plasmada en el Plan Nacional de Atención a la Violencia Intrafamiliar, cuyo objetivo “Es atender las necesidades de las personas afectadas y trabajar por la erradicación de la violencia que cumple con cuatro requisitos básicos: Orientada a la equidad de género y al adelanto de las mujeres, con cobertura nacional, con compromisos de acción coordinados entre el conjunto de instituciones públicas involucradas, y concertada y con participación del sector público, privado, no gubernamental y comunitario.” También el mandato de “ampliar el marco conceptual en lo referente a la atención del abuso hacia las personas adultas mayores, para que las respuestas públicas en esta materia sean sensibles a los requerimientos de esta población.”

Y la Política en Materia de Vejez, cuyo mandato es que “La atención a este creciente sector poblacional, debe partir de una conceptualización amplia e integral de los problemas que presentan, así como que se reconozcan los diferentes aspectos involucrados, puesto que el envejecimiento es un proceso multidimensional estrechamente determinado por las características del contexto histórico-social-cultural, por lo que la atención a los problemas que se generan en el mismo, deben ser atendidos en una amplia dimensión. Que deben establecerse ejes de intervención y objetivos estratégicos a partir de los derechos y prioridades identificadas, los cuales no pueden estar segregados o desarticulados del resto de las políticas sociales; todo lo contrario deben construirse acuerdos para que en conjunto con la sociedad se consideren como un nuevo campo de actividad del sector social.”³

“Considerar también, acerca del reconocimiento de la situación diferencial en que se encuentra la población mayor, a nivel socioeconómico, ubicación geográfica, condición de género y estado funcional, para establecer las acciones de atención”.

En lo referente al abuso, maltrato o negligencia hacia las personas mayores, es necesario comprender que aunque ésta es una situación que se da en mayor medida en el contexto familiar, existen diferencias teóricas y metodológicas en cuanto a porqué ocurre, como ocurre y como tratarla, con respecto a los otros grupos afectados por la violencia intrafamiliar (mujeres y niñas(os)); que asimismo deben ser valoradas para llevar un proceso de atención integral acorde con lo específico del tema.

Se debe estar receptivo en cuanto a lo que ocurre con las relaciones familiares en las últimas etapas de la vida y aceptar que en ellas puede coexistir tanto un aspecto positivo como uno negativo; de que hay mayor vulnerabilidad en este grupo etáreo, debido a las complicaciones de la salud física (que deterioren la capacidad funcional) y mental (un mayor número de personas con Alzheimer y otro tipo de demencia), que pueden padecer, lo que produce mayor dependencia en las personas mayores de sus familiares y otras personas que asumen los cuidados, “lo que moviliza poderosas emociones positivas y negativas en quienes cuidan y en quienes deben ser cuidadas, y que afectan a sus interacciones”⁴.

Y con el riesgo de que situaciones que son provocadas por actos abusivos se confundan con aspectos normales del envejecer o con problemas de salud

Otro aspecto de considerar es donde viven las personas mayores, puesto que algunas son institucionalizadas, o viven con personas no familiares o solas y pueden sufrir de abuso o malos tratos.

Si bien los malos tratos que sufre la gente mayor son el resultado de la interacción dinámica entre los valores, prioridades y metas de las personas, las familias y la sociedad. Debe prestarse

³ Política Nacional para la atención de la Persona Adulta Mayor. Plan de Acción 2002-2006. Costa Rica

⁴ Decalmer Peter; Glendenning Frank. El Maltrato a las Personas Mayores. Editorial Paidós. 2000

atención a aquellos factores que aunque no causan los malos tratos, si contribuyen a que sean posibles: pobreza, desempleo, falta de recursos sociales, ciclos intrafamiliares de malos tratos, placer personal entre otros.

Se ha dado a partir de las investigaciones, un paralelismo peligroso entre el abuso a las personas mayores y el abuso infantil, pero también se ha establecido que las personas de edad tienen unas estructuras de relación con sus agresores muy diferentes a las de las niñas(os)

Se ha afirmado también que el abuso hacia las personas mayores no es otra cosa que una situación de malos tratos entre cónyuges que se han prolongado durante largos años.

Finalmente, Wolf y Pillemer⁵, llegaron a la convicción de que son necesarias investigaciones que profundicen en esta situación, pero recomendaron que existe la necesidad de desarrollar programas específicos para atender el maltrato a las personas mayores, que ofrezcan servicios directos y que haya una muy buena coordinación entre las diferentes instituciones que pueden apoyar la gestión.

Es por lo anterior que debe orientarse un trabajo cooperativo, que puede estar lleno de dificultades tales como el intento de unir los diferentes objetivos institucionales, las condiciones laborales, las actitudes profesionales, pero al que se le debe prestar suficiente atención, en especial para la implementación de la atención comunitaria.

Al tratar de unir diferentes objetivos institucionales, no debe perderse de vista que aunque exista una estructura a nivel nacional que atiende la Violencia Intrafamiliar, la misma no es suficiente y corre el riesgo de saturarse aún más, especialmente al atender una población que como la mayor requiere de actuaciones que van más allá de la detección y atención del abuso, debido precisamente a la vulnerabilidad y fragilidad que se encuentra en muchos de los casos, en los que el abuso se asocia con pérdida de salud, soledad, aislamiento, pobreza, carencia de vivienda, carencia de apoyo, entre otras.

En este sentido, se plantean alternativas estratégicas que van en la dirección de aunar esfuerzos, (considerando la especificidad) institucionales en lo referente a:

Las áreas de prevención y promoción, en el fortalecimiento, creación y reestructuración de servicios de apoyo, que son la base fundamental para el mantenimiento de la calidad de vida de las personas de edad y para atender integralmente el abuso en esta población. Correspondiéndole al CONAPAM movilizar recursos en esta dirección.

En la creación de una estructura que funcione en la comunidad, desde una red (formal e informal) coordinada por los Gobiernos Locales y recibiendo el apoyo y la asesoría del CONAPAM; desde la cual se de un monitoreo sustancial de las necesidades que enfrentan las personas mayores para su resolución, y que a su vez promueva la creación de comités cercanos a los vecindarios, con personas que estén debidamente entrenadas para detectar y denunciar el abuso y/o maltrato de las personas mayores en una instancia única, que actúe en la municipalidad y que sea la que active las diferentes acciones previamente normadas desde el Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar y desde el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.

Como se puede observar en el esquema (figura1), en la composición del Sistema PLANOVI, la Sociedad Civil está representada por organizaciones no gubernamentales, que han trabajado activamente por lograr cambios en la cultura costarricense, apoyando estrategias de prevención, promoción y atención para los grupos poblacionales que apoyan, CEFEMINA trabajando por la mujer, lo mismo que la Alianza de Mujeres; PANIAMOR por la niñez.

⁵ Pillemer, K. A. y Wolf, R. S. (comps), Elder Abuse: Conflict en the Family, Dover Mass, : Auburn House Publishing Co, 1989

En este sentido, la coyuntura actual en lo referente a la creación de Leyes, (el Código de la Vejez, en revisión de las instancias correspondientes), Políticas en Vejez, del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, y la necesidad de gestar cambios importantes para este grupo de población; en conjunto, permiten plantear alternativas en procura de una mayor participación de la sociedad pero especialmente de las personas adultas mayores.

Una de ellas es la creación del Sistema Nacional de Apoyo Integral de los Derechos de la Persona Adulta Mayor, contenido en el Código de la Vejez. Al respecto, la conformación del Sistema, establece la Garantía de Apoyo Integral, desde la cual se avalará la protección integral de los derechos de la persona mayor en el diseño de las Políticas Públicas, y la ejecución de programas destinados a su prevención, atención y defensa, por medio de las instituciones gubernamentales y sociales, entre ellas El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor; las instituciones gubernamentales y organizaciones de la Sociedad Civil, representadas ante el Consejo; los Consejos Distritales, Cantonales y la Asamblea Nacional Consultiva de la Persona Adulta Mayor.

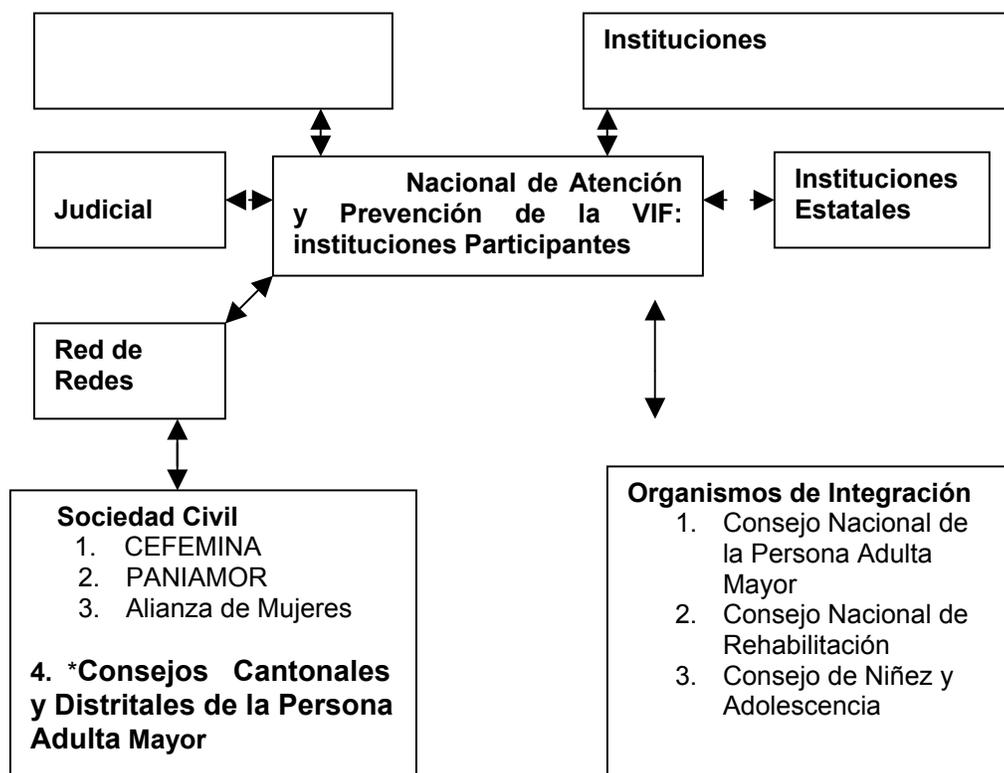
Este Sistema, con sus Consejos representa a la Sociedad Civil y los fines de los mismos que son: la participación del Gobierno Local, de instancias de la comunidad gubernamentales y no gubernamentales, de las personas adultas mayores.

Entre las funciones de los consejos estarán elaborar, apoyar y ejecutar propuestas locales que consideren los principios, fines y objetivos de la normativa relacionada con la persona adulta mayor y que contribuyan a la construcción de la política cantonal entorno a ella.

Desde esta estructura, el Programa Nacional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor Abusada y/o Abandonada, sustentará las estrategias y acciones a desarrollar en materia de abuso y/o abandono, con el propósito de integrar la participación social, fluidez, mayor cobertura y calidad en la atención integral del mismo, con el Enfoque del Envejecimiento activo.

El Programa como un Componente del Sistema PLANNOVI, tendrá su accionar principal a partir de la Sociedad Civil, de una Red que deberá trabajar por la integración y los derechos de las personas adultas mayores (a vivir libres de violencia); mediante la coordinación y el apoyo del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.

El Sistema PLANNOVI, compuesto de la siguiente forma, anexaría un representante más en la Sociedad Civil, la organización "Consejos Cantonales y Distritales de la Persona Adulta Mayor".*



Uno de los mayores logros del Sistema PLANNOVI, es brindar Atención Integral a las personas afectadas por la VIF, desde los diferentes Programas Institucionales y las Redes que integran, por lo que uno de los mayores compromisos que asume el Componente, es trabajar en conjunto con el Sistema para fortalecer todas estas acciones, para que en conjunto logren beneficiar a la población mayor, en especial aquellas que sufren abuso y/o abandono.

Es de resaltar que la Propuesta enfatiza el trabajo a realizar en el enfoque del Envejecimiento Activo, en todas aquellas acciones que promuevan la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización y la dignidad, de las Personas Adultas Mayores, que sean reconocidas y apoyadas.

Finalmente el documento está organizado en cuatro áreas: un marco de referencia conceptual, que contiene todos aquellos aspectos específicos relativos al envejecimiento, y a la atención del abuso de las personas mayores. Así como el Marco Institucional y las Políticas que orientan el quehacer del mismo. El Componente Normativo que sustenta toda acción estratégica a favor de las personas adultas mayores y su protección. La Propuesta Estratégica desde la cual se propone el deber ser del Programa y la Propuesta para la operacionalización del mismo.

En el capítulo de antecedentes se muestran todos aquellos aspectos que han permitido hacer visible el problema de abuso en las personas mayores y que son el fundamento de este Programa.

En el capítulo de anexos, se incluye el perfil de las personas adultas mayores abusadas y abandonadas, con el propósito de que sirva como guía para quienes trabajan en áreas que tienen que ver con la salud y con el tema de la violencia. El esquema diagnóstico y una propuesta de atención del abuso en las personas mayores.

III. Antecedentes

▪ **Cómo se evidencia la situación de abuso en las personas mayores?**

El problema del abuso, maltrato y/o abandono de las Personas Adultas Mayores, se hace visible más notoriamente en la sociedad costarricense, a partir de la década de los 90; cuando se logra conceptualizar el término abuso y se definen las características y los tipos de maltrato que se estaban cometiendo contra este grupo etéreo. Lo anterior a partir de analizar los casos atendidos en el Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, en el Servicio de Trabajo Social, por más de trece años; bajo el concepto de “maltrato” y comparar con los resultados de investigaciones de otros países.

El estudio de análisis de casos⁶, con información de 750 valoraciones sociales⁷ realizadas con un instrumento que integraba indicadores sociales, como situación familiar, económica, de riesgo social, de abandono, maltrato entre otros; en el trienio 1987, 1988, 1989; sirvió para establecer los patrones de la problemática, los cuales se utilizaron como base para estructurar la primera investigación que se realizó en el país acerca del tema en cuestión, y para brindar nuevas alternativas de intervención a quienes estaban siendo afectados(as) por la situación.

A nivel social, en ésta década también, por la gestión de la Dra. Irma Morales de Flores, Directora de la Asociación de Desarrollo Integral Femenino, ASODELFI, se llevaron a cabo diversas actividades que culminaron con la integración del Foro Permanente de Abuso contra el Anciano, en el cual participaron diferentes instituciones y que permitió informar de una problemática que permanecía invisibilizada en la sociedad costarricense.

Del análisis de la información del Estudio de Casos, se comprobó lo siguiente:

De las personas mayores valoradas, el 48,0% tenían una edad comprendida entre los 60 y 79 años, un 52,0% eran mayores de 80 años. El 56,0% eran mujeres y un 44,0% varones. El 2,0% estaban casadas, un 43,0% viudas, y un 19,0% solteras.

El 18,0% eran independientes económicamente, el 18,0% con independencia económica parcial y un 64,0% eran dependientes totales.

El 9,0% de estas personas vivían solas, el 61,0% de aquellas que vivían con un hijo, mostraban patrones de maltrato verbal. El 25,0% vivían con una generación, el 25,0% con 2 generaciones, el 42,0% con 3 generaciones, el 6,0% con 4 generaciones. En todas se encontró el patrón de maltrato verbal.

En lo referente a la familia, un 21,0% manifestó deseos de reubicar a la persona mayor, y en este porcentaje se encontraron patrones de abuso físico y verbal.

El 22,0% tenía conflictos familiares, y presentaba también patrones de abuso físico y verbal.

El 18,0% tenía problemas de alcoholismo en el hogar y estaban presentes los patrones de abuso físico y verbal. Un 2,0% tenía problemas de drogas en el hogar y patrones de abuso físico y verbal.

⁶ Gilliland N. Jiménez Rodríguez. Elder Abuse in Developed and Developing Societies. The US and Costa Rica. Journal of Developing Societies, Vol. XII 1. 1996

⁷Datos, provenientes de observaciones, entrevistas, visitas domiciliarias, para caracterizar la población atendida.

Como importante evidencia de los datos obtenidos en las valoraciones sociales, está el hecho de que los mismos emanaron de un instrumento que no fue diseñado especialmente para obtener información acerca del abuso; sino para valorar y diagnosticar la situación de riesgo social en general, en los casos atendidos

Además, es observable el aumento de los casos de violencia, detectados por el personal de los servicios de salud, que brindan atención a las personas mayores. Y es un número que probablemente aumentaría si se realizara una mayor detección, y si los mismos fueran documentados en un sistema de producción de estadísticas en las instituciones que atienden la problemática.

En este sentido, una mayor detección sería posible si se prestara mayor atención a las condiciones físicas, psicológicas y sociales que presentan un buen número de personas mayores abusadas. Las cuáles pasan desapercibidas o son tratadas, como situaciones propias o resultado del proceso de envejecimiento y no como evidencias o signos de violencia.

Lo que mostró el análisis de esta información, fue la necesidad de realizar investigaciones sobre el abuso, y en este sentido los patrones identificados⁸ en el estudio de casos de personas víctimas de maltrato y negligencia en el hogar⁹, han servido de base para el entendimiento de una problemática poco conocida, y que debe ser estudiada y atendida desde las características propias de la sociedad costarricense.

Antecedentes de la atención integral, con la experiencia del Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado¹⁰. CEINAA, en el Hospital Nacional de Geriátría. Dr. Blanco Cervantes.

El CEINAA fue el primer comité a nivel nacional que atendió de manera integral la problemática del abuso. En su conformación contó con el apoyo de la Lic. Ana Virginia Quesada, Jefa de Trabajo Social del Hospital Nacional de Niños y coordinadora del Comité del Niño(a) Agredido(a) de ese Centro.

Integrado en 1996, (a partir de que se logró obtener datos reveladores de una investigación acerca de la problemática del abuso, en usuarios(as) del Hospital¹¹), el CEINAA contó con profesionales de diferentes disciplinas, Trabajo Social, Psicología, Geriátría, Enfermería y Derecho. Todas apoyan el proceso de formación de manera voluntaria y por recargo de funciones.

El objetivo principal del mismo es brindar atención integral (social, legal, psicológica y biológica) a las personas adultas mayores víctimas de violencia doméstica, con el propósito de disminuir los factores de riesgo que la desencadenan y tratarla de manera que se consideren las condiciones y calidad de vida de esta población.

El Comité atiende a personas mayores que cuenten con expediente de salud en el Hospital Dr. Blanco Cervantes y aquellas referidas de clínicas y hospitales para atención especializada.

Logros del Comité CEINAA

- Aprobación para el funcionamiento del mismo, como equipo especializado desde enero de 1997 por la Gerencia Médica de la Caja Costarricense del Seguro Social

⁸ Algunos ejemplos de estos patrones se muestran en anexos de este documento.

⁹ Jiménez Rodríguez, Sandra, Estudio de Casos, 1998, Hospital Nacional de Geriátría Dr. Blanco Cervantes, Trabajo Social

¹⁰ Martínez Muñoz, J Aspectos Generales del Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y abandonado. Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Blanco Cervantes. 1996-2003.

¹¹ Jiménez Rodríguez, S. Las Personas Mayores y el Abuso. Estudio realizado en el Hospital Nacional de Geriátría, Dr. Blanco Cervantes. Costa Rica. 1998

- Apoyo de la Dirección y Administración del Hospital, para su funcionamiento
- Se consolida su conformación a nivel interdisciplinario, contando con la participación de:
 - 2 Trabajadoras Sociales
 - 2 Médicos Geriatras
 - 1 Psicólogo
 - 1 Enfermera
 - 1 Profesional en Derecho
- Elaboración de normas y funciones del Equipo y profesionales por disciplina
- Procesos de capacitación intra hospital y a nivel comunal
- Educación a profesionales para el trabajo en VIF con personas mayores
- Apoyo en la creación de normas nacionales para la atención de las y los mayores
- Registro estadístico de la VIF en personas mayores
- Ruta crítica de la VIF con personas mayores
- Ruta crítica de la VIF
- Protocolos de la atención social en VIF
- Protocolos de la atención Sicológica VIF
- Protocolos de Enfermería VIF
- Protocolo de Geriatria VIF
- Protocolo de Área Legal
- Protocolo Integral CEINAA

Impacto de la labor del Comité

- Informes integrales y notificaciones familiares de responsabilidad y acuerdo de cuidado que son requeridos en los Juzgados de Familia y VIF para la resolución de Medidas de Protección, a favor de la víctima mayor.
- Durante el año 2003 se realizan procesos de asesoría y orientación sobre atención de VIF a otras unidades de Trabajo Social de la CCSS (vía telefónica y por fax), en promedio dos consultas diarias
- La capacitación se extiende a otros centros de atención donde los Equipos de Salud atienden personas mayores con factores de riesgo de VIF (clínicas, hospitales y áreas de salud del área metropolitana)
- Se diseñan los protocolos de atención general de VIF en la comunidad (clínicas y Áreas de Salud) y las alternativas para referir al III nivel de atención.

Los logros del CEINAA se pueden resumir en los siguientes datos estadísticos generales de los casos de personas adultas mayores atendidas por Violencia Doméstica en sus múltiples formas, desde 1997, cuando inicia el proceso de atención integral y hasta el año 2003 Junio.

Estadísticas

- El Comité ha atendido de 1997 al año 2002, 857 casos, provenientes de la Consulta Externa, Servicios de Hospitalización, Hospital de Día. Con un promedio anual de 171,6 casos, de los cuáles en el 60% de los mismos, las personas mayores tienen 80 años y más. Un 28% corresponde al abuso psicológico, el 19% a la negligencia en la atención, un 18% al maltrato físico, un 16% al abandono, un 15,5% al abuso patrimonial, un 3,5% al abuso sexual. En el grupo de las mujeres, el 80% de las personas agresoras, es un familiar, mayormente hijas o hijos. En el grupo de los hombres víctimas de abuso, el mismo es cometido en el 65% de los casos por un familiar. Durante el año 2003 se valoraron a nivel social 200 casos por presunta violencia y se atendieron en forma interdisciplinaria 96.

Perfil de los Factores de Riesgo encontrados en los casos atendidos:

- Edad: mayor de 70 años
- Sexo: femenino
- Deterioro cognitivo de la persona mayor
- Dependencia funcional física
- Sobrecarga de la persona cuidadora
- Características sospechosas del acompañante
- Alcoholismo u otras drogas en la persona adulta mayor, cuidadora(or) o familiar
- Observar incapacidad mental o intelectual de la persona cuidadora
- Presencia de depresión en la PAM
- Signos de negligencia
- Sospecha de abuso patrimonial
- Historia de VIF
- Signos de abuso físico

En lo referente a otras estadísticas posteriores:

Se puede observar que el problema del abuso está siendo visibilizado aunque no detectado en la magnitud que se debiera. Las denuncias por maltrato, son difíciles de cuantificar, debido especialmente al subregistro y a la inexistencia de un Sistema de Información. No obstante como ya se puntualizó, se tienen datos de investigaciones llevadas a cabo en el país, así como de un estudio de casos, de la Encuesta de Hogares de 1994 y en la “Cuarta Encuesta Nacional sobre las características de los usuarios de los servicios de Consulta Externa CCSS”.

Aunque hasta el momento no se tienen datos provenientes de investigaciones nacionales, un antecedente importante de destacar es que en la Encuesta de Hogares realizada en 1994, en el Módulo para las Personas Mayores; **a la pregunta de si sufrían maltrato físico o verbal**, el 2,2% de la población mayor, contestó que sí. En la Encuesta de Hogares del 97- 98, la misma reveló que el 2% de las personas mayores **“refieren ser maltratadas;”** porcentaje que se mantiene igual entre los 60 y los 69 años, pero que tiende a disminuir ligeramente después de los 70 años. Además es igualmente sufrido por hombres y mujeres.¹²

Ramírez O. 2003; muestra que el abuso en personas mayores varones entre los 60 y 79 años es de 2,1; entre los 80 y más es de 2,5. En mujeres entre los 60 y 79 años es de 2,9 y en las de 80 y más es de 1,9 por ciento.

La Cuarta Encuesta nacional sobre Características de los Usuarios de los Servicios de Consulta Externa CCSS, realizada en el 2002, recabó información acerca del abuso o agresión de que son víctimas los usuarios mayores, a pesar de haber consultado por otras causas. “Según resultados de la misma, se calculó que la tasa de incidencia, que aunque muy probablemente subestime esta situación puede dar una idea de la misma, de 13 de cada mil personas. La mayor incidencia de agresión ocurrió entre las mujeres. Tanto los hombres como las mujeres de 65 o más años, forman parte de los tres grupos etáreos, donde la incidencia de agresión es mayor.”¹³

En cuanto al estudio del abuso en otros países.

Se refiere que en 1975 se publicó en la British Medical Journal (Burston, 1975) y en Modern Geriatrics (Baker 1975), algunas tempranas referencias del abuso a los mayores. Algunas de estas referencias provienen de Inglaterra, pero la mayor actividad científica en los últimos años, ha tenido lugar en los Estados Unidos y se ha extendido al Canadá.

¹² Solano Elizabeth, Población Adulta Mayor en Costa Rica. Principales Características Socioeconómicas y su impacto en los Servicios de Salud, 1997.

¹³ La Salud de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica. Serie OPS. 2003

Países como Noruega, Suiza, Alemania, Japón, Hong Kong y Australia también han reportado estudios de abuso. Estos estudios son investigaciones individuales y no representan acciones gubernamentales, situación que se espera cambie en un futuro, por la inclusión de este tópico para discusión y estudio en el Consejo Europeo.

En la década de los 80 en los Estados Unidos, se dio un aumento en la investigación y atención del abuso en las personas de edad, antes en la década de los 60 se habían iniciado los estudios de abuso contra los niños, y en los 70 del abuso a la mujer, estudiados ambos como formas de violencia familiar.

Dos investigadores estadounidenses Pillmer y Finkelhor en 1988, encontraron que 20 de mil personas mayores son abusados físicamente, 11 de 1000 psicológicamente y 4 de 1000 fueron por negligencia.

En Canadá, Podnieks encontró que 5 de 1000 ancianos sufrían abuso físico, 14 de 1000 con abuso psicológico, 25 de 1000, con abuso financiero y 4 de 1000 con negligencia.

2. Como se comportan los escenarios sociales?

Diagnóstico de la situación de abuso

Problema

Ausencia de un programa nacional, que garantice la atención integral a la población adulta mayor en riesgo o condición de abuso y/o abandono desde la especificidad que requiere.

Un porcentaje aún no claramente identificado de personas adultas mayores, sufren abusos o malos tratos, y estos pasan inadvertidos para el personal de salud, la comunidad y a veces para sus propios familiares. Sin embargo las situaciones de abuso que son detectadas e identificadas por alguna persona, no siempre pueden ser investigadas y tratadas, debido a que faltan métodos, organización y recursos para brindar una pronta atención.

Causas Raíces del problema de abuso y abandono a las personas mayores

Población Adulta Mayor, con una expectativa de vida alta, creciente en número y porcentaje, pero con carencias económicas, de vivienda, de educación, con mayores probabilidades de padecer enfermedades crónicas y perder funcionalidad. Especialmente con una alta necesidad de servicios de apoyo, que en la actualidad son insuficientes y/o no están estructurados para atender las necesidades concretas de esta población. Siendo un grupo con pérdida de posicionamiento social, desconocedora de sus derechos y de la legislación existente.

Familia, familias pobres, con un promedio de cuatro personas por núcleo, con viviendas en condiciones inadecuadas, o viviendo en hacinamiento, con altos índices de violencia intrafamiliar, relaciones conflictivas, alcoholismo, drogas. Con un menor recurso humano de apoyo y que cuando debe asumir tareas de cuidado con la persona mayor, no se encuentra preparado para hacerlo y/o se encuentra sobrecargado. Pérdida de valores al interior de las familias.

Comunidad, desconocedora de la situación de la población mayor, con ausencia de una red formal e informal integrada, para atender las necesidades de las personas mayores y en especial para dar contención a quienes sufren de maltrato. Manejando mitos y estereotipos alrededor de la vejez, con escaso conocimiento del proceso de envejecimiento.

Organización, con un marco nacional de lineamientos, que apoyan una definición para la atención del abuso hacia las personas mayores y en general hacia la violencia intrafamiliar, hay ausencia de un programa integral a nivel nacional para atender la problemática de las personas de edad. Y es indispensable una mayor definición política que apoye estratégica y económicamente un programa de esta naturaleza, debido a que el mismo debe de ir de la mano con la creación y el fortalecimiento de redes de apoyo.

Personas mayores, escasamente empoderadas en la situación y con poca preparación para defender sus derechos.

Institucional, un bajo nivel de coordinación Interinstitucional, carencia de procedimientos, normas y protocolos estandarizados para atender el abuso en las personas mayores.

Recursos, falta de recurso humano calificado, escasa formación en envejecimiento y abuso y/o maltrato de las personas mayores.

Legislación, existen leyes que protegen a las personas mayores y que sancionan la violencia intrafamiliar, pero falta operativizar las leyes, con una normativa técnica jurídica, que alcance a proteger a todas las personas mayores, que sea rápida oportuna y que considere las condiciones biosociales de las personas mayores.

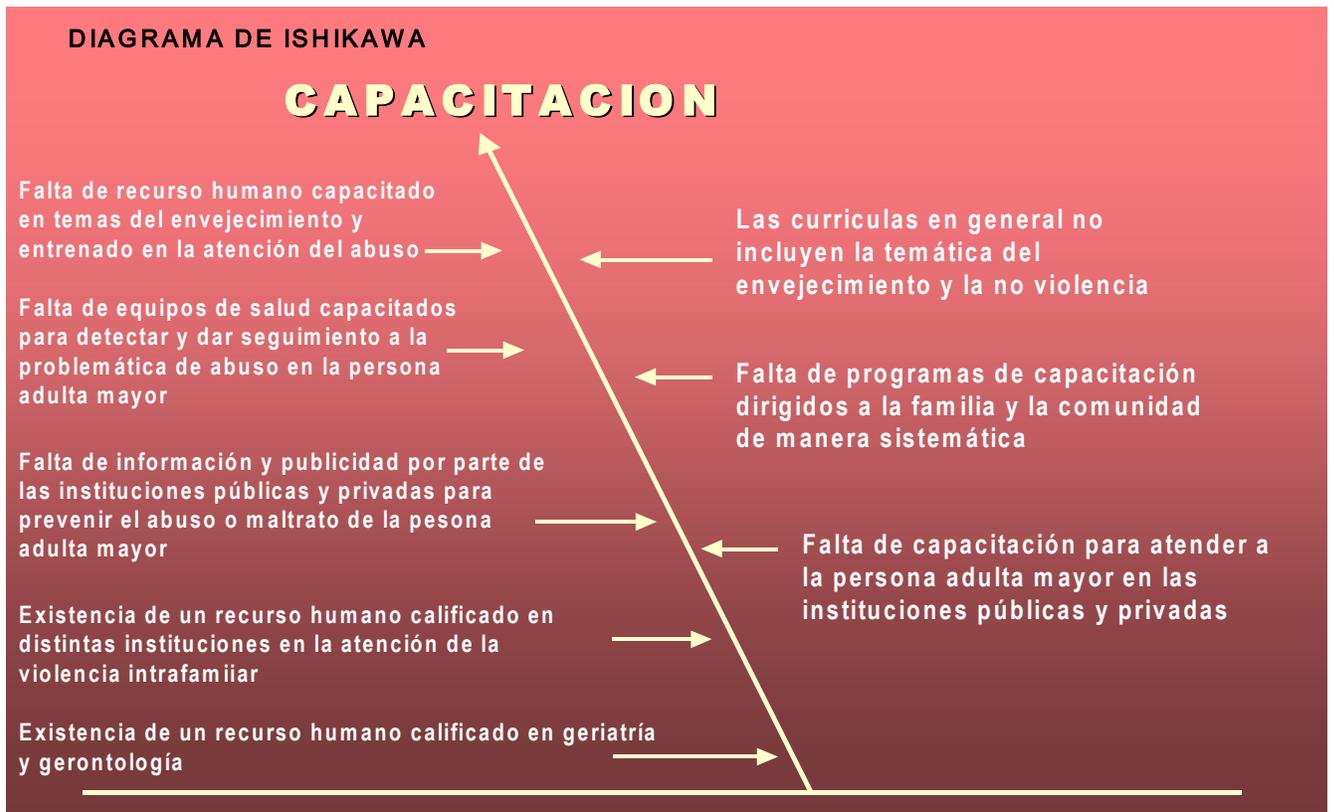
Esquema: “Diagnóstico de la situación de la Persona Mayor en condición de Abuso y Abandono”¹⁴

En el mismo se analizan cuatro ejes, **Capacitación, Beneficiarios, Familia y Comunidad, Estandarización de Normas y Organización**, ejes que por separado y en conjunto muestran las debilidades y fortalezas de la sociedad, para lograr intervenir en la problemática del abuso o maltrato a las personas mayores. Mostrando también la interacción e interrelación de las diferentes variables, lo que puede ayudar a entender la complejidad de esta problemática. Y también los factores o áreas en las que se debe intervenir, desde la totalidad de un Programa Nacional e Integral.

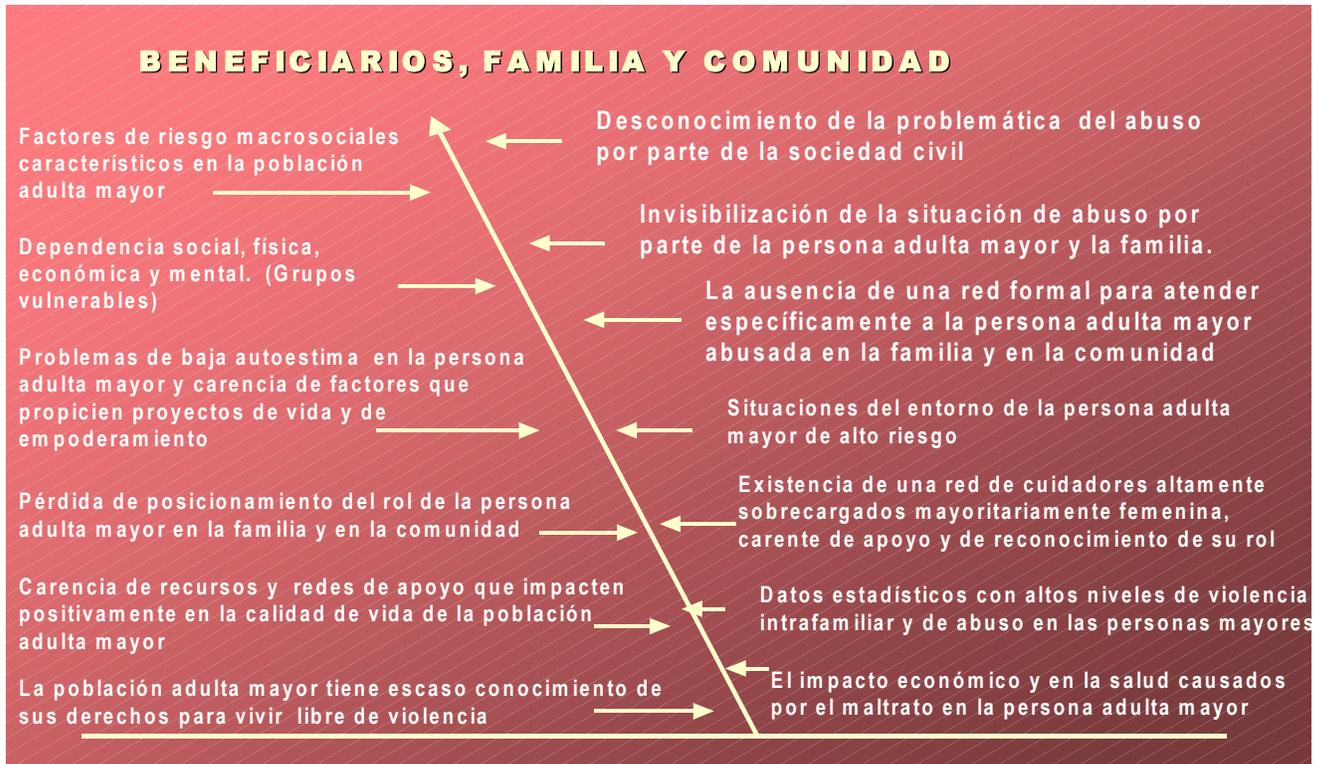
Ejes:

¹⁴ La información contenida en los siguientes diagramas, es producto de la sistematización de la práctica profesional, del conocimiento en el manejo del tema de abuso, de la asistencia a talleres, seminarios, trabajos de grupo, de la autora. Jiménez Rodríguez Sandra. 2003

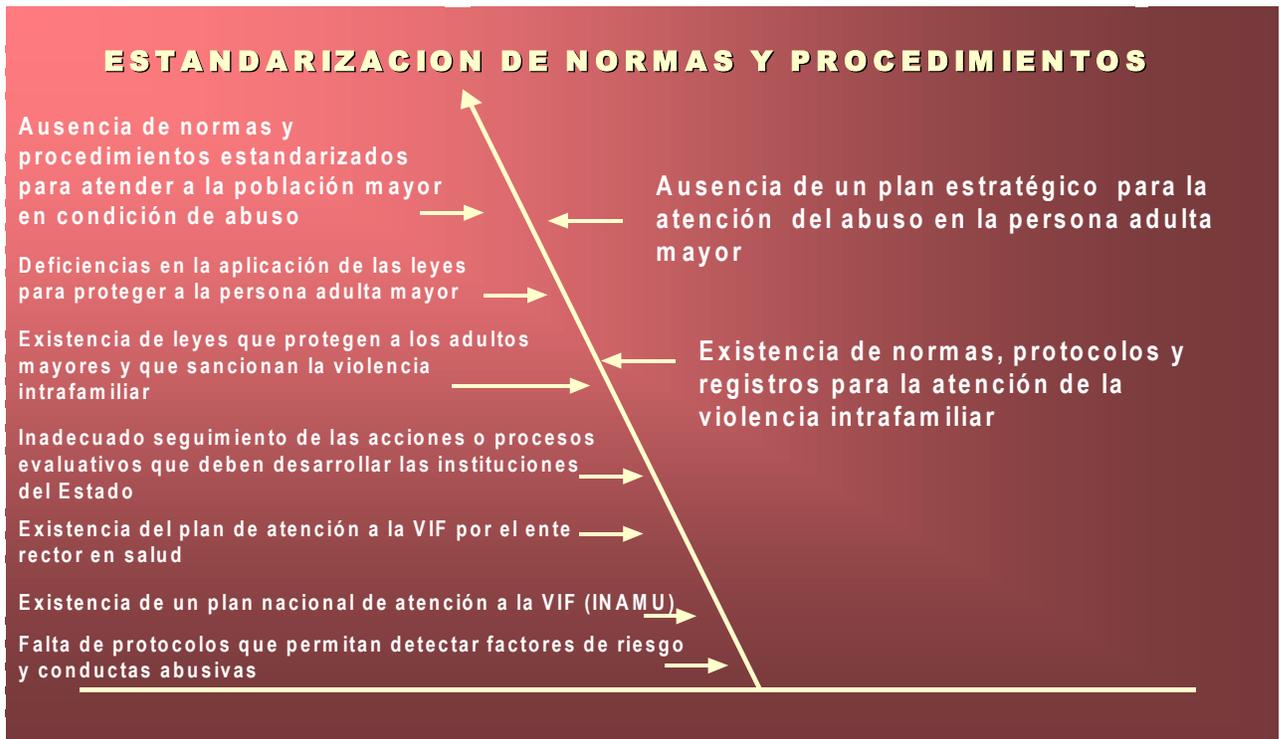
Capacitación



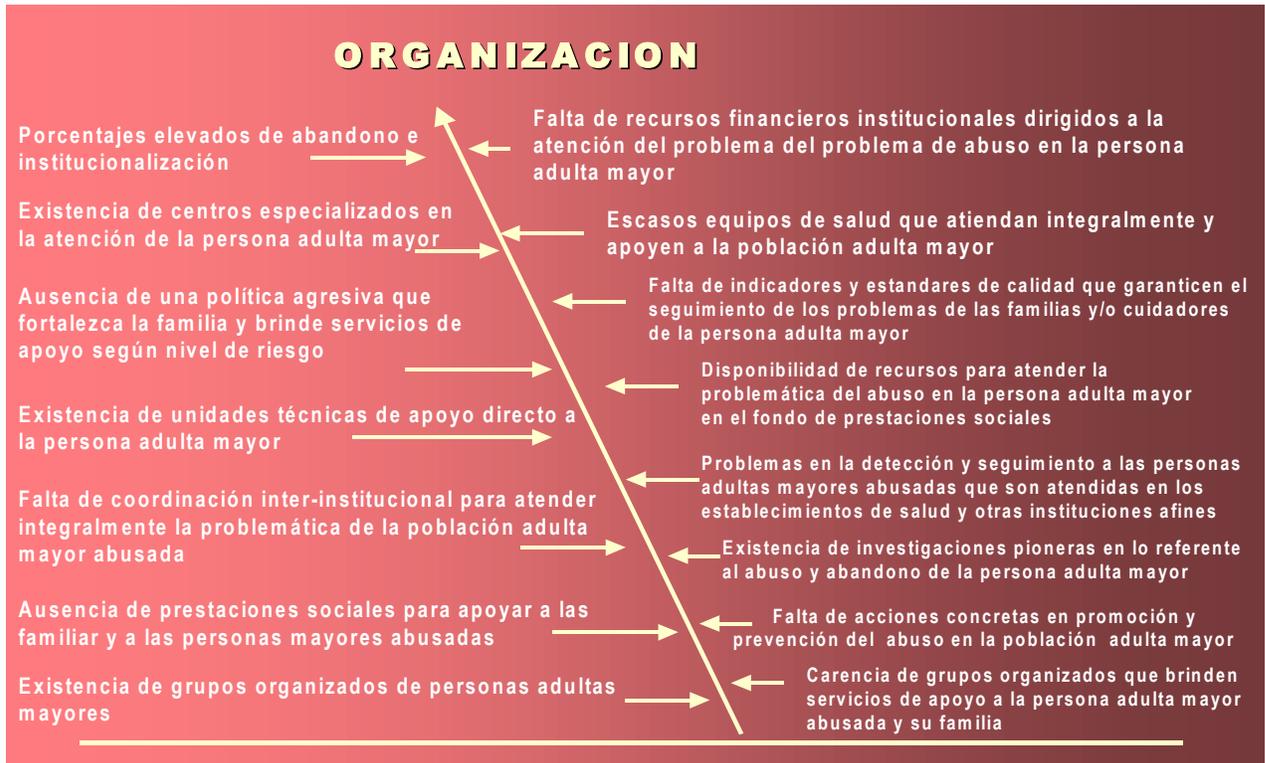
Beneficiarios, Familia y Comunidad



Estandarización de Normas y Procedimientos



Organización



Acciones propuestas a partir del diagnóstico¹⁵

Objetivo:

Formular y coordinar desde el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, CONAPAM, un Programa Nacional de Atención Integral al Abuso, basado en el marco del Sistema PLANOVI, con el enfoque del Envejecimiento Activo, y la especificidad de la atención del abuso a las personas mayores. Considerando los principios éticos, morales, estructurales que fundamenten la propuesta, en la cual se identifiquen líneas de acción prioritarias, según ejes estratégicos, componentes de la intervención establecida por el PLANOVI y las instituciones responsables.

Acciones:

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, es la Institución responsable de conducir la Política Pública para Personas Adultas Mayores. Es el encargado de velar por los derechos y los beneficios de este grupo de la población. Es un órgano de desconcentración máxima adscrito a la Presidencia de la República, y cuenta con personería jurídica instrumental.

En la actualidad esta institución conformó una Comisión Interinstitucional para estudiar la problemática en lo referente a la atención de las personas mayores abusadas y/o abandonadas, que cuenta con el apoyo del SINATEC, Sistema Nacional Técnico, que debe garantizar una adecuada asesoría en materia de envejecimiento y vejez, así como asegurar el cumplimiento de las responsabilidades.

Y es en este sentido que el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, ha venido propiciando y coordinando alternativas interinstitucionales para lograr que se establezca un modelo de atención integral para la persona mayor abusada, para que en un futuro próximo la detección y el tratamiento de esta grave problemática, sean partes de un engranaje mayor, y se lleven a cabo en todos los niveles en que se brinde atención a las personas mayores.

¹⁵ Jiménez, Rojas, Monge, Mora, Sánchez, Martínez. Lineamientos Estratégicos para la Implementación de un Programa que defina la Atención Integral del Abuso o Maltrato de las Personas Adultas Mayores. Mayo 2002. CONAPAM

IV. Marco de Referencia Conceptual, específico para el desarrollo del Programa Nacional para la Atención Integral de la Persona Mayor Abusada y/o Abandonada

4.1 Los Paradigmas existentes acerca del envejecimiento y sus repercusiones en los escenarios sociales en los cuales interactúan las personas mayores

El envejecimiento de la población ha venido planteando una serie de interrogantes a la sociedad; en los estudiosos del tema dicotomías, así como el rompimiento de paradigmas, debido a la investigación y a las consideraciones de la realidad, es decir todo lo que sucede en los escenarios sociales en que viven y envejecen las personas. Preguntas tales como, que se debe hacer para que las personas sigan siendo independientes y activas a medida que envejecen? Como promover y prevenir la salud? Como lograr, si las personas están viviendo más años, que los vivan con calidad de vida, especialmente en la edad avanzada? Como lograr que los servicios de salud y sociales no se afecten con el aumento de personas mayores? Como integrar el cuidado de las personas mayores cuando requieren de asistencia, entre los servicios formales y los informales? Como lograr que se reconozca y se apoye el cuidado que brindan las personas a medida que envejecen cuidando a otras? Como evitar que sean abusada y/o maltratadas?

Estas y otras interrogantes, han sido abordadas en documentos de organismos internacionales y son preocupación para muchas personas que tienen que ver con el desarrollo de políticas, programas y con atención directa. No obstante continúan siendo problemas que deben analizarse desde múltiples sectores, fuertes iniciativas y desde la perspectiva del envejecimiento y el ciclo vital, para reflejar la importancia de una perspectiva que abarque todas las etapas de la vida; y el envejecimiento activo, para lograr que las personas mayores sanas sigan siendo un recurso para sus familias y comunidades.

▪ Consideraciones Socio-Demográficas

En el Mundo

Según Jean Claude Chesnais, (1990), cuando se habla del envejecimiento de la población, se hace referencia al aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto a la población total. En este proceso se conjuga una disminución (tanto relativa como en valores absolutos de los menores de 15 años, con el aumento de los mayores de 65 años). Chesnais apunta que más que hablar de envejecimiento hay que hacer mención a una “inversión de la pirámide de edades.” A medida que la población envejece, la pirámide de población triangular del 2002, será sustituida en el 2025 por una estructura de tipo más cilíndrico

La segunda parte del Siglo XX ha sido testigo de dos hechos demográficos, nunca antes experimentados, desconocidos en el devenir de la especie humana.

La llamada “explosión demográfica”, con tasas que superaron el 3% anual y los alcances que tiene y tendrá el proceso de envejecimiento en el mundo.

El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de los mayores desafíos. Al entrar el siglo XXI, el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países-¹⁶

Hay dos países europeos, representantes de la población envejecida, Suiza como país no

¹⁶ Organización Mundial de la Salud, Envejecimiento y Ciclo Vital. 2000

afectado directamente por las guerras y Alemania, particularmente afectada por las conflagraciones. Además, al analizar las pirámides de estos países y otros en condiciones semejantes, se observa la diferencia por sexo en el número de sobrevivientes, en edades avanzadas; el descenso de la mortalidad; y el beneficio obtenido por el sexo femenino.

En Latinoamérica Uruguay es el país más próximo a esta situación con un 17%, aunque como ya se mencionó muchos de los países Latinoamericanos, ya se encuentran en pleno proceso, pero cada país lo vive de acuerdo a sus particularidades, entre las que se encuentran su individual estructura de población.

En general, la consecuencia en la estructura por edad, de continuar las poblaciones transitando por el escenario actual, se manifestará en la inversión de las pirámides y en el peso cada vez mayor de la población en edad avanzada.

Naciones Unidas calculó que en 1950 había alrededor de 200 millones de personas de 60 años o más en todo el mundo. En 1975 el número había aumentado a 350 millones; y las proyecciones demográficas para el año 2000 indicaban que ese número, aumentaría a 590 millones y que para el 2025 será de más de 1.100 millones, lo que significa un aumento del 224% a partir de 1975. En este mismo período la población mundial total aumentará de 4.100 millones a 8.200 millones o sea, un 102%. Para el año 2050, habrá dos millardos de personas de edad, con el 80% de ellas viviendo en los países en vías de desarrollo.

Por tanto las personas de edad avanzada representarán un 13,7% de la población mundial. También se previó para el año 2000 que más del 60% de todas las personas de más edad del mundo estarían en los países en desarrollo. En lo referente a la esperanza de vida, para el año 2025 en las regiones más desarrolladas, los varones de 60 años de edad podrían esperar vivir un promedio de 17 años y 16 años en las regiones menos desarrolladas. Las mujeres podrían esperar vivir alrededor de 21 y 18 años más, respectivamente. Naciones Unidas, (1980).

Otro aspecto importante por considerar, en este proceso, es la tendencia a la distribución urbana y la población rural. En las regiones más desarrolladas, las dos terceras partes de los mayores vivían en 1975, en zonas urbanas, y se proyectó que para el año 2000 esta proporción aumentaría a tres cuartas partes.

En las regiones en desarrollo, las tres cuartas partes de los mayores se encontraban en zonas rurales; no obstante para el año 2000 (según proyecciones), el 40% o más de esta población estaría en las zonas urbanas.

Todas estas tendencias demográficas tienen consecuencias sociales importantes, por lo que para lograr un desarrollo continuo, se debe dar un equilibrio adecuado entre los factores sociales, económicos, ambientales y los cambios en el crecimiento, distribución y estructura de la población. Como se manifiesta en la Declaración de Viena, las mismas exigen un gran esfuerzo por parte de los gobiernos e instituciones en los diferentes países, para llevar a cabo políticas de desarrollo sostenible que permitan hacer frente a las consecuencias de el envejecimiento de las poblaciones.

En todos los países, especialmente en los desarrollados, la propia población anciana también está envejeciendo. El número de personas mayores de 80 años actualmente es de unos 69 millones, la mayor parte de las cuáles vive en las regiones más desarrolladas, aunque estas personas constituyen sólo alrededor del uno por ciento de la población mundial y el tres por ciento de la población de las regiones desarrolladas, este grupo etareo es el sector de más rápido crecimiento de la población anciana¹⁷

¹⁷ Organización Mundial de la Salud, Envejecimiento y Ciclo Vital. 2000

En Costa Rica

A principios del siglo pasado la población de Costa Rica tenía una esperanza de vida 33 años, y en tan solo 100 años, sus habitantes pueden vivir más del doble de lo que vivían sus antepasados. En la actualidad la esperanza de vida del costarricense es de 78,6 años, 76,3 para los hombres y 81,0 para las mujeres; la más alta de Latinoamérica, y la segunda en América después de Canadá, país que tiene la mayor esperanza de vida.¹⁸

Esta situación ha significado que lleguen a la vejez muchas personas que en el pasado habrían muerto tempranamente. En el año de 1940 solo un 46% de los costarricenses alcanzaba los 60 años de edad, en el 2002 casi el 90% de los recién nacidos probablemente (si no cambian las variables sociales y económicas) alcanzaran esa edad. Al mismo tiempo la alta natalidad existente en el país hasta hace pocas décadas, logró que el tamaño inicial de cada cohorte se incrementara sustancialmente respecto al anterior¹⁹

Cuadro 1

ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO SEGÚN SEXO COSTA RICA 1970 - 2002			
Año	Ambos	Hombres	Mujeres
1970	65.7	64.2	67.2
1975	71.3	69.4	73.3
1980	74.4	71.9	77.0
1985	75.6	73.7	77.5
1990	76.9	74.7	79.1
1995	76.2	74.0	78.6
2000	77.7	75.4	80.2
2001	77.7	75.6	80.0
2002	78.6	76.3	81.1

Fuente: Estimaciones y proyecciones de población Costa Rica 1970-2050, INEC y CCP, 2002.

El Censo Nacional de Población efectuado en el año 2000, reveló que el grupo de 60 años y más está conformado por 301.474 personas; 143.833 hombres y 157.641 mujeres. Con lo que se define que el grupo femenino supera al masculino en más de un 10%. En general el grupo de personas mayores crece a una tasa cercana al 4% anual y se proyecta que para el 2020 esta tasa alcanzará valores superiores al 5%. Se espera que para el año 2060 haya cerca de 2 millones de personas adultas mayores²⁰. “Pasar de 300.000 a 2 millones de personas mayores tendrá un tremendo impacto social y económico, especialmente en temas tan sensibles como aquellos relacionados con pensiones y servicios de salud”²¹

¹⁸ Proyecto Estado de la Nación, 2003. Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible .Noveno Informe 2002. San José Costa Rica.

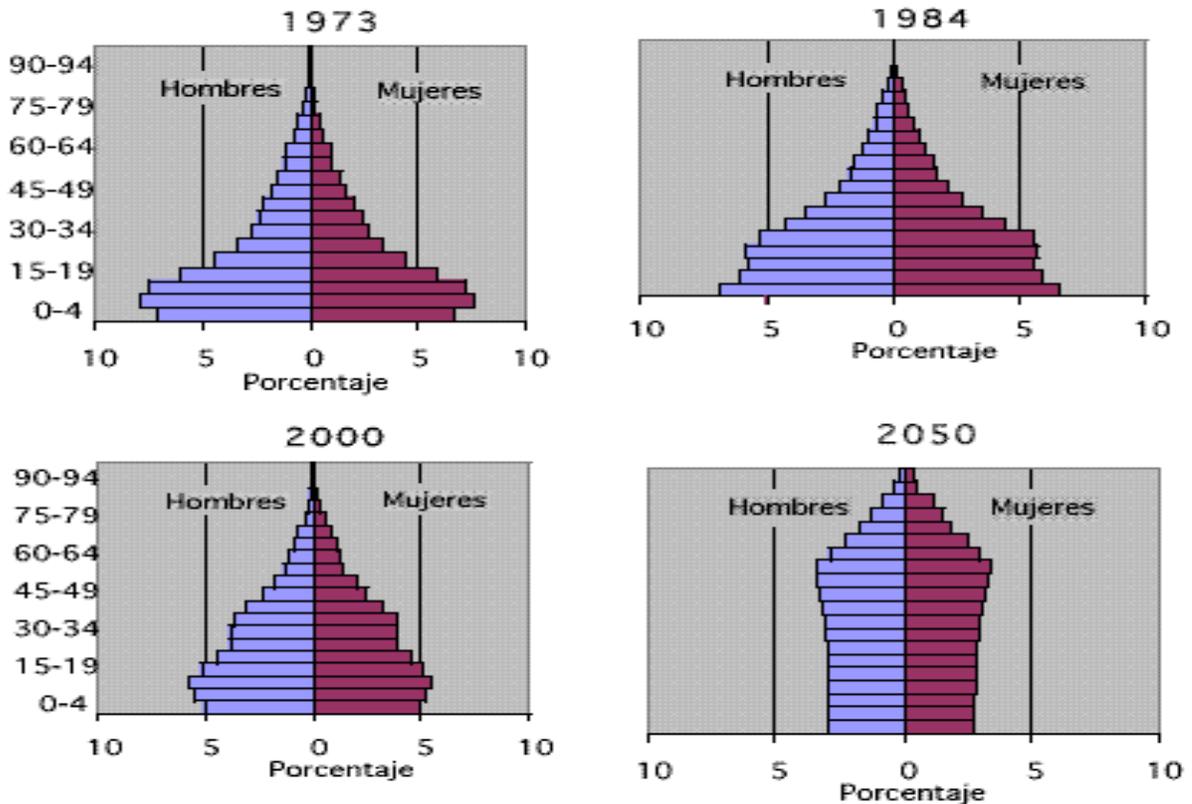
¹⁹ INEC Y CCP. 2002. Estimaciones y proyecciones de población Costa Rica 1970-2050. Actualizadas al 2000. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y El Centro Centroamericano de Población. CCP.

²⁰ Organización Panamericana de la Salud. “La Salud de las Personas Mayores en Costa Rica.2004

²¹ Organización Panamericana de la Salud. La Salud de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica. San José Costa Rica. 2004

Los cambios en la población costarricense son evidentes, los mismos pueden apreciarse en el siguiente gráfico, en el cual también es evidente el proceso de envejecimiento.

Gráfico 2. Pirámides de población. Costa Rica: 1973-2050



Fuente: Censos y Proyecciones de población INEC-CCP, UCR

Del total de personas mayores de 60 años, el grupo de personas del sexo masculino en edades entre los 60 y 74 años tienen mayor representación. El 73% de los varones son menores de 75 años y el 71% mujeres. A partir de esa edad (de los 74 años), las mujeres muestran porcentajes levemente mayores que los hombres, lo que es indicativo de más años de vida en los grupos de personas mayores del sexo femenino.

El crecimiento de este grupo de la población ha sido sostenido en los últimos 40 años. En el Censo de 1963 el número de personas mayores de 60 años era de 67.736, en 1973 el Censo contabilizó 104.000 personas mayores, número que aumentó a 158.000 en el Censo de 1984 y para el año 2000 el número absoluto es de 301.474 personas.

Este aumento vertiginoso continuará en el futuro y se espera que en el 2060 haya cerca de 2 millones de personas adultas mayores. Población que sin duda tendrá un especial impacto en las áreas sociales y económicas, especialmente si no se prevé en la planificación las necesidades de los diferentes grupos, entre ellos los de edades más avanzadas.

Es indudable que el grupo de personas de mayor edad, en lo referente al proceso de envejecimiento demográfico, ha mostrado aumentos moderados pero constantes y para el siglo

XXI es de esperar que hayan aumentos importantes, especialmente por lo numeroso de los nacimientos de los años 60 y 70 en el país y las generaciones descendientes de este grupo quienes ya para entonces serán personas adultas mayores.

Costa Rica muestra una enorme variación, en lo referente al envejecimiento de su población, la misma no es homogénea. Si la información censal (2000) es analizada por cantones los porcentajes de población de 60 años y más oscilan; los mismos fluctúan entre 4.8% y 12%. Con cantones más y menos envejecidos. Los diez cantones más envejecidos, ordenados según porcentaje de población mayor, son:

San Mateo, Nicoya, Montes de Oca, Santa Cruz, San José, Atenas, Nandayure, Puriscal, Tibás y Santo Domingo de Heredia.

Los diez cantones más jóvenes que presentan entre un 4.8% y un 5.9% de población adulta mayor son:

Sarapiquí, Talamanca, Garabito, Matina, Pocosí, Siquirres, Guácimo, Los Chiles, Buenos Aires y Alajuelita, zonas de frontera como puerto Viejo de Sarapiquí y Sixaola tienen muy poca población de personas mayores un 4% o menos²².

En cuanto a la relación de dependencia económica, la población costarricense, muestra un aumento constante, lo cual significa, que la carga del grupo de personas de edad, ha ido en aumento desde 1963. Pasando de un peso porcentual de un 10.8% en el censo de 1963 a 11% en el censo de 1973, luego a 11.5% en el censo de 1984 y para el último censo el porcentaje llegó al 13.2%.²³

Desde el punto de vista de la salud, la planificación y la organización de los servicios hay por lo menos dos grupos de personas de edad avanzada, los menores y mayores a 80 años, este último grupo tiene especial importancia, debido a que representa el fenómeno del envejecimiento de la población dentro del grupo de las personas mayores de 60 años. En las personas de más edad, el riesgo es la fragilidad, las enfermedades son más complicadas y prolongadas, pueden ser más dependientes, y los costos de su atención son mucho mayores, tanto para la familia como para el estado.²⁴

En el país en los últimos años, es evidente el aumento de la población mayor de 80 años, actualmente llega a 15.17%, cuando hace tan solo 27 años, para el Censo de 1973, era de un 11.33%, lo que implica un aumento del 33%. La tendencia es que cada vez, la proporción de personas adultas mayores más viejas (el llamado old old people), continuará aumentando. En 1973 había 11.799 personas mayores de 80 años; en el año 2000 se cuantificaron 45.728.

En cuanto a donde viven las personas mayores, en el país la mayoría residen en las áreas urbanas.

▪ **En lo referente a la situación social de las personas mayores**

Un estudio recientemente realizado de la población mayor de 60 años, en la llamada Gran Área Metropolitana, revela que el 49% de las personas mayores vive con familiares, hijos(as), nietas(os), otros familiares, (las personas de edad, están presentes en poco más de una quinta parte de los hogares costarricenses, situación que prácticamente se ha mantenido inalterable en

²² Censos de Población, INEC-CCP, UCR

²³ Barquero B., Jorge. Y Solano, Elizabeth. "La población de 60 años y más. Dinámica demográfica y situación actual". Junta de Protección Social de San José, Hospital Blanco Cervantes, San José, Costa Rica 1995.

²⁴ Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) "La salud y el envejecimiento". 130 Sesión del Comité Ejecutivo, Washington, D.C, EEUA 2002

los últimos 27 años)²⁵ el 29% vive con el cónyuge, el 17% viven solas²⁶. Según la Encuesta de Hogares del año 2001, el tamaño promedio de hogares es de 4 personas.

Las personas mayores tienden a perder su posición jerárquica cuando envejecen, conforme aumenta la edad, éstas personas pasan de vivir en familias donde la persona mayor es la jefa, a hogares donde es dependiente del jefe(a).

En este sentido el vivir con familiares especialmente cuando no se es el jefe(a) de hogar, puede acentuar sentimientos de pérdida y desplazamiento. En el país el 59% de las personas mayores son jefes o jefas de hogar, “pero conforme avanza la edad, estas personas son menos reconocidas como tales, pasando a conformar el hogar en calidad de padres, madres o suegros, en este sentido, de alguna manera pasan a formar parte de una relación de dependencia”.²⁷ Dato que se mantiene en el Censo 2000.

Los hogares donde viven las personas mayores, se pueden clasificar en dos grupos, los hogares autónomos. Constituidos únicamente por personas mayores y los hogares multigeneracionales, en los que también habitan miembros de otras generaciones. Ramírez 2000. En los tres últimos censos efectuados en el país, la mayoría de las personas mayores han vivido en hogares multigeneracionales.

Sin embargo la tendencia es hacia la disminución de este tipo de hogares, con el consiguiente aumento de los hogares autónomos. En el censo del 2000, el 28% de las personas mayores viven en hogares autónomos comparado con el 15% de 1973. Las personas mayores que viven en hogares autónomos, viven solas o con sus parejas; el 61 vive con su pareja y el 36% viven solas.²⁸

Esta situación puede sugerir que existe mayor autonomía en las personas mayores, pero también podría causar un debilitamiento de los lazos familiares, como también el abandono de las obligaciones filiales hacia los padres en esta etapa de la vida.

En el estudio mencionado, realizado por el IDESPO, se les consultó a las personas mayores de 60 años, “sobre los principales problemas que enfrentan”; en este sentido un 29% respondió que el abandono familiar; maltrato familiar un 6%, abandono institucional y de la sociedad un 8%; maltrato por parte de las instituciones y de la sociedad un 10%.

Un 10% responde que para ser más feliz en esta etapa de la vida, desea vivir en un buen ambiente familiar. Un 19% de personas mayores varones refiere que lo que más le gusta es disfrutar con la familia, hijos(as), nietos (as), rodeado de cariño.

Un 11,4%, refieren que los problemas familiares les disgustan, así como un 6,8% el desinterés, el maltrato y la incompreensión al interior de la familia.

El 50% de las personas mayores entrevistadas, refieren tener sentimientos de preocupación y tristeza siempre, casi siempre o a veces. En menor proporción aunque significativo para el estudio, están presentes los sentimientos de depresión, inseguridad, y soledad. Según la Encuesta de Hogares de 1997, la soledad es mencionada como el segundo problema más importante de las personas adultas mayores, el censo del 2000 muestra que en el país, hay 30.000 personas mayores que viven solas, es decir un poco más del 10% de esta población.²⁹

²⁵ Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censos de Población. Centro Centroamericano de Población.

²⁶ La población adulta mayor costarricense de la Gran Área Metropolitana, Instituto de Estudios Sociales en Población, Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica, 2002.

²⁷ Población Adulta Mayor en Costa Rica, principales características socioeconómicas y su impacto en los servicios de salud en Costa Rica, Solano Elizabeth, 1998.

²⁸ Organización Panamericana de la Salud; OMS. La Salud de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica. 2004

²⁹ Censo 2000, INEC.

En cuanto a la opinión que las personas mayores tienen de la familia actual, un poco más de las tres cuartas partes de las entrevistadas, concluyen en que la familia tiene más características negativas que positivas. Aspectos como la desintegración familiar, entendida como desunión, desorden, falta de diálogo, de comprensión, unión, cariño, amor, desorientación, libertinaje y descuido de sus miembros, ocupan un lugar de peso, un 36%.

El 25%, apuntan que hay pérdida, ausencia, deterioro e inexistencia de valores, como el respeto en general, y a los mayores, “se carece de disciplina y hay pérdida de fe en Dios y en la fe misma”. Únicamente un 13% considera que la familia costarricense actual tiene aspectos muy positivos como que es buena, respetuosa, hay diálogo, buenas costumbres, tiene fe en Dios. El 91% de la población mayor de 60 años, entrevistada, percibe que sí han habido cambios en las funciones de la familia, y fundamentan la respuesta en la pérdida de valores que se ha venido dando en el seno familiar; el 27% indica que se ha perdido el respeto, también a las y los mayores.

En cuanto al cuidado, atención y trato que le brindan sus familiares un 14 % respondió que es regular, malo o muy malo. En este sentido las investigadoras(es), creen que cuando se le pregunta a la persona entrevistada en forma directa, acerca del trato que recibe, existe una tendencia a soslayar la respuesta. Es de considerar que la mayoría de las personas mayores, viven en familias multigeneracionales

A diferencia, en el análisis de datos de la Encuesta de Hogares, 1997³⁰, realizada por Elizabeth Solano, ella encuentra que aunque el tema de las condiciones familiares es delicado, se obtuvieron respuestas significativas en casi todas las opciones. Que el 20% de las personas de 60 años y más enfrentan soledad, sentimiento que aumenta conforme aumenta la edad y es más común en las mujeres. El 6% enfrenta falta de cuidados, porcentaje que aumenta entre las personas de 70 y 79 años.

Según el trabajo de IDESPO, al 7.5% de la población entrevistada, le hace falta vivienda y el 35% considera no tener dinero suficiente para atender sus necesidades.

En cuanto al prejuicio y la discriminación social, aspectos que influyen en las oportunidades que las personas de edad puedan tener, por ejemplo en educación, para obtener vivienda, en el mercado laboral, se observa que:

En el país, el 17% de la población mayor se encuentra en la fuerza de trabajo, tasa que tiende a disminuir conforme aumenta la edad, en el grupo de 65 a 69 años es de un 20%, y del 4.5% en las personas de 90 años y más, trabajan en actividades agrícolas y ganaderas, en el área rural es el 29%; operarios y peones el 27%, un 14% dedicados a la venta de bienes y servicios, en el área urbana, según datos del Censo 2000 y la Encuesta de Hogares del 2001.

Las personas mayores tienen menos posibilidades de ser incluidas en la asignación de recursos y son más vulnerables a sufrir una merma de la autoestima y la dignidad asociadas con el desempeño de una función reconocida.

La situación económica, para un significativo grupo de personas mayores es una de las principales causas del deterioro en la calidad de vida: La necesidad de una pensión o de ayuda económica digna en la vejez es en muchos casos un espejismo lejano. En Costa Rica, el 39% de las personas mayores están cubiertas por algún régimen contributivo, el 21% por el régimen no contributivo; un 35% viven en condición de pobreza, concentrado este porcentaje en el grupo de personas mayores pensionadas por el Régimen no Contributivo y aquellos asegurados por cuenta del Estado³¹. Según la Encuesta de Hogares del 2002, el 24% de toda la población estaba en condición de pobreza, mientras que las personas mayores el 28% se encuentran en esta condición. Un 27% de los varones mayores y un 29% de mujeres mayores viven en la pobreza

³⁰ Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, INEC. 1997

³¹ Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, INEC.2001³¹

En el análisis de datos de la Encuesta de Hogares, realizada por Solano 1998, un 26% de la población se encontraba en extrema pobreza y al comparar ella, entre las diferentes edades, se hace evidente que a mayor edad hay más pobreza, sobre todo en la extrema pobreza, se pasa de 6% para el grupo de 60 a 64 años, al 14.7% para los de 80 y más años. Mientras que quienes no satisfacen las necesidades básicas alcanzan un 20% después de los 70 años. Y las mujeres tienden a ser más pobres que los hombres, pues mientras que el nivel de pobreza para toda la población de 60 años y más es de 26%, para las mujeres alcanza un 27% y para los hombres un 25%". Al comparar estos datos con los obtenidos en el 2002, se aprecia un aumento en el nivel de pobreza de las personas de edad.

En la Encuesta de Hogares (1999), el 61% de las personas mayores con algún nivel de pobreza se encontraba en la zona rural y las mujeres son las que mayormente presentan esta condición

En el estudio de La GAM, la gran mayoría de la población entrevistada no cuenta con medios económicos suficientes para vivir. Viven de la pensión, de la ayuda económica de familiares cercanos. Las ayudas del Estado según el estudio no son significativas a excepción de la pensión del Régimen no Contributivo que alcanza al 14% de las personas mayores.

Las personas mayores entrevistadas en este estudio, señalan problemas económicos, traducido en la ausencia de medios para solventar las necesidades económicas, un 16%.

Es de considerar también, que la salud y el bienestar de las personas mayores, son afectadas por muchos aspectos entremezclados de su ambiente social y material; desde el estilo de vida y la estructura familiar hasta la organización y prestación de los servicios de salud, de los servicios sociales y de asistencia económica.³²

Los servicios sociales, incluso cuando dan niveles bajos de asistencia, pueden ayudar a sostener a las personas mayores en la comunidad y permiten a las familias arreglárselas, evitando o retrasando el colapso total, la pérdida de la autonomía y la necesidad de la atención institucional; pero para la mayoría de las y los mayores, estos servicios no están al alcance.

En el país, el 95% de personas mayores, están cubiertas por alguna forma de aseguramiento, y según la Encuesta de Hogares 2001³³, el 12.30% utilizó el servicio de hospitalización, el 11.4% el de consulta externa, el 7,4% el de urgencias. La consulta Per cápita es de 4,72 consultas al año. El porcentaje de mujeres que cuentan con seguro es mayor que el de los hombres. La proporción de hombres asegurados voluntariamente o por el Estado, 30%, es mayor respecto a las mujeres, 23%.

Las principales causas de utilización de los servicios de salud se relacionan con la atención de enfermedades crónicas y causas externas como traumatismos y caídas.

Un aspecto importante de mencionar es que en el análisis de Solano, 1998, con datos de la Encuesta de Hogares de 1997, el 9% de la población de 60 años y más, requería algún tipo de ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria; y un 29% de este grupo, son mayores de 80 años. Las mujeres declararon tener en mayor medida, requerimientos de ayuda que los hombres. En el Censo del 2000, el 22% de las personas mayores de 60 años, reportaron alguna discapacidad, este porcentaje es ligeramente mayor para los hombres, 22%, que para las mujeres, 15%. La prevalencia de alguna discapacidad aumenta con la edad, de 15% a los 60 años hasta alrededor de 50% entre hombres de 90 y más.

Otro estudio llevado a cabo con personas mayores del área rural del Valle Central, incluyendo la periferia urbana, valoró las actividades de la vida diaria (comer, bañarse, vestirse), y las actividades instrumentales, (preparar comida, hacer compras manejar dinero, salir solo, usar el teléfono) y

³² Informe de un Grupo Científico de la OMS, Aplicaciones de la Epidemiología al Estudio de los Ancianos. 1984.

³³ Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. INEC. 2001

otras actividades como correr, subir escaleras, agacharse, jalar o empujar objetos grandes. El resultado obtenido fue que un 21% del total de personas mayores presentaron capacidad funcional intermedia, es decir que tenían entre 5 y 8 dificultades (de un total de 24). Otro 16% presentó capacidad funcional baja, es decir que tenían 9 o más limitaciones.³⁴

De este mismo estudio, la evaluación cognitiva e indicios de demencia, mostró, que el 39% presentaba un deterioro leve y el 17% un deterioro severo, siendo estos últimos los que tienen una mayor probabilidad de sufrir demencia.

En cuanto a la funcionalidad social, (fuera de las actividades cotidianas que realizan las personas en el hogar), como actividades de tipo recreativo, cultural, educativo; ver televisión e ir a la iglesia, son las actividades más generalizadas entre las personas de 60 años y más, pues son realizadas por el 70% de las personas mayores entrevistadas en la Encuesta de Hogares de 1997. Las actividades menos realizadas fueron la asistencia a clubes, centros diurnos, albergues. Según los resultados de la Encuesta SABE, las personas que trabajan se encuentran en mejores condiciones de capacidad funcional y cognitiva que las que no trabajan. Las y los mayores que reciben algún tipo de ayuda por lo general son los que están en condiciones más desfavorables de salud, capacidad funcional o mental. Cáceres 2002

▪ **Envejecimiento y Discapacidad**

El grupo de expertos de la OMS³⁵ considera como condición discapacitante cualquier restricción ó carencia de habilidad para realizar una actividad en la manera ó en el rango considerado como normal para un ser humano, producto esto de algún deterioro en la estructura física ó mental del individuo. En este sentido problemas de movilidad en las personas mayores, de función auditiva ó visual

El término Salud, se refiere al bienestar físico, mental y social. Y a medida que se envejece las enfermedades no transmisibles se convierten en las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad. No obstante la medida de la pérdida de funcionalidad y de discapacidad tiene más importancia en la salud de las personas adultas mayores que las medidas de mortalidad y morbilidad tan frecuentemente utilizadas en los otros grupos etáreos. OMS. 1984

En Costa Rica, se incluyó por primera vez un módulo específico sobre la discapacidad en el Censo del año 2000, con lo que se pretendió tener información para poder analizar el impacto de las políticas orientadas a lograr la igualdad de oportunidades.

El Censo del año 2000 brinda información consultada a las personas adultas mayores de 60 años, concerniente a las situaciones de discapacidad que les afectan. En este sentido, el 8% (24.132) personas presentan problemas de ceguera, el 4% (12,048) de sordera; un 0,3% (894) de retardo mental; parálisis / amputación un 3,3% (9927); trastornos mentales un 1% (3145); otras discapacidades un 5% (15.103) personas. En total el 21,6% (65.249) de las personas mayores de 60 años reportó alguna discapacidad. De este total 32,531 son varones y 32.718 son mujeres.³⁶

El grupo de personas mayores de 75 años, presenta tasas más altas en las situaciones que producen discapacidades consultadas, con respecto al grupo con edades comprendidas los 60 y 74 años.

Es de destacar la menor proporción de personas adultas mayores que presentan discapacidad

³⁴Gómez Victor. Encuesta de personas adultas mayores. Proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina. Citado por Cáceres R. Estado de Salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica. 2000. Trabajo Final de Graduación, Magíster en Población y Salud, Universidad de Costa Rica.

³⁵OMS (1982). En: Beaglehole, R., Bomita, R., Kjellström, T. (1994). Epidemiología Básica. Washington ³⁵D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica N° 551.

³⁶ Fuente. Censo de Población. Costa Rica 2000. INEC.

debida a trastornos mentales. Lo cual es un aspecto a considerar, para que las personas de edad continúen manteniendo niveles de autonomía importantes.

Las personas adultas mayores discapacitadas, según el Censo 2000, tienen un nivel educativo bajo. Entre primaria y ningún nivel educativo. Es reconocido que los bajos niveles de educación y alfabetización se asocian con un mayor riesgo de discapacidad y muerte entre las personas a medida que envejecen

En cuanto a que el mayor número de personas mayores padecen ceguera, este es un dato de importancia debido a que los cambios en la visión y en la capacidad auditiva de las personas mayores son considerados factores de alto riesgo porque pueden contribuir a que se produzcan caídas, fracturas, aislamiento, depresión, disminución de la capacidad funcional y de la calidad de vida.

Otros trastornos que producen discapacidad y que afectan a la población de personas mayores son los que tienen que ver con la Salud Mental. La evaluación de la salud mental es un elemento fundamental de la evaluación total que se efectúa a las personas de edad, tanto por la interrelación con las funciones sociales como por la necesidad de contar con servicios específicos en casos de enfermedad mental. En este sentido refiere la OMS, que la medición del estado mental, está menos normalizada y para realizarla se emplean muchos procedimientos, derivados a menudo de los que se aplican al diagnóstico psiquiátrico.

En el Censo (2000) se obtienen datos acerca de la salud mental de las personas mayores de 60 años; para ello parten de las definiciones establecidas en el Manual de Capacitación del Encuestador, en el cual se consideran trastornos mentales, "Todas aquellas enfermedades que provocan serios problemas de adaptación y comportamiento social en las personas. Incluye problemas psiquiátricos severos como la psicosis, esquizofrenia, neurosis, demencia y depresión permanente, que dificultan el desempeño de una vida considerada como normal. Se excluyen las personas afectadas de depresión temporal, estrés u otros estados de ánimo transitorios conocidos popularmente como padecimientos nerviosos".³⁷

De la información obtenida, se observa que 3,145 personas mayores de 60 años, padecen trastornos mentales, es decir 10,4 personas por mil; dato que se puede comparar con el de la población menor de 60 años cuya tasa es de 2,7 por mil habitantes.

También que en el grupo de personas de 75 años y más las tasas reportadas de enfermedad mental son superiores a las del grupo entre los 60 y los 74 años

A manera de síntesis, es importante recordar que las intervenciones para prevenir o retardar la transición de la deficiencia a la discapacidad, van a depender de la historia natural de las afecciones discapacitantes, así como del conocimiento de los factores de riesgo y de otras variables.

A menudo la intervención será social y ambiental tanto como médica. Mientras que para la salud, la deficiencia tiene un gran componente médico, la evaluación de la discapacidad tiene que ser multidimensional. De vital importancia es la evaluación para conocer el equilibrio entre dependencia e independencia en las relaciones personales con el propósito de validar la autonomía de las personas de edad. A menudo por su fragilidad, son particularmente vulnerables al colapso, a la pérdida de autonomía, al abandono y al abuso. Algunas por enfermedad, soledad o pérdida de un ser amado, corren mayor riesgo de caer en la dependencia.

Debe prevenirse o retrasarse la discapacidad y la enfermedad crónica de las personas a medida que estas envejecen.

³⁷ Manual de Capacitación para el Encuestador de Campo del Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2000

▪ **Calidad de vida y funcionalidad**

La mayoría de las personas de edad mayor en todos los países, siguen siendo un recurso vital para sus familias y las comunidades. Muchos continúan trabajando en los sectores laborales tanto formales como informales, por lo que se debe tener sumo cuidado para categorizar a quienes continúan siendo capaces e independientes.

A medida que las personas envejecen, su calidad de vida se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia, las relaciones personales, las creencias personales, y la relación que las personas tengan con el entorno. Con la excepción de la autonomía que es bastante difícil de medir, la independencia, y la esperanza de vida saludable (que se utiliza como sinónimo de esperanza de vida libre de discapacidad), son conceptos que se han elaborado con el fin de medir el grado de dificultad que tiene una persona mayor para desarrollar las actividades de la vida diaria básicas, ABVD; las actividades instrumentales de la vida diaria, AIVD. Las ABVD incluyen el bañarse, vestirse, comer, ir al baño, y pasear por la habitación. Las AIVD incluyen actividades como ir de compras, hacer tareas domésticas, preparar la comida entre otras.

Las dificultades para realizar el cuidado personal pueden incrementarse conforme avanza la edad, aunque la habilidad para comer se afecta en menor grado que el caminar ó bañarse.

La Encuesta Nacional de Hogares de 1997 en el módulo dirigido a las personas mayores de 60 años, consultó acerca de la independencia para realizar las ABVD,

El análisis de esta información para ambos sexos revela que la actividad que presenta mayor tasa de dificultad para realizarse en la población mayor de 60 años es el caminar (7.6%), en segundo lugar está el vestirse (5.1%) y posteriormente bañarse (5.0%). La comparación por grupos de edad revela que es mayor la dificultad en el grupo de 75 años y más, alcanzando tasas para las actividades mencionadas del 18.6%, 13.9% y 13.3% respectivamente

En la realización de las ABVD según sexo, los datos muestran que las personas que presentan las mayores tasas de dificultad, son las mujeres (8.8%) en comparación con los hombres (6.3%), tasas que además son mayores para el grupo de 75 años y más en ambos sexos.

No obstante que en el país se han realizado estudios para valorar la capacidad funcional de las personas de edad, sería importante también considerar el concepto de envejecimiento activo, impulsado por la OMS y tratar desde este concepto de conocer de manera más integral el grado de actividad que las personas mayores costarricenses tienen.

Consideraciones

De estos datos se desprende que la población costarricense inmersa en el proceso de envejecimiento, está enfrentando cambios en los patrones de vida de las personas, en la demanda de servicios y en las relaciones de dependencia.

Que la problemática generada de estos cambios es diferente para cada género y grupo de edad, con especial énfasis en la esfera psicosocial.

Que la situación de las personas se dificulta conforme aumenta la edad, especialmente cuando se superan los 80 años, hay más pobreza, soledad, dependencia y se requiere de más ayuda de otras personas. Ayuda que en más del 90% de los casos es suplida por la familia, que además no cuenta con redes de apoyo comunitarias suficientes y/o diferenciadas.

Que existen aspectos del entorno que tienen que ver con la calidad de vida de las personas mayores, que como se mostró evidencian mayor riesgo, y que son factores propiciadores del abuso o maltrato, y abandono.

Que de acuerdo con ciertas características, presentes en el contexto familiar actual, se puede prever la existencia de problemas intrafamiliares, como la violencia, el abuso u otros.

El estudio del envejecimiento y de los problemas asociados a él, se reconoce hoy como algo importante, y de especial interés para ser estudiado.

No hay suficientes datos acerca de las relaciones entre generaciones, ni de cómo han afectado los cambios a la familia

Aspectos importantes de resaltar mencionados en el documento “La Situación de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica” es que un 10% de las personas adultas mayores no están cubiertas por el Seguro Social.

El 27% de los hombres y el 29% de las mujeres viven en condición de pobreza.

Un 36% de las personas mayores están pensionadas.

Un 10% de las personas mayores, viven solas. En hogares unipersonales y solo el 1% vive en Hogares de Ancianos

En síntesis es importante considerar que el proceso de envejecimiento repercute, (como se mencionó en la veinticinco haba Conferencia Sanitaria de la Organización Panamericana de la Salud(1998); sensiblemente sobre varios factores del desarrollo y el funcionamiento de las sociedades, y también sobre el bienestar relativo no solo de las personas de edad sino de los grupos más jóvenes. De estos factores, los más importantes son los sistemas de pensión y jubilación; la composición de la población activa y las modalidades de participación en la misma; los arreglos en cuanto a familia y hogar; las transferencias intrafamiliares de una generación a otra; y las condiciones de salud de las personas de edad.

En Costa Rica, es evidente la pérdida de peso relativo que sufren los primeros grupos de edad (base de la pirámide) y la ganancia en importancia numérica del grupo de personas adultas mayores. Se proyecta que en el 2030 la cantidad de personas mayores sea igual a la cantidad de menores de 15 años, y que para el 2050 la cuarta parte de la población costarricense tenga 60³⁸ años o más.

▪ **El Enfoque social del envejecimiento**

El mundo actual tal y como se visualiza genera una variabilidad de paradigmas de valores existentes, personales y sociales, que a su vez crean dilemas, conflictos, que se acrecientan en cantidad y en calidad y desde el marco de globalización; subordinado a una economía liberal que también impacta en todos los aspectos sociales.

El envejecimiento no escapa a esta variabilidad, y se puede reconocer que cada época histórica ha tenido una definición del envejecimiento, porque como lo afirma Guillemard, (1987), la vejez es primero un juicio social, porque hay una relación entre la edad y la sociedad; no puede hablarse de vejez por sí misma, sino en un contexto histórico y social determinado y cada sociedad produce su propia vejez. Es la sociedad, son los otros los que clasifican a las personas como viejas

³⁸Organización Panamericana de la Salud; La Salud de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica. 2004

Para identificar a las personas mayores, el grupo social se apoya en datos biológicos y cronológicos; pero no solamente debería ser en estos aspectos, pues lo importante no es analizar la edad en sí misma, o los cambios físicos, sino el rol social que pueden desempeñar los mayores.

La sociedad trata a las personas mayores con menosprecio de sus cualidades, de su experiencia, y la marginalidad en algunas sociedades actuales, es fruto de este trato, de la posición que se le da. Por tanto es importante comprender como lo manifiesta, Guillemard, que “El análisis de los fenómenos del envejecimiento no debe atribuirse sólo a la naturaleza de la edad, sino a lo que en realidad obedece a un cuadro social, porque no existe una naturaleza de la edad que se pueda describir independientemente de un contexto social”.

Cada sociedad organiza el ciclo de vida, según cierto número de etapas significativas, y distribuye las funciones sociales según aquellas que son evidentes para los diferentes grupos; pero de hecho son construcciones sociales. Por ejemplo, si hoy se puede hablar de vejez, como una etapa autónoma, es porque surgió como un fenómeno histórico- social, particular, fundamentado o ligado a dos hechos relevantes. La existencia de un proletariado urbano en las ciudades europeas y la creación de instituciones para los jubilados.

En efecto, antes del fenómeno de la industrialización y el ascenso de un proletariado urbano, la vejez era invisible como etapa de edad, porque se basaba o delineaba en los contornos del patrimonio familiar; no se tenía idea de una etapa común para las personas mayores.

“En los inicios del siglo XX, se da un principio de identidad, de homogeneidad a esta etapa de la vejez, con una redefinición de el ciclo de vida, donde el periodo de la jubilación, se interpone entre el tiempo de la madurez y el tiempo de la edad avanzada”. Guillemard, (1987).

En este sentido, también la conformación de las instituciones, se considera importante para la elaboración social de las etapas de la vida; así como, las políticas de vejez, que se formulan sobre la imagen social de la edad, reconstruyéndola constantemente.

La vejez como se conoce en la actualidad es un fenómeno relativamente moderno. Aunque hayan habido sociedades particulares en el pasado en las que una gran parte de la población era mayor, está claro que se ha producido un cambio dramático en los países desarrollados desde el comienzo del siglo desde todos los ámbitos y se está acelerando en los países en vías de desarrollo.

Algunos observadores creen que la injusticia y los conflictos entre los grupos de edad están creciendo; que hay un aumento, sin duda, de los estereotipos respecto de la edad, lo cual da como resultado un vacío de “status”; esto como consecuencia del fenómeno de la urbanización e industrialización.

Respecto de los cambios en las relaciones sociales, con el envejecimiento éstos se basan y se regulan, primeramente, con la clasificación por edad, pues ésta facilita poder individualizar fisiológica y psicológicamente las capacidades del individuo, para la división de la labor. Al mismo tiempo la edad, como status, distinción que se acompaña con edad y clase, permite la distribución de recursos que otorgan valor, tales como: recursos materiales, conocimiento, poder y prestigio.

Comúnmente se argumenta que en la sociedad occidental, la edad se devaluó, y que los ciudadanos mayores son tratados como de segunda clase; lo que incide directamente en las relaciones sociales de las personas de edad con otros grupos, puesto que la relación edad, status, clase, es desventajosa para la mayoría de las personas mayores, a quienes la conformación social y cultural, les dificulta alcanzar recursos materiales, conocimiento, y mantener poder y prestigio. Desvirtuando la posibilidad de mantener una relación de equilibrio con otros grupos de la sociedad.

Los cambios en las relaciones sociales con la vejez, también han sido explicados en términos del desarrollo de la sociedad moderna, Cowgill, (1974). El consideró que se dan cuatro tendencias

que contribuyen al descenso como grupo, de las personas mayores:

- El perfeccionamiento de la tecnología sanitaria, que lleva a una mayor longevidad, al envejecimiento de la población, y a que se haya desarrollado una competencia intergeneracional, lo cual hace que los mayores dejen sus labores y se jubilen.
- El perfeccionamiento de la tecnología económica, el cual desarrolla e impulsa nuevas profesiones, al interior de la urbe, con jóvenes pioneros que desplazan la mano de obra anticuada de las personas de mayor edad; convergiendo esta situación en dilemas que llevan a analizar la ética del trabajo y la obligatoriedad de la jubilación, lo que impulsa esta situación hacia una mayor dependencia de los grupos de mayores, en perjuicio de los grupos más jóvenes.
- El fenómeno de la urbanización que trae la migración, la movilidad de las poblaciones, modificando la estructura familia, la estructura de la vivienda, de la convivencia, de la interacción, produciendo la segregación social, la distancia social, el culto a la juventud.
- La modificación de los patrones de instrucción, de enseñanza, lo que lleva a que los hijos tengan una escolarización mayor que sus padres, con una inversión de las condiciones, y una segregación moral e intelectual.

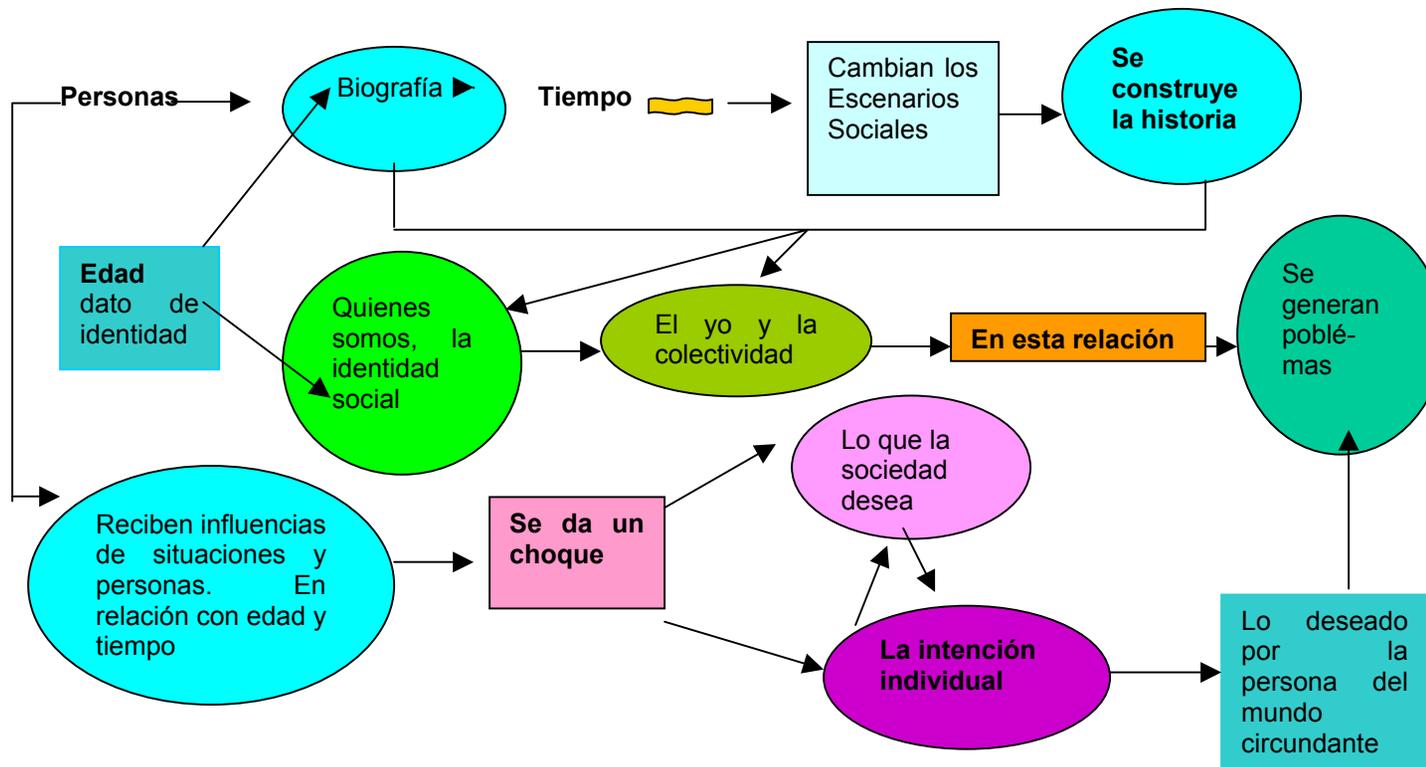
En síntesis, el fenómeno social del envejecimiento, visto desde los aspectos de la modernización y las variables intermedias tiene efectos que, están íntimamente relacionados con la inferioridad que las personas mayores tienen en la cultura occidental, respecto de otros grupos de edad. Cowgil (1974)

- **Escenarios Sociales, productores de dilemas y de nuevos paradigmas**

Los cambios, la interacción social, los dilemas, los problemas y en general todas aquellas situaciones relevantes para los mayores, ocurren en los escenarios sociales, éstos permiten desarrollar respuestas conductuales de alta significación para aquellos; por eso lo que le ocurre a las personas mayores, depende de lo que sucede en los escenarios, éstos son una fuente desencadenante de procesos y condicionan la vida de los mayores. Aún considerando que la participación de las personas mayores en los escenarios tenga un significado personal, la carga amenazante de un escenario, puede convertir la experiencia de la vejez en algo irreversible.

La edad, es un dato de identidad, se constituye en la biografía personal, y con el transcurso del tiempo no sólo cambian las personas, también los escenarios cambian, al igual que todo, y en este proceso se construye la historia. La identidad social, quiénes somos, está dada por la relación de la biografía y la historia, del yo y la colectividad, y es en esta relación donde se generan los problemas. Las personas se ven influenciadas por preconceptos sobre situaciones y personas, relacionadas con la edad y el tiempo; y surge entonces un choque entre lo que la sociedad desea, y la intención individual, es decir lo deseado personalmente del mundo circundante.. Esquema 1

Esquema de la construcción social de la vejez y la interrelación con el entorno:



¿En qué medida influyen los demás en nuestras actitudes y acciones? ¿De qué manera incide lo que pensamos, sentimos y hacemos en los demás?.

En los escenarios sociales, convergen individuos, congregación de personas, normas, roles sociales y presiones de los grupos, por ejemplo. “la asociación por edad”, con lo cual se hace necesario reforzar la identidad del grupo al cual se pertenece a lo largo del tiempo; aspecto fundamental en el caso de los mayores.

La experiencia social está moldeada por la actitud dentro (endo - nosotros) y fuera (exo - grupo), por esto es importante rescatar lo que se es como persona y como parte de un grupo. Esta anotación sirve de base para entender la crisis de identidad en la vejez, que se produce al igual que la crisis de identidad cultural, cuando chocan dentro y fuera, pero en el caso de la vejez, por la edad.

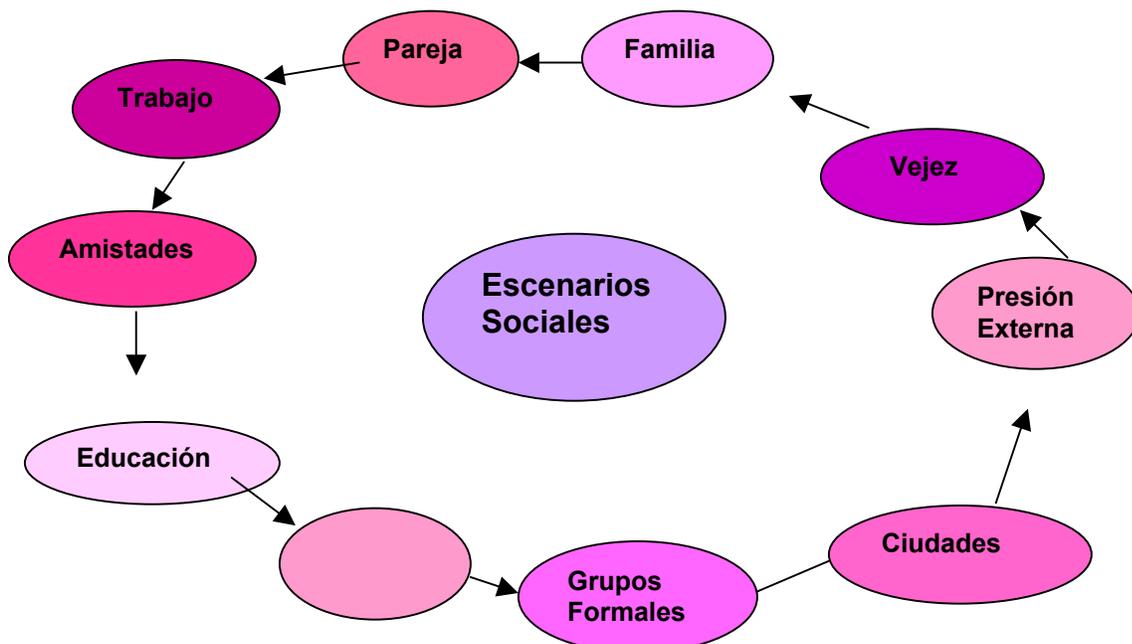
Los cambios de trabajo, el desempeño de los roles, (como nos ven y vemos) producen un conflicto de la identidad personal con la Historia, (en donde están cambiando los escenarios sociales), lo que supone un costo enorme para las personas mayores, cual es el proceso de adaptación.

El marco de referencia para el entendimiento de esta situación, se encuentra en el análisis psicosocial de la vejez, el cual a su vez, se basa en la experiencia de las personas mayores y en la forma en que la sociedad los ve.

El “sí mismo” es en gran medida un constructo social; la vida de cada uno se estructura gracias a un continuo interactuar, real o simbólicamente, con lo y los demás. Se vive en un mundo en el cual los significados de los objetos están socialmente determinados gracias a esta interacción. Uno de estos objetos es el “sí mismo”; la percepción de cómo los otros nos ven y juzgan, configuran el “sí mismo”; por esto sufrirá alteraciones, según varíe el marco social en el que se está inmerso. Arago, J.M, (1985).

Los universos de relación, conformados por los escenarios, o ámbitos en los que se viven los dilemas para los mayores, son la familia, la pareja, el trabajo, las amistades, los grupos formales, los barrios, las ciudades, la educación. Como se aprecia en el siguiente esquema.

Universos de Relación



En las sociedades modernas, los referentes sociales se complican, las personas se convierten en seres de realidad poliédrica, (con la excepción de la cultura oriental, en la que la vejez se vive en un solo escenario mono dimensional), teniendo que experimentar en cada escenario diferentes situaciones, como las que se mencionan seguidamente:

Uno de los **escenarios fundamentales en la vida de los mayores es la familia**, y el entorno. La familia con su historia, con sus etapas de evolución, en donde se producen dilemas, y que es un escenario primordial en la vejez.

La Revolución Industrial iniciada en Europa a fines del siglo XVIII, repercutió sobre el antiguo núcleo familiar de manera centrífuga y centrípeta. Las dificultades económicas y la ambición por alcanzar niveles de vida social y cultural más altos, el comienzo de la liberación de la mujer, las emigraciones de zonas rurales a las grandes urbes y de países en desarrollo a países desarrollados, así como, otras razones motivaron la ruptura del antiguo núcleo familiar. La familia se vació hacia el exterior, se hizo centrífuga, como consecuencia, la natalidad se redujo y por consiguiente el núcleo familiar; se da un alejamiento emocional, intelectual y físico entre las generaciones; con una evidente acción centrípeta del entorno sobre el núcleo.

La familia actual, se encuentra inmersa en un proceso de cambio y ha recibido el impacto de los fenómenos sociales, propios de nuestro tiempo, experimentando transformaciones profundas, con consecuencias para el conjunto de la sociedad, las cuales siguen, no se detienen y ponen de manifiesto una reformulación del papel de todos los actores involucrados, mujeres, varones, niños, personas mayores.

La industrialización, el desarrollo tecnológico y el urbanismo han manifestado cambios en la vida familiar, con el consiguiente resultado, tensión e inestabilidad ante este proceso de transición. "La producción económica tiende a separarse del grupo doméstico como efecto de la solarización, tanto en el campo como en la ciudad. La familia troncal, antigua unidad de producción y consumo, da paso a la familia nuclear, ahora, ya solo unidad de consumo." Cuidados en la Vejez, El Apoyo Informal, INSERSO, (1996).

La teoría revisada muestra también, como los procesos que se producen al interior del grupo familiar, inciden directamente, al igual que en otros miembros, en la dinámica de los mayores, en la relación entre ambos, y en las múltiples consecuencias que se derivan de ésta. Al respecto la teoría, enfatiza la importancia que tiene para esta etapa de la vida el apoyo familiar.

A pesar de todos los problemas que afronta la familia ésta sigue siendo la institución de apoyo más importante para las personas mayores. Es el eje sobre el que se monta la ayuda a los mayores dependientes, cualesquiera que sean las estructuras familiares, sociales y sociopolíticas.

Estas situaciones validan aún más el porqué la familia constituye la principal red de apoyo que tienen las personas mayores; especialmente en los momentos de crisis, de necesidad. Culturalmente se acepta que los hijos han de cuidar de los padres ancianos; por lo que el apoyo es percibido y esperado por los mayores, y los que no lo reciben, tienen mayor probabilidad de padecer un efecto negativo sobre su bienestar.

En resumen, la familia como organización intermedia, y como contrapartida, precisamente a las grandes transformaciones socio-culturales de las sociedades, ha experimentado una fuerte presión y la necesidad de realizar cambios adaptativos.

La reflexión que ha existido en torno a ella ha mostrado la existencia de diferentes discursos sobre el tema, y ha señalado que no es un objeto tan unívoco como parecía. Puesto que se ha desplegado como una realidad múltiple y compleja, que exige de los investigadores una detenida y exhaustiva inversión de tiempo y de recursos no solo materiales, sino de imaginación para que pueda mirarse desde diferentes ángulos y perspectivas, fundamentalmente en la relación con los mayores.

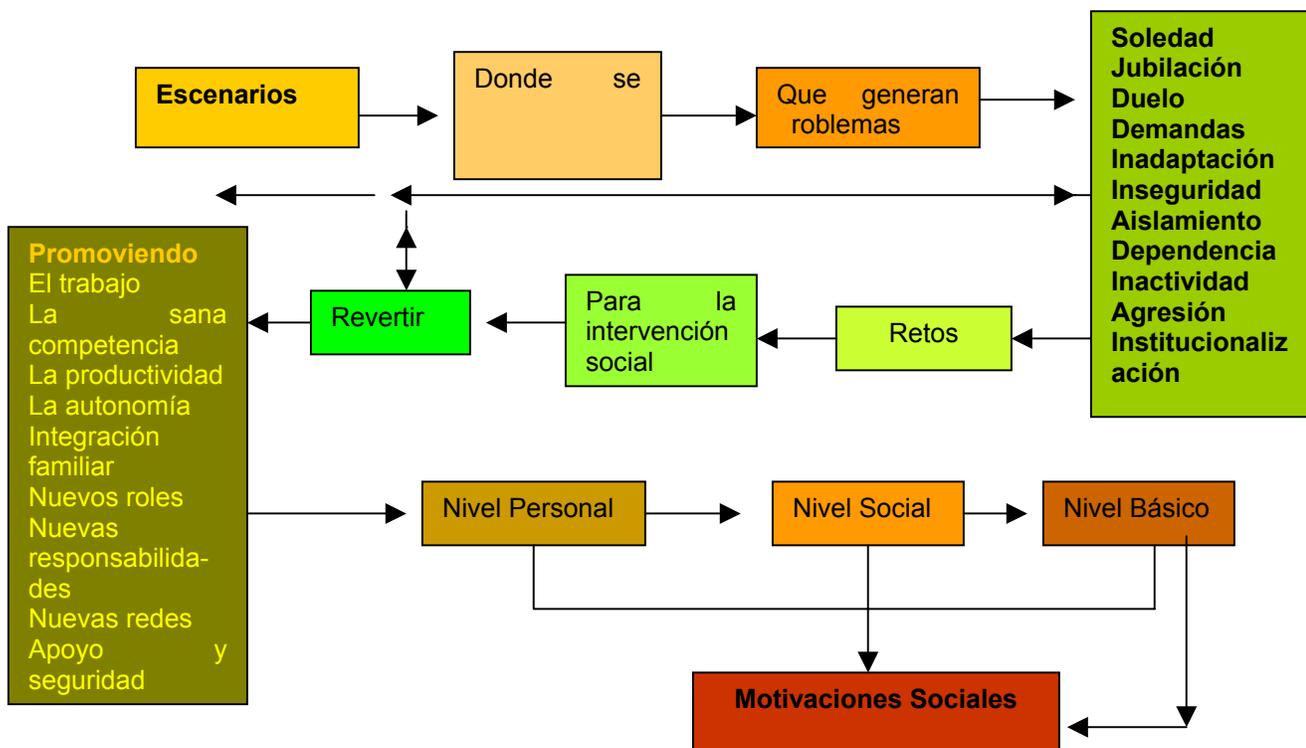
El escenario urbano, en el cual también se producen dilemas para las personas, en general, pero especialmente para las personas mayores, quienes se pierden en un espacio de anonimato de las relaciones humanas, en donde la interacción prácticamente es nula. Está comprobado científicamente, que la alta densidad en las ciudades, tiene efectos importantes en el bienestar, pues genera, hacinamiento, enfermedad, e impide el involucramiento de los mayores. En la heterogeneidad de las ciudades todos somos forasteros.

La pobreza, la inseguridad, la inaccesibilidad, impiden la independencia de movimientos y la continuidad de la actividad cotidiana para los mayores.

El trabajo, es otra fuente de problemas para las personas mayores, quienes deben experimentar la etapa de la jubilación, la cual produce un rompimiento de esquemas con una enorme carga psicosocial por la disminución de los contactos sociales, lo que conlleva a la pérdida de status y de autoestima, la pérdida de roles, y la disminución económica. Con esta serie de cambios, necesariamente, debe darse un ajuste de la persona mayor con el medio, debido a la serie de demandas sociales e individuales que debe cumplir; por esto se menciona la vejez como una época de cambio, adaptación y crisis.

En síntesis, se puede crear un cuadro de enfoque psicosocial, en donde se perfilan claramente, los escenarios sociales, los dilemas que en ellos se dan, los cuales a su vez generan problemas tales como, la soledad, la jubilación, el duelo, la institucionalización, las demandas, la inadaptación, la inseguridad, el aislamiento, la dependencia, la inactividad; los cuales, a su vez, se convierten en retos para la intervención psicosocial; promoviendo, el trabajo, la sana competencia, la productividad, la autonomía, una mayor integración de las familias, la creación de nuevos roles, de nuevas responsabilidades y de nuevas redes.

Enfoque Psicosocial en la Vejez



Respecto de lo anterior se considera la existencia de dos niveles, que son independientes, pero que están interrelacionados, el nivel personal, que es lo requerido por la persona mayor y el nivel social, que es el referente; ambos niveles conforman el nivel básico de las motivaciones sociales, con las necesidades de control, de interacción, de seguridad que tienen las personas mayores; de control de los acontecimientos en los distintos escenarios físicos y sociales, y la seguridad en el interior de los escenarios.

En general como ya se mencionó anteriormente, la experiencia social se ve afectada por la disminución de contactos sociales, por el fallecimiento de personas de la propia red social, lo cual crea vacíos en la estructura familiar y social; el mantenimiento del rol de una persona, por ejemplo, el cual tiene que ver con el rol de la comunidad, de hecho la situación de las personas mayores, se agrava en contextos sociales donde el individuo no tiene control de los escenarios que conforman su mundo social.³⁹

Desde estos planteamientos teóricos, se puede entender la complejidad de las interacciones que se producen en los escenarios sociales y cómo lo que sucede en ellos puede repercutir en la vejez hasta convertirla en una etapa difícil de sobrellevar. Por lo que se cree necesario modular todas aquellas situaciones negativas a partir de la intervención social.

En este sentido, es evidente que las estrategias y acciones que se formulen a partir del Programa de Atención al Abuso, deben ser esbozadas considerando el impacto que los escenarios sociales tienen en la vida de las personas mayores, pero especialmente en aquellos desde donde se generan situaciones de abuso, maltrato y abandono y aquellas situaciones de desventaja social.

Este impacto ha sido investigado en diferentes ámbitos y los resultados logrados, han servido de base para que la Organización Mundial de la Salud plantee una serie de aspectos que en conjunto conforman un enfoque de salud, de participación y seguridad, para lograr un Envejecimiento Activo. Los conceptos y principios de este enfoque son el fundamento teórico sobre el cual se basan las estrategias de este Programa.

- **El Envejecimiento Activo: Un enfoque de salud, de participación y seguridad**

Conceptos y determinantes:

Tradicionalmente, la vejez se ha relacionado con la enfermedad, con la dependencia y la jubilación. Las políticas y los programas vinculados a este paradigma desfasado no reflejan la realidad⁴⁰. Es una verdad que la mayoría de las personas se adaptan a los cambios que se producen con la edad, siguen siendo autónomas, aún en edades muy avanzadas.

Trabajan, aportan económicamente y especialmente realizan labores domésticas y de cuidado de niñas y niños, y de personas enfermas, de sus respectivos cónyuges mayores y enfermos(as). Este tipo de funciones que realizan, permite que los miembros más jóvenes de la familia puedan salir al mercado de trabajo. También son proveedores cuando las condiciones económicas de las personas más jóvenes no son adecuadas. En todos los países ellas realizan actividades de voluntariado, contribuyendo enormemente a la sociedad.

³⁹ Guillermand, Anne Marie, Socióloga, Universidad de la Sorbona, París, Francia, Conferencia Dimensión Socio cultural del Envejecimiento, Curso Centroamericano de Gerontología Social, 1987.

⁴⁰ Organización Mundial de la Salud, Envejecimiento y Ciclo Vital. Grupo Orgánico de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental. 2000.

Enfatiza la OMS, que es el momento de instaurar un nuevo paradigma que considere a las personas mayores, participantes activas de una sociedad que integra el envejecimiento y que considere a estas personas como contribuyentes activos y beneficiarios del desarrollo.

Incluyendo el reconocimiento que se debe dar a quienes están enfermas, son frágiles y vulnerables, así como la defensa de los derechos de asistencia y de seguridad, especialmente de que no van a sufrir de abuso y/o abandono.

Proclamar el respeto a las personas mayores y amarlas; defender sus derechos y su expresión, considerar su dignidad personal y no negarles el ejercicio de su autonomía, reconocer la homogeneidad del envejecimiento, pero no la heterogeneidad de envejecer.

La Organización Mundial de la Salud utiliza el concepto “Envejecimiento Activo” para expresar el proceso por el que se consigue este objetivo.

El querer hacer del envejecimiento una experiencia positiva, no solo debe centrarse en cuanto están viviendo las personas mayores, sino el reconocer que una vida más larga debe de ir acompañada de oportunidades continuas, de salud, de participación y de seguridad. Por tanto para que pueda darse un envejecimiento activo, debe darse un proceso para optimizar las oportunidades anteriormente mencionadas, con el propósito de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

La OMS, considera que el término “envejecimiento activo”, puede aplicarse tanto a los individuos como a los grupos de población y hace referencia a una participación continua en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos.

Este concepto permite visualizar y ayudar a las personas a realizar su potencial físico, social y mental a lo largo de la vida y más importante asumiéndolo de acuerdo con sus necesidades propias, sus deseos y capacidades. En un contexto que les proporcione seguridad, y cuidados adecuados cuando los requieran.

Desde esta óptica las personas mayores que se retiran del trabajo, o aquellas que están enfermas o viven en situación de discapacidad, pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, con su comunidad.

El término envejecimiento activo trata de que se amplíe la esperanza de vida (que se utiliza como sinónimo de vida libre de discapacidad), saludable y obviamente la calidad de vida (el cual es un término muy subjetivo que involucra de manera compleja, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características más destacadas del entorno. OMS. 1994), de las personas a medida que envejecen, incluyendo a los más frágiles, a las discapacitadas o que requieren de asistencia.

Mantener la autonomía, (entendida como la capacidad percibida de controlar, afrontar, y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir, de acuerdo con las normas y preferencias propias) y **la independencia**, (que se entiende como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, para poder vivir con independencia en la comunidad, recibiendo poca ayuda o ninguna de otras personas); debe ser un objetivo primordial de la sociedad (individuos y políticos). Sin duda el cumplimiento del mismo, reduciría riesgos de todo tipo.

De la sociedad, porque se envejece en un contexto, con el entorno y rodeados de personas, como ya se puntualizó en los esquemas sociales de la vejez. En los escenarios cercanos están los amigos, los compañeros de trabajo, los vecinos, los miembros de la familia. Por ello la interdependencia y solidaridad intergeneracional (la reciprocidad entre niñas(os), jóvenes, adultos, entre generaciones), son principios importantes del envejecimiento activo.

En lo referente a la Autonomía, esta es una de las manifestaciones del ser persona, y desde el paradigma de la conciencia, propio de la modernidad, autónoma es aquella persona, capaz de tomar libre y conscientemente las decisiones que se adecuan o no a las normas que emanan de su autogobierno.

Edmun Pellegrino dice que **“La autonomía es una capacidad de la persona total y no el total de las capacidades de una persona”**.⁴¹

No obstante la autonomía sigue siendo la capacidad del sujeto moral de decidir a favor de sus propios intereses, siempre que estos hayan sido legitimados a través de una argumentación que tenga en cuenta los intereses de todas las otras personas involucradas en la toma de decisiones. En este sentido la autonomía está subordinada al hecho de que los seres humanos son miembros de una comunidad moral en la cual el diálogo siempre implica al otro

Durante largo tiempo se ha ejercido el poder que emana de “ser experto” o “ser competente” para influir sobre la supuesta toma de decisiones de quienes insertos al interior de una cultura descalificadora han aceptado previamente las reglas del juego. Es necesario modificar este contexto ya que las asimetrías no invalidan el diálogo, lo que lo desnaturaliza es la falta de reciprocidad entre las partes.⁴²

Aunque las asimetrías pueden ser consecuencia de múltiples factores, no hay duda que las relaciones de poder constituyen uno de los más identificables. En este caso bastaría con solo la buena voluntad de quienes lo poseen, para no usarlo en detrimento de los desvalidos o frágiles o vulnerables.

La vejez puede ser vista y sentida, como sabiduría, castigo, necesidad, proyecto, desafío, enfermedad, solidaridad, menosprecio, debilidad, carga, equilibrio entre otras. Y esto sólo puede expresarse y compararse aceptando la intersubjetividad, por la que se reconoce de manera recíproca la autonomía de todas las personas, en su capacidad de comunicarse; aunque ésta autonomía solo pueda ser ejercida parcialmente, por incapacidad mental, emocional, ignorancia, entre otras, nada autoriza a no tenerla en cuenta.

En síntesis el envejecimiento activo se basa en un cambio de paradigma en el cual hay un reconocimiento de los derechos de las personas mayores y en los principios que hablan de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los deseos propios. (Naciones Unidas).

El mismo sustituye la Planificación Estratégica, desde un planteamiento “basado en las necesidades” y que contempla a las personas mayores como objetivos pasivos, por otro “basado en los derechos,” igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida y en su responsabilidad de participar en el proceso político y en los concernientes a la comunidad.⁴³

- **Determinantes del envejecimiento, retos en la búsqueda del Envejecimiento Activo**

La OMS menciona una serie de determinantes del envejecimiento, como evidencias de que estos factores y la interacción entre ellos predicen la bondad o no del envejecimiento de las poblaciones y de las personas. Aunque hacen falta investigaciones para establecer causalidad y como afectan

⁴¹ Pellegrino, E; La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica” en Bioética, Publicación científica Nro. 527, OMS; Washington 1990.

⁴² Rodríguez Salgado; Larroca, S, Asnárez T, Strada J. Actas de las Jornadas Argentinas e Iberoamericanas de Bioética. Asociación Argentina de Bioética. 2000

⁴³ Organización Mundial de la Salud, Envejecimiento y Ciclo Vital.2002

los determinantes la salud y el bienestar; es claro que estos construyen la situación en que viven las personas mayores en el Mundo.

La cultura y el género: La cultura que rodea a las personas determina la forma en que se envejece, porque ésta influye sobre los demás determinantes del envejecimiento. El cómo una sociedad considere a las personas mayores, va a depender de los valores y tradiciones de la misma. En como cuidan la salud, las formas de convivencia. El sexo por ejemplo, puede constituirse en una situación de inferioridad en muchas sociedades, con lo cual quienes lo sufren en su mayoría las mujeres, se ven marginadas del acceso a la educación, a servicios de salud oportunos, a alimentación, al trabajo.

El papel tradicional que han ejercido las mujeres como cuidadoras de la familia también contribuye al grado de pobreza y a la mala salud en la vejez. En los varones, estos tienen más alto riesgo de padecer lesiones debilitantes y a morir a causa de la violencia, los riesgos laborales y el suicidio.

Los servicios de salud y sociales: Deben estar orientados a la prevención y a la promoción de la salud. Ambos servicios deben de estar integrados, ser coordinados y efectivos, no debe haber discriminación debida a la edad. La personas deben aprender a controlar y mejorar su salud, prevenir y controlar sus enfermedades, especialmente frecuentes cuando las personas envejecen.

La asistencia a largo plazo, debe estar constituida en un sistema de actividades que deben proporcionar las personas cuidadoras (el apoyo informal, que brindan familiares, vecinos, amigos) y profesionales de servicios de salud y sociales (el apoyo formal), para garantizar la calidad de vida de las personas que lo requieren. También se deben considerar los servicios de salud mental, en la asistencia a largo plazo debido al insuficiente diagnóstico de las enfermedades mentales y a los índices de suicidio en las personas mayores.

Los servicios deben considerar, el cuidado de largo plazo, el cuidado paliativo y el control del dolor, los aspectos bioéticos, del derecho a sanar, a morir con dignidad.

La adopción de estilos de vida saludable: El no fumado, evitar el alcohol, realizar actividad física, evitando el sedentarismo, teniendo una alimentación sana, una salud bucal, evitando el mal uso de los medicamentos.

Los factores personales. La biología y la genética que influyen en gran medida en como envejece una persona. “El envejecimiento puede definirse como un deterioro funcional progresivo y generalizado que ocasiona una pérdida de la respuesta de adaptación a la agresión y un aumento del riesgo de enfermedades asociadas a la edad”. Kirwood, 1996.⁴⁴

En otras palabras la personas mayores se enferman más que los jóvenes debido a que al tener una vida más prolongada han estado expuestos a factores externos, conductuales y medioambientales que provocan enfermedades.

Los aspectos psicológicos, como la inteligencia y la capacidad cognoscitiva son predictores del envejecimiento activo y la longevidad, algunas capacidades cognitivas disminuyen pero son compensadas con la sabiduría, los conocimientos y la experiencia. En este sentido los factores externos pueden contribuir para que haya desuso, depresión, falta de motivación, la soledad, el aislamiento, el maltrato, incluso más que el mismo envejecimiento. La preparación para envejecer, permite una mejor adaptación a los cambios.

Entorno Físico: Que tiene que ver con entornos seguros, libres de barreras arquitectónicas, para que no impidan que las personas interactúen; cuando las barreras obstaculizan la interacción de las personas con el entorno; hay más propensión al aislamiento, a la depresión, a tener un estado físico peor y más problemas de movilidad. Los servicios de transporte deben ser accesibles y

⁴⁴ Kirkwood T, Mechanisms of Ageing. En: Ebrahim S. Kalache A. Editores. Epidemiology in Old age. Londres 1996.

asequibles, para que todas las personas puedan disfrutar de la vida comunitaria. También en el entorno puede haber riesgos que provoquen lesiones, caídas, incendios, accidentes de tránsito.

En este sentido la vivienda y el vecindario deben ser escenarios seguros, limpios, donde se respire aire puro, que propicien la interacción social positiva y eviten el aislamiento, en los cuales se tengan en cuenta las necesidades de las personas de edad, de seguridad y de salud. Una buena proporción de personas mayores viven en barrios marginados, donde la delincuencia y las drogas generan problemas, especialmente para los grupos vulnerables.

Se debe considerar a todo nivel que las personas mayores cada vez más, tienden a vivir solas, especialmente las mujeres independientes, que en mayor porcentaje son viudas y pobres. Otras personas tienen que vivir en lugares que no han elegido, por múltiples razones, económicas, de salud, entre otras, con familias numerosas, con relaciones intergeneracionales débiles.

Las caídas, merecen una gran atención, debido a que son causa creciente e importante de lesiones, gastos y muerte. En el entorno pueden haber factores que aumenten el riesgo e caerse, como pisos resbaladizos o irregulares, mala iluminación, ausencia de barandillas donde apoyarse, viviendas en mal estado, gradas y el abuso físico. Las lesiones que producen las caídas, generan mayor discapacidad en las personas de edad que en las más jóvenes, mayores períodos de hospitalización; generan dependencia posterior, en muchos casos abandono de sus familiares porque no pueden cuidarlas, síndromes de inmovilización y muerte.

El entorno Social: El apoyo social, las oportunidades para la educación y el aprendizaje durante toda la vida, la paz, la protección frente a la violencia y el abuso son factores primordiales del entorno social que contribuyen a mantener y mejorar la salud, la participación y la seguridad a medida que las personas envejecen.

Lo contrario la soledad, el aislamiento social, el analfabetismo, y la falta de educación; el abuso contra las personas de edad avanzada: En general los conflictos aumentan enormemente los riesgos de discapacidad y muerte prematura.

Cuando el apoyo social es inadecuado las consecuencias se pueden medir, en general se asocia con un aumento en la morbilidad, la mortalidad, la angustia o tensión psicológica, se da una disminución en el estado de salud y en el bienestar en general. Hay una ruptura en contactos que son vitales para el mantenimiento emocional. En el mundo hay investigaciones que comprueban la importancia de los contactos sociales en las personas mayores, tienen más probabilidad de morir quienes tienen menor apoyo social.

La violencia y el abuso, las personas mayores que viven solas o en barrios inseguros, pueden ser más fácilmente atacadas, robadas. Sin embargo hay una forma más frecuente de violencia que es el abuso, físico, sexual, patrimonial, psicológico, el cual es cometido contra las personas de edad, especialmente contra las mujeres. Este abuso es mayormente cometido por sus familiares cercanos o por personas cuidadoras en instituciones, personas bien conocidas por las víctimas, en relaciones de confianza. Este tipo de maltrato se da en todos los niveles económicos y produce mucho daño.

Según la OMS, “las propias personas adultas mayores, perciben que en el abuso se incluyen factores sociales como la desatención que provoca exclusión social y abandono, violación de los derechos humanos legales y médicos, privación no se les permite tomar decisiones. El abuso es una violación de los derechos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación”.

Aspectos Económicos: Las personas mayores son especialmente vulnerables a la falta de ingresos, viven en pobreza y pobreza extrema, esta situación les afecta el acceso a alimentos nutritivos, a tener una vivienda adecuada, a la atención de la salud, lo que incide directamente en su capacidad funcional, a comprar medicamentos, cuando los requieren, a mantener una salud

bucal, visual, a no poder utilizar ayudas técnicas si las requieren. Las personas que no tienen pensión, o bienes o un ingreso asegurado son más vulnerables a los malos tratos, debido a la dependencia de otras personas para sobrevivir; otros son indigentes o deben ser institucionalizados.

En síntesis los grupos de mayor edad, tienen características muy propias, diferentes a las de los otros grupos etáreos, mayor vulnerabilidad, mayor morbilidad; en especial porque los padecimientos crónicos, el aislamiento social, y el escaso apoyo de las redes más cercanas, pueden aumentar el riesgo de que se pierda o disminuya la capacidad funcional, con la consecuente disminución de la independencia en las actividades de la vida diaria básicas, AVD; en las instrumentales, AVDI, y en la autonomía. Afectándose con ello, la capacidad de tomar decisiones. Especialmente si las redes de apoyo, no son suficientes, son inestables, o más bien se convierten en fuentes de inseguridad, inestabilidad y malos tratos⁴⁵.

- **Principios del Envejecimiento Activo: Paradigma que sustenta el Programa de Atención Integral al Abuso de las Personas Adultas Mayores**

Las políticas y programas desarrolladas desde el paradigma del envejecimiento activo, ofrecen la posibilidad de enfrentar los retos tanto de las personas como de las poblaciones que están envejeciendo.

Desde este enfoque, se reconoce la necesidad de fomentar y equilibrar la responsabilidad personal, en la adquisición de estilos de vida saludables, los entornos adecuados, permisivos, donde se valore el apoyo y la solidaridad intergeneracional. Las personas y los grupos familiares deben planificar su vejez y prepararse para asumirla como una etapa del ciclo vital.

La mayor participación y responsabilidad para asumir ésta etapa de la vida, conllevan una reducción de gastos de asistencia, mayor oportunidad de esperanza de vida libre de discapacidad, de abusos y abandono.

Principios:

- La educación, la salud, las oportunidades de trabajo, la convivencia intergeneracional solidaria y sin violencia, el desarrollo de redes de alta significación y compromiso; donde se perfilen servicios sociales que fomenten la independencia y la autonomía, pero que también ofrezcan respuestas oportunas para direccionar el apoyo social de manera integral, a quienes por su fragilidad y/o enfermedad requieran de cuidados de corto, mediano y largo plazo.
- Crear las oportunidades para que las personas mayores continúen participando desde la actividad social, económica, educativa, cultural, recreativa, de voluntariado, integrando organizaciones que fomenten la promoción, la interacción entre generaciones, la toma de decisiones.
- Crear espacios de discusión en la sociedad que generen mayor reconocimiento público de la autoridad y otras contribuciones importantes de las personas adultas mayores. A través de los medios de comunicación, de la educación formal.
- Fortalecer medidas especiales de protección social para hacer frente a la pobreza de las personas adultas mayores, en especial la que enfrentan las mujeres y las personas con discapacidad; se habla de feminización de la pobreza, debido a las desigualdades y disparidades entre los géneros en lo que se refiere al poder económico, la desigual distribución del trabajo no remunerado entre varones y mujeres: Las personas de edad

⁴⁵ Jiménez Rodríguez, S. El Abandono y la Institucionalización de las Personas Mayores. Estudio realizado en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Blanco Cervantes. 1996. Costa Rica.

discapacitadas son también más vulnerables a la pobreza que las personas de edad no discapacitadas, en parte debido a la discriminación.

- Instituir programas de capacitación continua y ofrecer incentivos a las y los profesionales de los servicios sociales y de salud para que asesoren y guíen a las personas que están llegando a la vejez, sobre los modos de vida saludable, el fortalecimiento de las redes próximas, la calidad de vida, acerca de la no violencia y el cuidado de la propia salud.
- Educar a las y los profesionales de salud y de asistencia social, para que incluyan a las personas mayores en la adopción de decisiones relativas a su propia atención.
- Desarrollar estrategias para disminuir los factores de riesgo que producen el aislamiento social, las enfermedades mentales.
- Apoyar y fomentar la creación de grupos de habilitación comunitaria y asistencia mutua, mediante actividades de divulgación, de visitas.
- Fomentar el establecimiento de servicios gerontológicos especializados y perfeccionar la coordinación de sus actividades con los servicios de atención primaria de salud y los servicios de apoyo social.
- Fomentar la auto asistencia de las personas de edad y aprovechar al máximo sus ventajas y capacidades en los servicios de salud y sociales.
- Integrar las necesidades y percepciones de las personas mayores en la formulación de políticas integrales de atención.
- Capacitar y suministrar información a las personas cuidadoras que atienden a otras, para ayudarles a prestar una atención eficaz y al mismo tiempo reducir al mínimo los posibles efectos adversos sobre su propia salud y bienestar, con lo cual se reduce el riesgo de abuso por parte de las personas cuidadoras por tensión ante el cuidado.
- Tener programas de apoyo a la autoayuda y prestar servicios de cuidados temporales para las personas mayores, sus familias y otras personas que presten asistencia.
- Plantear estrategias eficaces para elevar el nivel de calidad de diagnósticos de las enfermedades mentales en la vejez, y los grados de atención de las necesidades de las personas que las padecen, las personas que las cuidan y de las y los profesionales de la salud.
- Formular programas de terapia psicosocial para atender a las personas mayores víctimas de abuso, de trastornos mentales. Tanto como a los victimarios y cuidadores.
- Crear servicios y establecimientos que ofrezcan seguridad y tratamiento y que promuevan la dignidad personal, para atender las necesidades de las personas mayores abusadas o en riesgo de estarlo, debido a su problema de salud física o mental.
- Organizar una gama completa de servicios continuados en la comunidad para prevenir el abuso, el abandono y la institucionalización.
- Promover la divulgación de información sobre todos los aspectos, (factores de riesgo, medidas, tratamientos, donde se brindan los servicios, pronósticos entre otras), de todo lo relacionado con el abuso o maltrato de las personas mayores, en su propia familia y en las instituciones, donde son atendidas.
- Prestar servicios de salud mental a las personas mayores que viven en instituciones y a

quienes fungen como cuidadores.

- Proporcionar servicios de rehabilitación física y mental para las personas mayores que presentan discapacidades. Así como entornos propicios con el fin de impedir la aparición o el empeoramiento de dichas discapacidades.
- Coordinar los esfuerzos multisectoriales que se realicen para apoyar el mantenimiento de la integración de las personas mayores con sus familias y comunidades.
- Apoyar los esfuerzos que se realicen en infraestructura locales; transporte, salud, seguridad.
- Instaurar políticas y apoyar iniciativas dirigidas a facilitar el acceso de las personas mayores a los bienes y servicios.
- Impulsar y apoyar los esfuerzos que en materia de vivienda para las personas mayores se realicen, especialmente para que se tomen en cuenta las necesidades de las mismas, libres de obstáculos a la movilidad y al acceso
- Apoyar los existentes e impulsar la cantidad y calidad de los servicios de sostén que se requieran, para aquellas personas mayores que vivan solas, con el propósito de prolongar su capacidad para vivir con independencia sin tener que acceder a un hogar para ancianos.
- Organizar sistemas de apoyo social, estructurados y no estructurados, a fin de potenciar la capacidad de las familias para cuidar a las personas mayores, en el ámbito familiar, incluyendo, en particular la prestación de apoyo y servicios a largo plazo, de un número creciente de personas mayores que tienen una salud frágil.
- Fortalecer el papel que desempeñan las personas mayores que fungen como abuelos que crían a sus nietas(os)
- Crear las estrategias necesarias para eliminar todas las formas de abandono, abuso y violencia en contra de las personas mayores. **En este sentido:**
- Sensibilizar a las y los profesionales, al público en general, por todos los medios de difusión, con campañas de concientización sobre los aspectos concernientes al abuso, sus diversas características y causas.
- Apoyar las medidas que otras instancias tomen para abolir estereotipos que atenten contra la salud y el bienestar de las mujeres.
- Impulsar y apoyar las medidas legales que se tomen con el fin de eliminar los abusos en contra de las personas mayores.
- Promover la cooperación entre las instituciones del estado costarricense y la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, para hacer frente al mal trato de las personas mayores, entre otras cosas desarrollando iniciativas comunitarias.
- Conocer y tratar, para reducir al máximo los riesgos que entrañan para las mujeres mayores y varones las formas de abandono, malos tratos y violencia, con el fin de protegerlas(os), especialmente en situaciones de emergencia.
- Fomentar la investigación, para tener una visión más amplia de las causas, naturaleza, magnitud, gravedad y consecuencias de todas las formas de violencia contra las personas mayores. Y dar amplia difusión a las conclusiones de las investigaciones y estudios que

surjan.

- Impulsar y apoyar la creación de servicios de apoyo para atender los casos de abuso y maltrato en contra de las personas mayores.
- Apoyar y crear programas de capacitación para alentar a los profesionales de la salud y de servicios sociales en la lucha contra este mal, que atenta día a día contra la vida de las personas mayores que lo sufren.
- Crear las estrategias necesarias para que profesionales y público en general denuncien en aquellos casos en que se sospeche la existencia de malos tratos hacia las y los mayores. Informarles de la protección y del apoyo de que disponen.
- Propiciar ámbitos de discusión en las diferentes esferas de competitividad, para crear las rutas de acceso para plantear denuncias, recibir protección adecuada y oportuna, servicios de apoyo acordes con las necesidades; en una “Red Total” que integren estos servicios de manera que permitan que las personas mayores no encuentren obstáculos en el difícil camino de denunciar; así como para aquellas personas que vayan a denunciar desde la posición profesional, de amigos o vecinos. Y hacer campañas publicitarias para que la población este debidamente informada de cómo se maneja esta “Red Total” de Atención al Abuso y/o abandono.
- Definir y estandarizar las herramientas utilizadas para evaluar el abuso de todos los tipos y características, en las personas mayores.
- Impulsar la creación de sistemas de información y la utilización de los mismos, que permitan contar con estadísticas reales del impacto del abuso y la atención en las personas adultas mayores.
- Fomentar y definir la acción intersectorial en la medida de las necesidades de la población mayor, en especial para combatir la violencia contra ellas en todas sus formas. Prestando especial atención a aquellos grupos con mayor pobreza, marginados y a quienes viven en zonas rurales.
- Las mejoras que se produzcan en la situación económica y social de las personas de edad, generarán cambios favorables en el entorno físico, en la salud, en las relaciones e interacciones con las personas más allegadas, por lo que se reducen los factores de riesgo de el abuso y el abandono

La aplicación de los conceptos y principios (en los que se fundamenta el Envejecimiento Activo), en la formulación de esta propuesta de atención integral del abuso hacia las personas mayores, debe ser la gran estrategia desde la cual se impulsen todas aquellas acciones que en conjunto eliminen la discriminación, reconozcan la diversidad en la población mayor, y promuevan que las personas mayores, sus familiares, cuidadores(as), la sociedad en general, se involucren activamente en la planificación, la aplicación y la evaluación de políticas, programas y actividades de desarrollo integral del conocimiento.; que puedan crear las oportunidades para alcanzar una mayor esperanza de vida libre de discapacidad y malos tratos.

▪ **El Apoyo Social: Las Redes de Apoyo Formal y de Apoyo Informal**

Toda política, estrategia y acción, en lo referente a la atención de las personas adultas mayores, se debe desarrollar, entendiendo lo que es el apoyo social y las redes desde las cuales se genera, para lograr cambios reales y duraderos en el tiempo, que afecten la calidad de vida de las personas de edad.

En este sentido el apoyo social, se entiende como “el conjunto de bienes, de servicios y de interrelaciones, existente o factible en una sociedad, el cual fomenta el desarrollo de los procesos vitales y la satisfacción de las necesidades fundamentales de sus habitantes, en un momento histórico determinado”. Sánchez, C.D (1988).

El concepto de apoyo social integra, a su vez, el concepto de Redes de Apoyo Formal, y Redes de Apoyo Informal.

Las respuestas del **apoyo formal**, se establecen a través de los servicios que ofrecen las Administraciones Públicas, o desde la iniciativa social por medio de entidades voluntarias.

El apoyo informal, se presta desde el grupo familiar y otras redes sociales como amistades, vecinos, voluntariado; es decir, que emergen del contexto de forma natural, y que al igual que las redes formales, son fuentes proveedoras de apoyo emocional, económico, instrumental. Díaz Veiga, (1982).

Para las personas mayores, el apoyo social tiene características propias y reviste gran importancia debido a la vulnerabilidad de ese grupo; fundamentalmente si se comprende que el concepto de apoyo social atiende a criterios diferentes (aunque relacionados), a los tradicionalmente utilizados de pobreza y de reproducción de la fuerza de trabajo. Ramírez, M (1991)

Butler y Lewis, (1977); citaron que “La habilidad de la persona mayor para adaptarse y progresar depende de su salud física, de su personalidad, sus experiencias tempranas en la vida y del apoyo social que recibe: bases económicas adecuadas, seguridad, cuidados médicos, papeles sociales, recreación.

Bajo estos conceptos, la “Propuesta de Atención Integral del Abuso y/o abandono” plantea una estrategia desde la cual se pueden generar acciones que respondan al cometido del apoyo social; para crear y fortalecer las redes existentes, la red de apoyo formal y la red de apoyo informal. Con el fin de unir ambas, y crear una “Red Total” de servicios interactivos, que fomenten en las personas la comprensión del envejecimiento como una etapa del ciclo de la vida, que reconozcan todas aquellas oportunidades para mantener una vejez activa y productiva y que generen respuestas oportunas para aquellas situaciones de riesgo, como lo es el abuso.

Este planteamiento produce una serie de expectativas para ofrecer respuestas adecuadas, teniendo en cuenta que la protección social ante el riesgo creciente de dependencia debida a la mayor expectativa de vida actual, es un reto especialmente en los países desarrollados.

Además, las comunidades y sus integrantes, son “los protagonistas principales de la acción social; tienen la vivencia de las situaciones que confrontan y desarrollan hacia éstas; percepciones, sentimientos y valores que les son propios y que constituyen las variables más importantes en el proceso de planificación del bienestar como lucha por “el óptimo vital.” Arias Sánchez, (1986)
Lo que implica superar condiciones sociales desfavorables e inclusive modificar condiciones del medio físico. “Los profesionales, técnicos y administradores de los programas son los interpretes de las comunidades que intervienen para promover, preservar y recuperar el óptimo vital, Ramírez, M (1987).

Converger los servicios formales e informales es un reto de la sociedad actual. Según, esta nueva concepción de servicios sociales, habrá que incorporar a las(os) cuidadoras (es) entre los destinatarios de servicios y prestaciones, tales como subvenciones y ayudas económicas, formación y apoyo personal, servicios sociales intermedios, como los centros de estancias diurnas y temporales. Solo así puede pensarse en liberar a las familias y a las propias personas mayores de las tensiones de los cambios en los patrones de vida.

En este sentido, es importante proponer también que en los servicios sociales clásicos, como los Hogares, Residencias y el Servicio de Ayuda a Domicilio, se encuentre la fórmula de vinculación

con las redes de apoyo informal, en lugar de considerarlos sólo como una alternativa que se ofrece cuando no existe familia cuidadora o cuando ésta se desvincula por imposibilidad o por abandono de la función de ofrecer cuidados.

Los centros residenciales, deben ofrecer además alternativas para atender y albergar a las personas en condición de abuso y/o abandono provenientes de la comunidad, así como la responsabilidad de normar la atención que se brinda a sus usuarios en procura de evitar el abuso que se puede producir al interior de las mismas

En cuanto a los centros de atención diurna, los mismos deben tener clara la misión para la que fueron creados y mantener un enlace con la familia de las y los usuarios; crear las normas de atención que permitan detectar el abuso familiar en estas personas y denunciar la situación para que se atienda con prontitud. Estos son servicios importantes al interior de la Red, que deben ser fortalecidos.

Se debe valorar desde las estrategias de atención, la importancia de la familia, de los amigos, de los vecinos y la capacidad que pueden tener para asistir a la persona mayor; pero si estos recursos son insuficientes, para resolver el problema, deben involucrarse los recursos sociales disponibles. Más esto solo se consigue con los esfuerzos de una sociedad organizada. Lo que evita desgastes familiares, tipos de negligencia y de abuso, que suelen acompañarse cuando las familias no reciben otro tipo de apoyo.

En general, el apoyo informal es el cuidado y la atención que se les brinda a las personas que presenten algún grado de dependencia psicofísica, por individuos y redes diferentes de los servicios formalizados de atención; especialmente la familia nuclear extensa; pero también otros sin ningún lazo de unión, ni de obligación, que no sea el de la amistad o el de la buena vecindad, por el voluntariado y otras redes, como asociaciones de ayuda mutua. Lo que como ya se mencionó debe organizarse, con acciones que deben partir desde la Propuesta de Atención en este Programa.

La gama de servicios que se pueda proporcionar a las personas adultas mayores en la comunidad, constituyen la diferencia para evitar el abandono y los malos tratos de que son objeto quienes por condiciones de dependencia, económica, social o física deben sufrirlas.

En síntesis, la formulación de estrategias para enlazar servicios en la comunidad debe ser un objetivo, fortalecerlos y crear aquellos que sean indispensables para brindar la atención adecuada.

Por tanto es necesario:

- Considerar, que en todo proceso de intervención, ya sea formal o informal, se atienda como asunto prioritario, el reforzamiento de la autonomía de las personas mayores, con el fin de evitar, por otra parte, los efectos perversos que en ocasiones se producen; para lograr esto, antes debe existir un cambio de actitudes hacia las personas mayores, que no debieran permanecer al margen de las decisiones que afectan muy directamente sus vidas.
- El desarrollo de las estructuras de apoyo social de amplios contextos, con la sensibilidad social que las enuncia, no solo con la tendencia a responsabilizar al estado, directa o indirectamente, del bienestar social de las personas mayores, sino a toda la comunidad.
- Considerar que la serie de cambios en la atención de la salud y de lo social, propician que un mayor número de personas vivan mucho más, incluso en situaciones de salud precaria o con déficit funcionales graves, que requieren asistencia de distinta índole. Esta atención, hoy no se brinda sólo a través de fuentes tradicionales, lo cual se debe a varias razones:

- Al aumento de la escala del problema.
- Los cambios complejos en la estructura y actividades sociales. Y
- La presencia de nuevas estructuras de atención, como las ONGs, el voluntariado, las instituciones privadas, como proveedoras y administradoras del bienestar social, en general; además, de la intervención de la familia y el estado.

En términos generales, y a pesar de que en los últimos años, se han realizado esfuerzos en lo referente al apoyo social, el apoyo estatal no es favorecedor para los programas de intervención social, y para la dedicación de recursos dirigidos a este segmento de la población, por lo que desde esta propuesta se debe gestionar como lograrlo. Especialmente porque la atención integral al abuso y/o maltrato de las personas mayores, requiere de estas redes, por lo complejo de la problemática, en la cual intervienen diversas variables, concernientes a salud, a necesidad de servicios entre otras.

4.2 Conceptos y teorías que sustentan formas de intervención en el abuso a las personas mayores

Cuando se analiza la vejez, resulta preciso referirse a las circunstancias que diferencian a unas personas mayores de otras. Actualmente se cuenta con estudios suficientes, para saber que no puede hablarse de manera unívoca sobre la misma, que no existe un solo perfil de la vejez, sino una gran variedad de ellos:

El de las personas ricas, el de las pobres, el perfil del hombre, de la mujer, el urbano, el rural, el de aquellas personas con estudios altos y el de aquellas que apenas fueron a la escuela, el de aquellas con trabajos de status profesional y el de quienes han trabajado en puestos muy rutinarios, poco cualificados y mal pagados, el de la mujer sin estudios, ama de casa, viuda y viviendo en soledad; el perfil de quienes tienen una amplia red social de apoyo, participan activamente en la sociedad y el de quienes se encuentran aisladas, y tienen dificultades relacionales, el de aquellas que por diversas circunstancias son agredidas de diferentes maneras, por las personas que las y los rodean, causándoles daño y dolor y el de aquellas que son queridas, respetadas y viven con autonomía.

Es muy importante no perder esta perspectiva, en todas las acciones que desde los programas para atender a las personas mayores se gestionan; además es enriquecedora para quienes tienen un verdadero interés por el conocimiento, con miras a transformar.

Con este enunciado básico se presentan las siguientes perspectivas teóricas:

- **Los cuidados en la vejez generan tensiones**

Todas las personas precisan, desde el momento de su nacimiento hasta su muerte, de una serie de interacciones personales que puedan proporcionarles diferentes tipos de ayuda de carácter emocional o material, las cuales provienen de sus redes sociales próximas. No es entonces difícil de entender que la insuficiencia de apoyo social puede originar carencias de todo tipo y hasta la muerte de la persona afectada.

De diferentes estudios realizados en España, se conocen opiniones de las y los cuidadores entrevistados, con respecto a su rol; las cuales son importantes de resaltar en este trabajo, porque en muchos casos se relacionan (estas opiniones) con actitudes de cansancio, tensión, maltrato y/o negligencia.

De lo que estas personas opinan en relación con el cuidado a los mayores, se deduce que en principio es un asunto de familia, pero con un doble filo, por un lado, permite expresar la solidaridad entre todos los parientes (lo que produce una imagen de familia unida, que se desvive por ellos); por otro lado hace entrar en crisis también a toda la familia al desarticular en mayor o menor grado las relaciones, funciones, y espacios hasta ese momento existentes.

La síntesis se produce cuando el cuidado se establece con un poco de amor y un poco de buena voluntad. Pero cuando el afecto no es suficientemente fuerte, o la tensión del cuidador(a) es frecuente y los recursos de apoyo (formales, e informales) son escasos o inexistentes, pueden producirse condiciones en el ambiente poco favorables para la persona mayor; la negligencia en la atención y el maltrato son dos de ellas, las cuales producen deterioro absoluto en las condiciones de vida de los mayores.

Pero alrededor de las y los cuidadores también se pueden encontrar los círculos de apoyo informal, otros familiares, vecinos, amigos; y si esta red es fuerte, probablemente el riesgo de que ocurran circunstancias no deseables en la atención, disminuye. En síntesis se puede afirmar que la calidad de vida de las personas mayores necesitadas de ayuda, depende principalmente de la calidad de las relaciones que se establecen entre el cuidador(a) y la persona atendida.

Y esta afirmación es muy adecuada para entender la complejidad de estos procesos, puesto que es en el ámbito familiar donde se ha comprobado, por medio de diversas investigaciones, que se da el maltrato hacia las personas mayores, y por parte de sus familiares más cercanos. Por lo que se puede asociar esta situación (y sin dejar de lado otras circunstancias), a la mayor vulnerabilidad de las personas que cuidan, por enfermedad, invalidez o dependencia económica.

En general las personas mayores dependientes solo cuentan con el apoyo familiar y poco con el apoyo de otras redes de asistencia públicas o privadas, probablemente debido a los problemas de financiación de las mismas por parte del estado, y/o a la poca cobertura que tienen; lo que deja a la familia sola, siendo lo razonable, que la responsabilidad se compartiera entre la familia y el estado, especialmente en las actuales circunstancias. Esta política, sin duda alguna protegería a los mayores de la negligencia, el maltrato y otras situaciones negativas.

Debido a la sobrecarga que muchas (os) cuidadores tienen, pueden experimentar ansiedad y tensión, producto también de deseos personales que han sido suprimidos. Diversos estudios muestran que el cuidador (a), de alto riesgo de iniciar abuso es frecuentemente el hijo o la hija, con una edad superior a los 45 años, en estas edades consideran los investigadores, los hijos en general, deben cumplir múltiples roles que demandan mayor cantidad de energía y tiempo.

Las hijas principalmente, en sus diversos roles, como madres, esposas, y amas de casa, pueden experimentar tensión y sentirse limitadas en sus propios deseos y actividades.

En general el cuidado por la dependencia de parientes, es una cuestión que con el tiempo, puede generar crisis familiares.

La enfermedad y las necesidades resultantes de ésta, son las que obligan los cambios, que los mayores tienen dificultad en aceptar. Arreglárselas con pérdidas físicas y emocionales, en un inicio será complicado por tener que abandonar su propia autonomía. Después la persona mayor encontrará ajustes en su nueva situación y sobre todo si ha tenido que trasladarse de vivienda; circunstancia que puede ser difícil o mejor, intolerable o peor.

Confundiendo este proceso de ajuste, la persona mayor en muchos casos, será recordada por otros, que él o ella, son afortunados(as) de tener tal atención de sus hijos(as). Pocos(as) entenderán la difícil situación que atraviesan, por lo que el soporte emocional será escaso. Un pariente dependiente debe permitir que se le infantilice y se le domine; y si esta situación es producida, por los hijos(as), las personas mayores recordaran que en otro tiempo fueron ellos o ellas quienes tuvieron la autoridad.

Tal conducta puede despertar enojo y resentimiento personal, contra el cuidador(a), particularmente si en el pasado se dieron conflictos que no han sido resueltos. Estas situaciones pueden ser el inicio de conflictos serios y de conductas abusivas, en las que los mayores tienen menos oportunidades para defenderse.

En lo referente al problema del abuso, algunas personas abusadas, viven solas, pero otras viven con sus cónyuges o familiares, lo que como se planteó en el párrafo anterior, puede ser difícil o mejor, intolerable o peor. Y entonces cómo lo manifiesta Hamilton, la ocurrencia de violencia al interior de la familia, contradice la afirmación social popular, de “individuos buenos y personas libres”. Hamilton P. Gail (1989).

Algunas características comunes han sido identificadas de entre los miembros de familias, que sufren de abuso; los estudios indican que las víctimas son con frecuencia de clase media, vulnerables, y dependientes, la mayoría mujeres con discapacidad física y/o mental.

No obstante el problema del abuso como se verá más adelante no se da sólo en personas mayores enfermas o inválidas, sino en aquellas independientes, sea que se encuentren aisladas del entorno social o no, sin embargo la teoría refiere que en personas aisladas del contexto social, es más probable que se produzca el abuso.

- **Entendiendo el abuso a las personas mayores en el interior de la familia.**

Con el análisis anterior, de algunos aspectos conceptuales, concernientes a situaciones concretas que se dan con el envejecimiento, se trata de evidenciar que existe un terreno propicio para que muchas personas de edad se vean enfrentadas diariamente en su familia y en su comunidad a incomprensiones y malos tratos.

En este sentido uno de los problemas más serios que tiene la persona mayor en la actualidad es la violencia intrafamiliar, la cual es considerada como un serio problema de salud pública en muchos países.

La violencia es el maltrato de unos miembros contra otros, e incluye una variedad de relaciones que van más allá de la consanguinidad y el matrimonio. En el caso de los mayores se pueden identificar otros factores sociales, que se combinan para propiciar que la situación de violencia sea una realidad en sus vidas.

La violencia intrafamiliar, es un fenómeno complejo y multidimensional, que se viene evidenciando cada vez con mayor fuerza. Sin embargo se trata de una realidad que ha sido ocultada por el sistema, que ha considerado la violencia al interior de la familia como un hecho no sólo privado, sino legitimado⁴⁶.

Las explicaciones teóricas en cuanto a la violencia intrafamiliar son diversas, y en el caso del abuso y/o maltrato a las personas mayores, también ha surgido gran cantidad de literatura

En este sentido, Giordano y Giordano (1984), de gran cantidad de literatura revisada suman las explicaciones teóricas del abuso a los mayores en los siguientes términos:

- Dinámicas familiares, donde la violencia es un patrón de conducta normativa.
- La discapacidad y la dependencia de las personas mayores, que aumentan las situaciones de abuso por las demandas mentales y físicas.

⁴⁶ Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Plan Operativo 96-98

- La personalidad patológica del abusador.
- Crisis filiales o conflictos sin resolver entre padres e hijos, que pueden llevar al abuso.
- Stress interno, causado por una abrumadora carga del pariente cuidador.
- Stress externo causado por el medio, el trabajo, o enfermedad del cuidador.
- Actitudes negativas hacia la persona mayor que crean deshumanización y distorsión suficiente para suprimir culpabilidad, cuando ocurren las situaciones de abuso.

A través de la literatura revisada, Patwell (1986), ha presentado y descrito patrones que pueden ser útiles en la identificación de potenciales situaciones de abuso; la dependencia de la persona mayor del cuidador bajo condiciones de stress, violencia en la familia y patología del cuidador.

En general cuando ocurre abuso en contra de la persona mayor, las soluciones para enfrentarlo son difíciles, y menos que satisfactorias. La prevención, orientación e intervención en situaciones de alto riesgo, deben ser implementadas antes de la iniciación de la conducta abusiva. El reconocimiento de situaciones de alto riesgo de abuso para los mayores, puede disminuir si se logra:

- Estudiar la función familiar, utilizando el planteamiento de la familia como sistema.
- Monitorear la relación intergeneracional.
- Evaluar la vulnerabilidad de la persona mayor y
- Evaluar el stress del cuidador.

La violencia en contra de las y los mayores al igual que la violencia contra otros grupos como los niños y las mujeres, ha pasado invisibilizada por muchos años.

Las primeras publicaciones científicas acerca del abuso a las personas mayores, y dentro del marco de la violencia familiar, se dieron en 1975 en el British Medical Journal, escritas por Burston y en Modern Geriatric en 1975 por Baker.

Para entonces existían muchas dudas de los factores culturales, estructurales ó psicológicos determinantes del problema, que aún persisten.

En algunos países donde se han realizado estudios de esta problemática, existen datos, sin embargo estimados de incidencia y prevalencia son difíciles de obtener. Pocos estudios de prevalencia han sido realizados y los estimados de prevalencia varían ampliamente, dependiendo de las definiciones usadas en los métodos de estudio.

En los Estados Unidos por ejemplo, se estima que tiene un rango de 4 a 10%. En un estudio muy conocido realizado por Pillemer y Finkelhor (1988), los cuales estudiaron 2020 ancianos no institucionalizados del Arrea Metropolitana de Boston; se determinó que el 3,2% eran víctimas de abuso, siendo el abuso físico 2%, verbal 1,1% y la negligencia 0,4%.

Este estudio reveló que el cónyuge es el agresor más frecuente, un 58%, en tanto que no hubo relación en cuanto a sexo y status económico.

Otro estudio de importancia fue realizado en 1989 por un equipo de Canadá y Estados Unidos Podnieks et. al 1989. En esta investigación se encontró una prevalencia de 4%, siendo el abuso financiero el más frecuente con 2,5%, el verbal con 1,4%, el físico con 0,5% y negligencia con

0,4%. En esta investigación el sexo no influyó en la frecuencia. Es interesante notar que la prevalencia es menor que en los EEUU, explicándose esta situación, por la existencia de menor violencia en ese país, lo que hace pensar que el comportamiento de esta problemática, tiene patrones diferentes de acuerdo a la cultura.

En el estudio de 1988, la mujer fue más frecuentemente la víctima. Se recolectaron casos de 18 estados de los Estados Unidos. Y el 64,2% fueron mujeres las víctimas. Lo mismo ocurrió en 1987 con estadísticas de 22 estados, siendo el cónyuge con gran frecuencia el agresor.

En dos referencias de 1978 de Goldsmith y Malinchalc, estos anotan las características de vulnerabilidad de los ancianos para convertirse en víctimas de agresión. También en el artículo "Abuso del Anciano" presentado en la treinta y unava fecha anual de la Sociedad de Gerontología en 1978 en los Estados Unidos; se reafirmó que la mayoría de los abusadores son los miembros de la familia. Esto también quedó claro en el estudio Exploratorio de la Universidad de Michigan 1980, que estableció que en el 22,5% de los casos es el cónyuge el victimario, y el hijo en un 22,5%. Otro aspecto que ha quedado más definido, es que los problemas emocionales de los miembros de la familia, contribuyen a las dificultades interpersonales, aumentando el riesgo de abuso.

En el primer estudio de muestras aleatorias a gran escala sobre maltrato y negligencia a las personas mayores, que fue realizado por Pillemer y Finkelhort (2000) en Boston, se incluyeron unas 2000 personas, los hallazgos de prevalencia mostraron una tasa del 32 por mil. En este estudio los tipos de maltrato son, violencia física, 20 por mil, abuso verbal 11 por mil, negligencia 4 por mil.

Se ha considerado también que las personas abusadas, son más dependientes de sus cuidadores en muchas de sus necesidades diarias; en el aumento de la interdependencia, y en situaciones como aislamiento social, pérdida de miembros de la familia y dependencia financiera.

En 1989 se publicó en "Aging and Human Development" un estudio que examinó factores que contribuyen al abuso de los mayores y la negligencia; así se determinó que el estado psicológico del abusador y abusado son importantes; por otro lado se estableció que el deterioro funcional y cognoscitivo es más frecuente en las personas abusadas, ellos o ellas son menos autosuficientes. Otro factor determinante que se detectó, fueron los conflictos de intercambio entre la persona mayor y el abusador por problemas de la dinámica interpersonal, o bien por cambios en la situación del hogar o por el aislamiento.

En lo referente a la negligencia, y como ya se ha mencionado, algunas de las personas mayores requieren una gran cantidad de ayuda; las relaciones de ayuda frecuentemente inician una fuente de conflictos, sentimientos negativos y/o hostiles y tensión por la considerable carga de la cuidadora o el cuidador. En algunos casos la relación de ayuda, puede deteriorarse hacia lo contrario, el abuso y/o negligencia.

Por lo importante del entendimiento de estos conceptos, se ha tratado de contar con definiciones de los mismos, pero ambos tienen gran dificultad en ser definidos, y parte de esa dificultad se debe a que son conductas que no son fácilmente observables por otras personas fuera de la familia, no son conductas típicas y a veces no dejan evidencia. Algunos autores consideran que la dificultad se debe a la variedad cultural.

Con respecto a la negligencia, y por estar relacionada directamente con la atención a la persona mayor, se considera importante mencionarla aquí. Existen dos tipos de negligencia, de los dos tipos uno es activo, y se relaciona con “la negativa o el fracaso de cumplir con la obligación de cuidador(a), incluyendo el concienzudo e intencional intento de infringir daño físico o emocional en la persona mayor; y la negligencia pasiva, que es “la negativa o fallo de cumplir con la obligación de cuidadora, excluyendo el concienzudo e intencional intento de infringir daño físico o emocional en la persona mayor”. Cicirelli Víctor, G.1996.

Ejemplos de negligencia activa son el abandono y la deliberada negativa de brindar alimento, o de solventar necesidades de la salud. Ejemplos de negligencia pasiva, incluyen la no provisión de comidas o de atención de necesidades en la salud, por un inadecuado conocimiento, pereza, u otras razones no deliberadas. Aunque la definición falla en algunos aspectos, como que se depende del juicio para catalogar la intención del cuidador, la misma constituye un paso fuerte en el campo, para clarificar el abuso y la negligencia. Podnieks, 2000

Otro aspecto importante de mencionar es que la negligencia se produce o tiende a concentrarse en las personas más mayores y más dependientes, en contraste con otros tipos de abuso

▪ **El Abuso institucional**

La mayoría de las investigaciones que se han realizado, han encontrado que las personas mayores son abusadas por miembros cercanos de sus familia; no obstante hay un vacío en cuanto a las investigaciones en instituciones donde viven personas mayores, esto por cuanto existen dificultades para obtener información acerca del abuso y la negligencia.

En 1983 Halamandaris evidenció una escalada de los malos tratos en este tipo de centros asistenciales en los Estados Unidos, entre los que incluían actos como robos de los fondos de los pacientes, falsas reclamaciones, por parte de las personas cuidadoras a los seguros de salud, venta de bienes raíces, terapias fraudulentas, recargos en gastos farmacéuticos e incluso involucración del crimen organizado.

Stathopoulos (1983), de modo similar informó de abuso económico, violación de derechos civiles, falta de privacidad, de derecho al voto, traslado de habitaciones privadas o semiprivadas a salas con tres o cuatro camas, negligencia, maltrato psicológico, malos tratos en distintas formas.

Pillemer y Moore (2000) también informaron de hallazgos desoladores en las instituciones norteamericanas.

Decalmer y Glendenning (2000), consideran que a pesar del incremento de la regulación estatal y federal de los hogares de ancianos, en EEUU, durante las pasadas dos décadas, parte del personal aún se comporta de un modo inadecuado con los pacientes. Pillemer y Moore (1989) en su estudio, presentan una imagen de un personal que trabaja en ambientes altamente estresantes y difíciles. Reduciendo este estrés, al tiempo que se incrementa la capacitación del personal para resolver conflictos de maneras más positivas, los hogares residenciales pueden convertirse en entornos más humanos.

Investigadores Ingleses han investigado también sobre la ocurrencia de prácticas abusivas en los hogares, y en Londres en Nye Bevan Lodge, en Southwark, un comentarista escribió “Es evidente que cuando los ancianos, residentes a menudo con sus capacidades mermadas, se les obliga a comer sus propias heces, no se les presta ninguna atención, son maltratados físicamente o son forzados a pagar dinero al personal que debería cuidar de ellos, e incluso se contribuye a acelerar su muerte, es que algo realmente está mal. Vousden (1987)

Las actitudes negativas hacia las personas mayores, pueden resultar más patentes en los servicios asistenciales de larga estancia; dada la mayor concentración de personas de edad en un solo

lugar. Kayser-Jones (citado en Monk, (1990), ha agrupado las denuncias más frecuentes sobre abusos del personal de las instituciones en cuatro categorías:

Infantilización: Tratar a la persona mayor como si fuera un niño(a), irresponsable en el que no se puede confiar

Despersonalización: Proporcionar servicios de acuerdo con unos criterios generales que desatienden las necesidades particulares de la persona.

Deshumanización: Ya no sólo ignorar a la persona mayor, sino despojarlo de su intimidad y de su capacidad para asumir responsabilidades en su propia vida.

Victimización: Ataques a la integridad física y moral de las personas mayores, mediante amenazas, intimidación, y agresiones verbales; robo, chantaje o castigos corporales.

- **Factores biosicosociales asociados con el abuso:**

Entre los más estudiados, se encuentran:

Los factores personales, como incapacidad física o mental, el aislamiento, el género, la edad avanzada, la dependencia, el alcoholismo, los conflictos intergeneracionales, la autculpabilidad.

Los factores familiares, el tamaño de las familias, la familia extensa y la familia individual; miembros inaccesibles o inapropiados para proporcionar cuidado, la falta de apoyo familiar, la renuencia para velar por una persona mayor, el hacinamiento, el aislamiento, los conflictos maritales, las presiones económicas, los problemas intrafamiliares, deseo de institucionalizar, el desacuerdo en compartir las responsabilidades, reubicación familiar sin ayuda profesional.

Los factores ambientales, condiciones habitacionales y de la comunidad deterioradas, insalubres, inseguras.

Los factores culturales, mayor tolerancia a la violencia, socialización de la misma

La violencia familiar en sus muchas formas incluye

- Elementos de control y abuso de poder por la persona que ejerce la violencia.
- Factores psicológicos y socioculturales que conducen a la violencia y mantienen el ciclo de violencia. A menudo son los mismos para las diferentes formas de violencia familiar.
- El trauma psicológico resultante de la violencia, y los síntomas experimentados por las víctimas son similares en las diferentes formas de violencia familiar.
- Si una de las formas, o bien el tipo de violencia está presente en una relación, la probabilidad de que se produzcan o se presenten las otras formas de violencia es alta o igual.
- Los principales grupos afectados son las mujeres, las niñas, los niños, las personas con discapacidad, las personas adultas mayores; en razón de valores culturales, factores sociales y económicos.

- Las mujeres debido a la exclusión de los derechos, la discriminación, lo que las coloca en una situación de desigualdad respecto de los hombres.
 - Las niñas y los niños, por la discriminación, opresión y edad.
 - Las personas adultas mayores, por la discriminación, la vulnerabilidad debida a la edad, a la enfermedad y al complejo proceso de adaptación que los diferentes escenarios en que se desenvuelven les imponen.
 - Las personas discapacitadas, por la discriminación, la vulnerabilidad debida a la situación discapacitante, la enfermedad y al complejo proceso de adaptación que los diferentes escenarios en que se desenvuelven les imponen.
- **Explicaciones teóricas del abuso a las personas mayores**

De los hallazgos encontrados en la literatura que ha investigado este fenómeno, emergen cinco razones que explican la violencia intrafamiliar y el abuso al anciano. Estas son:

- La dinámica intraindividual
- La transmisión de violencia intergeneracional
- La dependencia
- La tensión externa y el aislamiento social.

Algunos autores las consideran como factores de riesgo.

Según Stearn Peter (1986) el “descubrimiento” del abuso a las personas mayores se dio durante la década de los setenta del presente siglo.

A continuación se presentan las explicaciones teóricas más reconocidas en la actualidad y que ofrecen alguna luz para el entendimiento de la problemática en los mayores.

▪ **El modelo situacional.**

Phillips (1986) exploró tres teorías sobre el maltrato a las personas mayores y el modo en que cada una se acomodaba a los datos empíricos. La primera de las teorías sobre este tipo de abusos, la constituye el modelo situacional.

Este modelo parte de una premisa que encaja con facilidad en un marco de intervención y se deriva de una base teórica asociada al maltrato infantil y, en menor grado, a otras formas de violencia familiar.

La premisa básica del modelo situacional explica, que en la misma medida en que se incrementa el estrés asociado con situaciones o factores estructurales que soporta el agresor, aumenta la probabilidad de que se de la agresión contra una persona vulnerable, a la que se considera fuente de dicho estrés.

En el caso de las personas mayores, factores a) relacionados con la vejez, tales como la dependencia física y emocional, una pobre salud, un estado mental deteriorado, y personalidades difíciles, aumentan la vulnerabilidad. b) los factores estructurales tales como los problemas económicos, aislamiento social y problemas en el medio. Se conocen también otros aspectos relacionados directamente con la actitud del cuidador, como crisis existenciales, estar exhausto de ser cuidador, problemas substanciales de abuso y experiencias previas de socialización con la violencia.

Para el caso de los cuidadores hijos(as), la situación de los padres de edad avanzada postrados en cama por meses o años, puede ser devastador, aún para las familias más fuertes.

La segunda fuente de apoyo para este modelo, se origina también de la literatura sobre el abuso en niños y la violencia intrafamiliar, así como de la evidencia empírica que soportan estas raíces.

En ambos casos se utiliza la teoría de la frustración agresión, que ve la violencia como una lección aprendida, mostrada por el agresor cuando las metas en su vida están bloqueadas o frustradas. Y la teoría del aprendizaje social, la cual ve la violencia como un comportamiento que es aprendido a través de la emulación de los modelos del rol parental, dentro de la unidad de socialización primaria.

La tercera fuente se origina de la efectividad en explicar como las anteriores, el abuso de niños y la violencia intrafamiliar, así como la obvia similitud entre estas otras formas de abuso y el abuso en personas mayores.

Finkelhort y Pillemer (1989), por ejemplo, notaron que el abuso en niños y en personas mayores es semejante. En la relación se evidencia un individuo vulnerable que es abusado, y un cuidador agresor, frustrado. También han coincidido en que en el abuso conyugal y el abuso a las personas mayores las relaciones han existido por muchos años, involucrando dependencia emocional y económica; pero ciertamente menos dependencia que la evidenciada en las situaciones de abuso a menores.

Por estas similitudes la lógica de tomar conceptos del modelo situacional como explicación del abuso en los mayores es difícil de resistir.

La fuente final de apoyo conceptual para la utilidad de dicho modelo, explica que el abuso se origina de su asociación con un simple modelo de intervención para prevenir o intervenir. En el caso de los mayores prevención e intervención serían, la reducción del estrés situacional y estructural, particularmente el estrés relacionado con las cargas de cuidado y la tensión que éste genera, antes de que se llegue a un punto crítico.

Datos de otros estudios indican una relación entre el abuso a los mayores y la presencia de incapacidad mental y física en la víctima. En este sentido, y si bien utilizó métodos diferentes, Phillips no encontró grandes diferencias entre los abusados y los no abusados con respecto a sus habilidades para realizar las actividades de la vida diaria; y tampoco la habilidad de realizar dichas actividades está relacionada con el abuso, en pruebas de modelos causales.

Pillmer indicó que las personas mayores podrían ser los más independientes en la relación persona mayor-cuidador.

Similarmente, Giordano y Giordano (1984) descubrieron que las enfermedades eran un pronosticador del abuso físico, entre dos muestras de personas mayores comparadas, pero que la relación era negativa, significando que entre mayor sea la enfermedad, menor es el abuso. En efecto, las enfermedades físicas son una variable que diferenciaba a las víctimas de abuso físico y negligencia, de aquellos que experimentan abuso psicológico y explotación económica.

Finkelhor y Pillmer(1989) opinan que los paralelos entre el abuso de las personas mayores y otras formas de violencia doméstica, pueden ser definidas, pero que aunque muestren algunas similitudes el abuso a los mayores es diferente a otros, en aspectos muy importantes, entre ellos la relación estructural entre el abusador y la víctima. Además, que es casi posible que aún las más poderosas explicaciones teóricas que sirven de base para entender otras formas de violencia doméstica, no se constituyan en una satisfactoria, para el abuso a los mayores. Por ejemplo las causas del abuso físico son diferentes a las causas de la explotación económica y la negligencia.

- **Teoría del intercambio social.**

Está basada en la idea de que la interacción social implica un intercambio de premios y castigos entre por lo menos dos personas, y que todas las personas buscan maximizar los premios y minimizar los castigos en su interacción con otros.

Los premios se derivan del intercambio de sentimientos positivos, servicios instrumentales y recursos personales. Los castigos incluyen el intercambio de sentimientos negativos, la retención de recursos y servicios, y el intercambio de comportamientos de sanción.

Cuando todas las cosas son equitativas entre dos personas, Homans (1961) asegura, que la interacción social ocurre de acuerdo con la ley de justicia distributiva, la cual se refiere a las expectativas de la persona, sobre los premios que se le deben y los costos en los que puede incurrir (la proporción de los premios a sus costos); que estos deberían ser distribuidos en proporciones justas entre ambos. Entre dos personas, con el tiempo, la justa distribución de los premios se convierte en un valor que es intercambiado. Se considera a la justicia como un valor. La interacción es conformada por la norma de reciprocidad, la cual implica que cada individuo en la relación, tiene derechos y deberes con respecto al otro, y los patrones de intercambio de bienes y servicios entre las dos personas son mutuos.

En algunas relaciones no todas las cosas son equitativas. La gente posee diferente acceso a los recursos, incluyendo status, estima, dinero y prestigio, así como diferentes capacidades para proveer servicios instrumentales.

Como resultado de esto puede darse una falta de balance en el intercambio social, llamado poder.

La persona que es menos dependiente y quien ha contribuido más a la relación tiene la ventaja en el poder; cuando la persona dependiente no tiene opción sobre continuar la relación, en situaciones tales como (en prisiones y servicios militares), el otro tiene lo que se llama “control del destino”. Este es convertido en “control del comportamiento,” siempre que la persona con el control, use su ventaja en el poder para manipular el comportamiento de la persona dependiente. Cuando la persona dependiente no tiene opción interactuando con el otro, la persona con la ventaja del poder, desarrolla un monopolio con las recompensas y no tiene mucho que perder siendo injusto.

Durante la última década, la teoría del intercambio social ha sido popular con teóricos e investigadores para explicar la situación de las personas mayores en las familias, la violencia intrafamiliar y el abuso de los mayores.

Cuando los recursos personales son limitados, la violencia es una consecuencia habitual. Apoyando esta posición Pillemer provee material empírico que dice que:

- Los mayores abusados en la muestra no eran más dañados físicamente que un grupo semejante de personas mayores no abusadas (en efecto en algunas áreas el adulto mayor abusado era más independiente).
- Los mayores abusados eran más dependientes financieramente que su contraparte no abusada; pero no se encontraron grandes diferencias entre los grupos con dependencia, con relación a la vivienda, cocinar o limpiar, reparaciones de la vivienda, compañerismo y actividades sociales.
- Los mayores abusados eran más propensos a reportar que su familiar se veía dañada (o) financieramente si se iba, con lo que se describía la dependencia mutua.

Un número de personas que se categorizan a si mismos en el grupo de los abusadores, describen su intensa vergüenza, impotencia, frustración subsecuente, y enojo, nacido de situaciones en las cuales ellos eran incapaces de controlar el comportamiento de la persona mayor; y no era inusual

situar estos incidentes como las razones para algunos castigos o abusos que utilizaban en contra de los mayores.

A menudo las situaciones que implicaban el mayor sentido de impotencia eran de dos tipos:

- El primero involucraba las actividades del diario vivir, tales como comer, ir al baño, o caminar, donde la persona mayor era capaz de arreglárselas independientemente, pero no de la forma que el cuidador(a) consideraba apropiada; y donde la persona mayor en realidad tuviese todo el control.
- El segundo tipo involucraba situaciones sociales, en las cuales los cuidadores experimentaban un sentimiento de responsabilidad por el comportamiento de la persona mayor, y percibían que los observadores evaluaban su actuación como "buenos cuidadores," negativamente.

Phillips, (1986), concluye que la teoría del intercambio social no permite dar una explicación completa de los malos tratos a las y los mayores.

En síntesis la teoría del intercambio social no brinda una completa explicación del abuso en la persona mayor. Por ejemplo no provee el poder necesario para predecir, dadas las mismas circunstancias cuáles individuos van a ser abusados y cuáles no. Aún así, más estudios están utilizando el paradigma del intercambio como una base teórica parcial o completa y como apoyo empírico; sugiriendo que su viabilidad se está acumulando. Podría ser que de estos estudios preliminares, mayor desarrollo y pruebas la harán más productiva.

▪ **Interaccionismo Simbólico.**

El interaccionismo simbólico es la tercera explicación teórica planteada para entender el abuso a los mayores. Utilizando el punto de vista desarrollado por McCall y Simmons (1966), el interaccionismo simbólico asume y predice que la interacción social es un proceso entre al menos dos personas, que ocurre con el tiempo y consiste de fases identificables, recurrentes, interrelacionadas y libremente secuenciadas; y requiere de una constante negociación y renegociación para establecer un "trabajo de consenso" (actualmente en la forma de un acto de desacuerdo más que de acuerdo, acerca del significado simbólico de los encuentros).

Visto desde la perspectiva del interaccionismo simbólico, el abuso a la persona mayor puede ser conceptualizado como el actuar inapropiado e inadecuado de un rol, nacido de procesos perceptivos que alteran la improvisación del rol y la imputación del rol para ambos, la persona mayor y el abusador, (en caso opuesto, que la persona mayor sea física o conscientemente incapaz de participar del proceso, en cuyo caso sólo los procesos perceptivos del abusador están involucrados). En este sentido la cadena causal comienza con:

- El significado simbólico que la familia ha creado y perpetuado con respecto a las expresiones de comportamiento negativas que influyen la improvisación del rol y la imputación del mismo.
- La imagen de la identidad personal que cada uno posee del otro y que influye los motivos, características, y metas que cada uno le atribuye al otro.

De acuerdo con estos datos, tanto para las personas mayores como para los miembros de sus familias, una parte importante al formular imágenes personales de otra persona, consiste en reconciliar la imagen de como esta persona fue concebida en el pasado, con la imagen presente de la misma. Del tipo de imagen formulada de ambos, en el pasado y el presente, y la cantidad de discrepancia entre la imagen pasada y la presente, se influye en forma muy importante el

significado simbólico de los encuentros presentes, al afectar los motivos, características y metas que son atribuidas a la otra persona. Phillips R. Linda (1986).

Consecuentemente las familias en las cuales el abuso a la persona mayor estaba presente eran aquellas en las cuales los mayores eran estigmatizados, o aquellas en que había una gran discrepancia negativa entre la imagen pasada y presente de la persona mayor. En estas familias, las características negativas y los motivos ulteriores eran atribuidos al comportamiento de la persona de edad, y estos eran vistos como intencionalmente difíciles y poco cooperadores. Un ejemplo obvio de esta situación es el caso de alguien que sufre demencia. El conflicto puede ser particularmente acusado para los hijos adultos y las personas mayores que no han mantenido una relación cotidiana continuada a lo largo de los años y entre cónyuges cuando uno de ellos sufre durante mucho tiempo una enfermedad que altera su personalidad. Phillips (1986)

En síntesis, por si mismo, el interaccionismo simbólico puede no ser capaz de proveer el poder predictivo necesario para identificar cuales familias son propensas a abusar y cuales no.

Las ventajas, son que el interaccionismo simbólico, claramente se adapta mejor a la naturaleza interaccional que otro modelo. El modelo situacional, por ejemplo, es estático y toma la perspectiva de ambos simultáneamente.

Se tiene toda razón para creer que el abuso a la persona mayor es un fenómeno extremadamente complejo que encuentra sus raíces en las impresiones de los individuos sobre experiencias pasadas, y causadas por la interacción de múltiples variables. Por esta razón, la perspectiva simbólica interaccionista parece prometedora, porque puede captar esta complejidad y dar cuenta de la naturaleza dinámica de la situación.

▪ **Asuntos fundamentales no resueltos de la teoría desarrollo y prueba**

Pedrick-Cornell y Gelles (1982), han sugerido que la teoría desarrollo y pruebas es actualmente una de las necesitadas de mayor revisión en la investigación del abuso a la persona mayor, pues ha sido y continúa siendo obstaculizada por un número de asuntos no resueltos.

Actualmente existe controversia sobre el paradigma teórico, al cual el abuso en personas mayores pertenece, y consecuentemente aquella de que una hipótesis probable se llegue a derivar.

Algunos investigadores han optado por identificar el abuso a la persona mayor, con otras formas de violencia familiar; y han aplicado al abuso contra la persona mayor, las mismas teorías. Otros han escogido identificar el abuso a los mayores con el paradigma del cuidado familiar; ellos estipulan que el abuso a los mayores es un ejemplo extremo de que la relación con la familia cuidadora salió mal.

Como hemos visto las similitudes entre el abuso a los mayores y otras formas de violencia familiar, están golpeando, y hay razones para creer que una cierta proporción del abuso a los mayores, es abuso conyugal envejecido. Por otro lado no todas las formas de abuso de las personas mayores involucran violencia, de hecho algunas formas de abuso están íntimamente relacionadas con la manera en que el cuidador(a) siente por completo o llena el rol de cuidador(a), y no de precipitados episodios de violencia.

En síntesis, algunas facetas del abuso en mayores aparentan estar íntimamente relacionadas con preguntas estipuladas en otras investigaciones acerca de cuidadores, tales como:

- Quién debería proporcionar cuidados a las personas que están envejeciendo?
- Que clase de cuidado y como puede ser dado?

- Cómo las familias se movilizan para encontrar las necesidades de los mayores dependientes?
- Cuál es el rol de la sociedad para dar soporte, argumentar y suplir, el cuidado que proveen los miembros de la familia?.

Por último las personas mayores son más vulnerables para ser abusadas, (tal como que se les explote financieramente), que otras personas en otros grupos de edad, además las situaciones de algunos envejecientes víctimas son justamente distintas de otros tipos de víctimas.

Está claro que el abuso en contra de la persona mayor es uno de los tipos de maltrato familiar difícil de estudiar, como ya se mencionó, y al igual que otros problemas familiares, por ser aspectos que involucran la sensibilidad de las personas. Es estudiado como una forma de violencia familiar, ya que las personas de edad que viven con otros, tienen más riesgo de ser abusados(as), en comparación con aquellos que viven solos(as).

Dado el conocimiento actual de este fenómeno, a criterio de los investigadores en otros países, no es posible determinar si es cultural, estructural, psicológico ó una combinación de todos. Lo que sí es importante para un mayor entendimiento del mismo es su conceptualización. En este sentido y como se mencionó anteriormente, hay dificultad y controversia entre los investigadores; sin embargo la definición de Wolf que se da a continuación, ha sido bien aceptada y para los efectos de este trabajo es clara.

La misma identifica cinco tipos diferentes de abuso y negligencia; los tres tipos de abuso incluyen, abuso físico, (que es el infringir sufrimiento físico, heridas), abuso psicológico, (que es angustia mental), abuso material, (explotación de sus recursos), y los tipos de negligencia, activa y pasiva.

Otro tipo de abuso es el sexual, el cual es un acto de control y fuerza que obliga a una persona a tener contacto sexual contra su voluntad. El abuso sexual, algunos autores lo incluyen dentro de la violencia física, sin embargo por su frecuencia, por la violencia del mismo y las profundas huellas que deja en quien lo sufre, es necesario definirlo y conocerlo por aparte.

Generalmente las más afectadas son las mujeres, y las mujeres de edad no escapan de esta problemática. En Estados Unidos, en un pequeño estudio, se encontró que en 28 casos de abuso sexual, las víctimas tenían 70 años, sufrían de un impedimento mayor que requería atención permanente, y fueron abusadas por alguien conocido, de quien dependían para su cuidado. Ramsey-Klasnik, (1991). Según los investigadores, el impacto sexual en una mujer mayor, puede ser particularmente difícil.

En 1991 Rosalie Wolf define el abuso como: "El Maltrato del Viejo es una conducta destructiva, la cual es dirigida a una persona mayor, ocurre en el contexto de una relación de confianza y es de suficiente intensidad y frecuencia para producir daño físico, psicológico, social y/o efectos financieros de innecesario sufrimiento, heridas, dolor, pérdida y/o violación de los derechos humanos y disminución de la calidad de vida para el adulto mayor".

Esta definición es bastante completa y permite entender el problema en todas sus formas. Pero es importante tener en cuenta que recientes investigaciones indican que los variados tipos de abuso y negligencia, no pueden ser descritos por un único grupo de factores o explicado por una sola teoría.

En lo referente a la detección, una mayor parte de la identificación es detección. Esta está referida al método usado por los profesionales para determinar si las personas mayores han sido maltratadas. El método puede ser una no escrita valoración, una lista guía, o un más formal y sistemático protocolo de detección.

Muchos factores complican la detección. Signos de abuso físico, psicológico, y material, pueden realmente ser atribuidos a los cambios en la normativa, que resultan de la edad, y desafiar esta atribución puede ser muy difícil.

Patrones de heridas pueden ser consideradas como parte de problemas de la edad, las caídas, quemaduras, abrasiones de la piel entre otras. La detección es complicada también porque el abuso psicológico puede causar confusión y fallo mental, pero esto también lo puede causar la demencia, el delirio, las drogas y enfermedades crónicas; la pérdida de dinero o posesiones; pueden ocurrir de verdad o ser el inicio de una demencia temprana, la tensión de la edad, o la producida por los cuidadores.

En cuanto al tratamiento, la limitación en la información acerca de qué constituyen las causas del abuso y la negligencia contra las personas mayores, hace difícil hablar de un efectivo tratamiento. Todo lo que los investigadores pueden hacer con respecto a este punto, es proponer posibles cursos de acción. El tratamiento o intervención consiste hasta el momento en protección y prevención. (ver anexos)

▪ **Principios para detener el abuso o maltrato**

Para la atención de esta problemática, es necesario establecer ciertos principios básicos para diseñar las estrategias de actuación; los mismos son producto de los resultados de las investigaciones y el trabajo con las personas mayores, entre ellos:

- Se debe reforzar en las personas que atienden o están cerca de las personas mayores, una actitud de vigilancia hacia la posibilidad de detectar una situación de maltrato o negligencia, al tiempo que deben ser conscientes de la inexistencia de criterios claros que puedan identificar a una persona maltratada; o de intervenciones inadecuadas que son totalmente aceptables para las partes implicadas.
- Se debe establecer un proceso de toma de decisiones compartido, implicando a los diferentes profesionales en la elaboración de una estrategia para atajar el abuso. Eso sí asegurando el apoyo a las y los funcionarios en las decisiones que tomen para proteger a las personas vulnerables.
- Se debe establecer un proceso de capacitación para las personas mayores, especialmente para aquellas que se encuentran en situaciones de marginación.
- Las políticas para detener el abuso, deben preocuparse por defender y afianzar la capacidad de cuidar de sí mismas en las últimas edades.
- En cualquier tipo de actividad que se realice con las personas mayores, sea en el hogar o en las instituciones, debe existir una especial atención (de vigilancia), para que ellas puedan desarrollar una vida libre de malos tratos. Esto significa centrarse en una serie de áreas, entre las cuales las actividades de las personas cuidadoras no profesionales, es una de ellas.

▪ Glosario de términos

Conceptos

El abuso o maltrato en las personas mayores, es una conducta destructiva, la cual es dirigida hacia una persona mayor, que ocurre en el contexto de una relación de confianza y es de suficiente intensidad y/o frecuencia para producir daño físico, psicológico, social y/o patrimonial; de innecesario sufrimiento, heridas, dolor, pérdida y/o violación de los derechos humanos y disminución de la calidad de vida para ellos.⁴⁷

El abuso físico, es un rango de conductas violentas, u de omisión que van en contra de las personas mayores, que dañan la integridad corporal de las mismas. Estas pueden manifestarse en ser empujadas, ser amarradas fuertemente, heridas, o producir contusiones, fracturas óseas, magulladuras y pueden o no, dejar signos valorables.

El abuso Sexual, es la acción que obliga a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal o a participar en otras interacciones sexuales, mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente se considera violencia sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas.⁴⁸

Abuso psicológico, acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones en contra de las personas mayores, la que se manifiesta en forma activa, como repetidos insultos, amenazas, intimidación, ó bien en forma pasiva, como irrespeto a sus creencias, a sus arraigos, con infantilización, rechazo a sus deseos, indiferencia a sus sentimientos, humillación o aislamiento, que pueden producir perjuicio en la salud psicológica, en la autodeterminación, en la pérdida de la autoestima y en el deterioro del bienestar de la persona mayor.

Abuso patrimonial, acción u omisión que implica daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o falsificación de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de las personas mayores.

Abandono

La condición de soledad, aislamiento, indefensión, deterioro físico y/o mental en que se encuentra una persona mayor, que no cuenta con redes de apoyo, familiares o comunitarias, definidas, estables e identificadas, para brindar cuidados, ayuda instrumental, afecto, protección, seguridad material, vivienda; aspectos indispensables en el mantenimiento de la calidad de vida. (Jiménez Rodríguez, 1995).

Negligencia

Es el descuido a que se ven sometidas las personas mayores, por parte de los cuidadores, en la atención de sus necesidades primordiales. Sean éstas de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria básicas, como baño, vestido, alimentación, movilización, o bien en la atención de los problemas de salud; en el aseo del hogar, en la seguridad. Lo cual genera deterioro de la calidad de vida. Esta situación se presenta por desconocimiento o de manera intencional. (Jiménez Rodríguez, 1995)

⁴⁷ Autora Rosalie Wolf

⁴⁸ Tomado publicación del Centre Toronto Rape Crisis, de Canadá

Violencia Familiar

y abuso significan maltrato físico, sexual, emocional y patrimonial, por parte de un miembro de la familia hacia otro familiar. El término de violencia familiar es de un espectro amplio, también llamado abuso entre cónyuges o violencia doméstica, de violación marital; el abuso sexual de las niñas y los niños, maltrato físico y emocional de niños, niñas y adolescentes y abuso de la persona adulta mayor.

Institución

Se define a aquellas formas de arreglos de organización social duraderos a lo largo del tiempo, cuya regularidad de cambio es más estable que otras formas de conducta. Hidalgo González, (1994).

Institucionalización

El que una forma de organización social, se convierta en estable y regular, y el admitir a un individuo a una jurisdicción de una institución formal, social, como un hospital, una penitenciaría, o ejército. Hidalgo González, (1994).

Aislamiento social

Es la acción de estar comparativamente incomunicado(a) de la red de servicios sociales de varios tipos. La tendencia al aislamiento; es no querer compartir o no poder compartir por diferentes situaciones. Jiménez Rodríguez, Sandra (1995).

Apoyo social

Es el producto de las interacciones sociales de un individuo dentro de una determinada red social, con características estructurales específicas. Rodríguez, Rodríguez, Pilar (1996).

4.2 Políticas en Salud y en Violencia Intrafamiliar. Marco Institucional

▪ Aspectos Introductorios

Una de las tareas prioritarias de desarrollo en las Políticas y el Plan Nacional de Salud, es el que compete a derechos humanos, violencia y salud. En el aspecto de violencia humana, este es un fenómeno que se reproduce en relación directa con condicionantes individuales, sociales, históricas y culturales. En la conducta violenta se interconectan factores etimológicos propios de las personas, de sus interacciones en la sociedad y la cultura en que están insertos.

Este proceso de interacción violenta, inhibe y limita las potencialidades y el desarrollo de las personas.

En Costa Rica, la violencia intrafamiliar es de una magnitud alarmante, debido al número de vidas que ha cobrado y la extensión de los daños y costos que produce. La mortalidad por causas asociadas a este fenómeno, contribuye al aumento de la mortalidad general y de años de vida potencialmente perdidos. Es por esto que con el apoyo de la sociedad civil que ha actuado como motor, en alianza con Instituciones del Estado, se ha gestado el desarrollo de la Política Pública sobre Violencia Intrafamiliar, para combatir todas las formas de maltrato.

Desde la década de los setenta se vienen propiciando programas específicos, desde diversas instituciones para atender la problemática de la violencia en los diferentes grupos étnicos, especialmente niñas, niños, mujeres, personas adultas mayores.

En 1994 las autoridades del Sector Salud declararon la Violencia Intrafamiliar como una de las catorce prioridades en salud, dándosele además el enfoque de problema de Salud Pública.

Se formula en este mismo año, un Plan Sectorial de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar con el propósito de direccionar los esfuerzos locales existentes y extender el modelo a nivel nacional.

A partir de los esfuerzos de funcionarios representantes de instituciones como la Caja Costarricense del Seguro Social, el Ministerio de Salud, el Instituto de Investigación y Educación en Nutrición y Salud, los Institutos de Investigaciones Sociales y Psicológicas de la Universidad de Costa Rica, la Fundación PANIAMOR, la Fundación PROCAL, la Organización Panamericana para la Salud (OPS/OMS), el Programa Mujer y Violencia de Género del Ministerio de Justicia y CEFEMINA; se concreta el Plan para la Violencia Intrafamiliar para el Sector Salud.

Este Plan es el primer esfuerzo sectorial para hacerle frente a la Violencia Intrafamiliar desde las instituciones del Estado. En el se conceptualiza y sistematiza todo lo concerniente al problema. El mismo contiene la formulación y negociación de políticas nacionales y de la atención integral a la Violencia Intrafamiliar.

En 1995, se formula el Plan Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, PLANNOVI. El objetivo primordial del mismo es “Diseñar y poner en funcionamiento una respuesta coherente, transversal y de cobertura nacional para atender las necesidades de las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y trabajar hacia su erradicación.” La meta fue diseñar una verdadera política pública que cumpliera con cuatro requisitos básicos: orientada a la equidad de género y al adelanto de las mujeres, con cobertura nacional, con compromisos de acción coordinados entre el conjunto de instituciones públicas involucradas, y concertada y con participación del sector público, privado, no gubernamental y comunitario.⁴⁹

En 1998 se da el Decreto Ejecutivo que crea el Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar y la obligatoriedad de rendir informes ante el Consejo Social.

En este proceso y gracias a que se cuenta con un marco jurídico y legal, se logra evidenciar el impacto que dicha problemática tiene en la sociedad costarricense.

Las acciones desarrolladas para prevenir y atender las situaciones de violencia se dan en la esfera institucional; cada una desde su accionar propicia diversas alternativas para quienes han sufrido de violencia doméstica, con el fin de que superen una realidad tan traumática. No obstante los retos son extensos, para continuar garantizando cambios sustanciales a nivel social y propiciando estrategias de atención integral para las personas afectadas.

Uno de estos retos es la formulación de la Propuesta de Atención Integral del Abuso y/o Abandono que se da en contra de las Personas Mayores; que garantice un permanente accionar en este sentido y para aumentar la conciencia pública del problema; para modificar los valores que perpetúan las desigualdades de sexo y las actitudes discriminatorias contra este importante grupo de la población. Debido a que a medida que las poblaciones envejecen, se perfilan una serie de consideraciones éticas; vinculadas con la discriminación en la asignación de los recursos por razones de edad, cuestiones relacionadas con el fin de la vida y una multitud de dilemas asociados con la asistencia de larga duración y los derechos humanos de las personas mayores pobres y con discapacidades. OMS. 2000⁵⁰

Es por lo anterior que la Organización Mundial de la Salud recomienda que se deben proponer políticas fundamentales para: “Reconocer el abuso contra las personas mayores (físico, psicológico, patrimonial y de desprecio), instar al procesamiento de las personas que cometen abuso; formar a las personas encargadas de aplicar las leyes, a los profesionales de la salud y sociales, a los líderes espirituales, a las organizaciones de defensa y a los grupos de personas mayores para que reconozcan esta forma de violencia y se ocupen de ella. Aumentar la toma de

⁴⁹ Sistematización sobre avances y desafíos, del Sistema Nacional de Atención de la Violencia Intrafamiliar en el período 98-2001. INAMU. 2002

⁵⁰ Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento Activo. Un marco político. 2000

conciencia de lo injusto que es abusar de las personas de edad, mediante campañas de información pública y de concientización. Involucrar a los medios de información y a los jóvenes, así como a las personas mayores, en estos esfuerzos”. OMS. 2000

▪ Políticas de Salud

Las Políticas de Salud son formuladas para “Mantener y mejorar los niveles de salud de la población, de las mismas surgen las estrategias y prioridades que guían a las instituciones junto con la comunidad, a brindar una atención de salud con equidad y calidad, con enfoque de género y responsabilidad social, en procura de un mayor bienestar.”⁵¹

En este sentido, la Política Nacional de Salud (2002-2006)⁵², plantea las directrices que garantizan a las personas mayores equidad, universalidad, acceso y calidad de las acciones de salud; la misma señala: “La defensa y cumplimiento de los derechos de la persona adulta mayor para contar con servicios de atención integral en salud, desde una perspectiva de equidad y género”.

Las estrategias que la hacen viable expresan:

- El fomento de acciones orientadas a la prestación de servicios integrales en salud a las personas adultas mayores con equidad y enfoque de género, enfatizando los estilos de vida saludables.
- La promoción de modelos de atención para mejorar el desempeño funcional de la persona adulta mayor de escasos recursos, institucionalizada y no institucionalizada.
- El fortalecimiento de acciones para la persona adulta mayor más vulnerable por factores de riesgo, como edad avanzada, malnutrición, discapacidad, pobreza, abandono social.

En lo referente a la Violencia Intrafamiliar, la Política plantea las siguientes pautas para garantizar a la población en general la atención de la misma.

La Política en este sentido puntualiza: “La intervención integral, interinstitucional y multidisciplinaria, con enfoque de género, derechos humanos y responsabilidad social de la Violencia Intrafamiliar en todos los grupos poblacionales y en los diferentes niveles de gestión”.

Las estrategias que hacen factible esta directriz son:

- Incorporación del análisis de la violencia intrafamiliar, la perspectiva de género y el enfoque de derechos en la regulación y prestación de los servicios de salud.
- Fortalecimiento de la gestión local para la prevención de la violencia intrafamiliar y la promoción de una vida sin violencia.
- Fortalecimiento del protagonismo de la ciudadanía en la defensa y vigilancia de su derecho a la atención de la violencia intrafamiliar con calidad y equidad.

⁵¹ Pacheco Abel, Prólogo Política Nacional de Salud 200-2006

⁵² Política Nacional de Salud, 2002-2006. Ministerio de Salud, CCSS, Ay A, INS, Costa Rica

- **Marco Institucional**
- **El Ministerio de Salud**

Esta institución desde su función de rectoría, propone entre sus acciones estratégicas “Establecer, promover y patrocinar, políticas, planes y programas, legislación, normas técnicas y sobre todo acuerdos, convenios y alianzas entre grupos e instituciones que comparten objetivos.”⁵³

En lo referente a la Violencia Intrafamiliar, el Ministerio decretó la obligatoriedad de declarar la misma en los establecimientos de salud; asimismo el tema de violencia fue incluido en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud, lo que va a permitir el que a mediano plazo se cuente con mayor información acerca de la prevalencia de violencia en el ámbito nacional.

Creó un Consejo Directivo de Violencia Intrafamiliar del Sector Salud, adscrito al Despacho del Viceministerio, para garantizar que se direccionen los cambios, se cumplan programas y se de un efectivo aprovechamiento de recursos de diferentes organismos; con el fin de certificar una efectiva prestación de servicios a las personas afectadas por la violencia

También señala el fortalecimiento de la coordinación intra e intersectorial como un medio para fortalecer la atención de la violencia intrafamiliar por medio de las normas y la protocolización.

- **La Caja Costarricense del Seguro Social**

La Caja tiene como política fundamental: “Proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense mediante”:

El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la seguridad social, universalidad, solidaridad, unidad, igualdad, obligatoriedad y equidad.

El fomento a los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el trabajo en los funcionarios de la institución, entre otros.

Desde este marco de principios orientadores, la institución formuló el Programa de Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar, adscrito al Departamento de Medicina Preventiva ubicado en la Dirección Técnica de Servicios de Salud.

Este Programa permite dirigir acciones concretas de capacitación y de desarrollo institucional en el tema de Violencia Intrafamiliar; desde su gestión se incluyó la atención de la VIF en el Programa regular de Atención de Salud, y en la oferta básica de los servicios, medida que obliga a que los centros de salud destinen y especialicen recursos humanos para la atención de la VIF.

También se crearon las normas técnicas, un sistema de registro y capacitación, y la integración de la atención de personas que han sufrido VIF, en las unidades de atención de todo el país.

- **Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor⁵⁴**

El 19 de octubre de 1999, se aprobó la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor(7935). En esta Ley se definen una serie de derechos y beneficios para las personas de 65 años y más, en temas como salud, educación, actividades artísticas, deporte, recreación, vivienda, seguridad social y trabajo. Además, se definen sanciones para las personas o instituciones que violenten los

⁵³Ministerio de Salud de Costa Rica. Acciones Rectoras en Violencia Intrafamiliar. Costa Rica 2001

⁵⁴ Política nacional para la atención de la Persona Adulta Mayor. Costa Rica 2002-2004

derechos de este sector de la población. Así mismo, crea el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, como ente Rector en materia de envejecimiento y vejez; encargado de formular las políticas y planes nacionales.

La Política Nacional para la Atención de la Persona Adulta Mayor, plantea una serie de estrategias con el propósito de orientar la formulación y operativización de planes, programas y proyectos; que se generen para la atención de este grupo etáreo. Algunas de estas son:

- Conceptuar la población que será objeto de esta política
- Fortalecer el enfoque preventivo, en todo lo relacionado a la promoción de la salud de las personas que están envejeciendo
- Tener un diagnóstico de la situación en la que se encuentra la población adulta mayor
- Establecer ejes de intervención y objetivos estratégicos para cada uno, a partir de las necesidades y prioridades identificadas.
- Reconocer el carácter multidimensional, multisectorial del proceso de envejecimiento. Las políticas dirigidas a este sector de la población no pueden estar segregadas o desarticuladas del resto de las políticas sociales y estatales en general.
- Involucrar a los diferentes sectores y grupos etáreos de la población, partiendo de que la atención de la población adulta mayor es una responsabilidad de todos los grupos de la sociedad. Para propiciar la solidaridad y los intercambios necesarios entre generaciones, para enfrentar de manera exitosa este importante desafío social.
- La consideración de particularidades y cambios en el contexto nacional, las transformaciones institucionales, especialmente en campos como el del empleo, la seguridad social y la salud.
- La necesidad de intervenir no solo en el sujeto, sino también en el ambiente familiar, cultural, social, económico e institucional, con el fin de remover los obstáculos que ellas encuentren en la sociedad.
- Considerar que la gestión que se realice desde diferentes planes y programas, debe fortalecer y generar capacidades para enfrentar efectivamente el envejecimiento de la población, partiendo de sus intereses y necesidades.
- Prestar especial atención a los aspectos preventivos de la salud, el ingreso, control de factores de riesgo físico, sin que ello signifique restarle apoyo o atención a los programas asistenciales que seguirán siendo necesarios.
- Contribuir a erradicar prejuicios y valoraciones negativas con respecto al envejecimiento, para crear una verdadera cultura en torno a la persona mayor.

El Plan de Acción de la Persona Adulta Mayor 2002-2006, que observa los planteamientos anteriores, considera que un importante sector de las personas adultas mayores en el país, enfrenta carencias económicas, psicológicas (falta de cuidados y afecto), reconocimiento de sus derechos ciudadanos por parte de la familia, la comunidad y el Estado. Que esta situación le está impidiendo a las personas mayores disfrutar de una vejez activa y con calidad de vida.

En este sentido el propósito del Plan es que las personas adultas mayores logren acceder a servicios de salud, vivienda, nutrición, desarrollo integral, seguridad social, entre otros, en condiciones óptimas y con espacios de participación social.

Entre los perfiles estratégicos del Plan, de interés para el desarrollo del Programa, se mencionan:

- El respeto a la integridad física, psíquica y moral de las personas adultas mayores
- Atención integral y preventiva a las personas adultas mayores en todas las áreas y servicios de salud
- Desarrollo de instancias de coordinación e intercambio entre las instituciones y organizaciones sociales que trabajan con la población mayor
- Diseño de una estrategia de atención integral a las personas mayores abusadas o maltratadas
- Ejecución de la estrategia, en coordinación con las instituciones que dan atención en este campo
- Definir en coordinación con diversas instancias, una campaña de concienciación sobre el abuso y el maltrato contra las personas mayores

Con el propósito de validar y dar seguimiento a estos principios el Consejo creó una instancia, el Sistema Nacional Técnico, integrado por diferentes instituciones, el cual debe asesorar y apoyar a la Dirección Ejecutiva y al Consejo en las tareas de formulación de políticas, elaboración de iniciativas y recomendaciones, así como asegurar el cumplimiento de las responsabilidades institucionales. También creó una Comisión especial para estudiar y proponer iniciativas y recomendaciones en torno al problema de abuso y/o maltrato de las personas mayores

- **Instituto Nacional de la Mujer. INAMU**

La Política del Estado en materia de violencia de género, es puesta en operación por el Instituto Nacional de la Mujer, institución autónoma y rectora, que asume la responsabilidad de su conducción, con el concurso activo de las instituciones gubernamentales, el Poder Judicial, el Poder Legislativo y la sociedad civil, a través de los grupos de mujeres y las organizaciones no gubernamentales que trabajan a favor de los derechos de las mujeres, así como de la erradicación de la violencia intrafamiliar.

Esta Institución ha priorizado la inversión en servicios de atención y prevención de la VIF y en recursos humanos y materiales requeridos para la prestación de los servicios del Área de Violencia de Género.

- **Área de Violencia de Género**

Esta es un área estratégica, desde la cual, se ejerce la Coordinación Técnica del Sistema Nacional de Atención y Prevención de la VIF, y se presta asesoría a las redes locales y a las Comisiones Institucionales que trabajan en el tema. Diseñan y ejecutan proyectos de cooperación, modelos y propuestas, desarrollan metodologías y material educativo, divulgación, formulan legislación y administran un sistema de recepción y seguimiento de denuncias contra los y las funcionarias públicas(os). Ofrecen servicios de atención destinados a proteger la vida de las mujeres afectadas por la VIF, que no presta ninguna otra institución del Estado, como la Delegación de la Mujer, los albergues y atención de emergencias.

- **Acciones prioritarias de atención que se realizan en las diversas instituciones para combatir la VIF**
- **Planes y Programas Institucionales**

■ En el Sector Coordinación Técnica y Seguimiento del Sistema nacional, se encuentra el INAMU, que cuenta en su estructura con el Área de Violencia de Género, que desarrolla acciones en cuatro ejes, Violencia Intrafamiliar, Hostigamiento Sexual, Explotación Sexual, y Prostitución Forzada y Violencia Sexual Extrafamiliar

En el Eje VIF, realiza acciones de coordinación y asesoría técnica; desarrollo de campañas y acciones de movilización social; prestación de servicios a las mujeres afectadas por VIF; promoción, seguimiento y capacitación de las Redes Locales de Atención y Prevención de la Violencia; desarrollo de planes de capacitación; asesoría a las Oficinas Municipales de la Mujer.

■ La Dirección de Desarrollo de la Salud y la Dirección de Servicios de Salud, del Ministerio de Salud, orientan a sus funcionarios(as), para que estos(as) desde los servicios que prestan, trabajen por la VIF. Sus logros han sido, la elaboración del Protocolo de Vigilancia en Violencia; integración del enfoque de equidad de género, etnia y grupos sociales especiales, en la Política Nacional de Salud 98-2002, la incorporación del monitoreo de la VIF al Sistema de Vigilancia de la Salud, integración de acciones dentro del Plan nacional de Salud 99-2004. Elaboración de instrumentos normativos para la atención de la VIF, integración de la detección, contención inicial y referencia de la VIF e institucional dentro de las áreas básicas de los establecimientos de atención infantil y de las personas adultas mayores, entre otras.

■ El Programa de Atención Integral a la VIF, PAIVIF, de la Caja costarricense del Seguro Social, se ocupa de fortalecer las capacidades institucionales para asumir los compromisos pertinentes en materia de prevención y atención de la VIF. Entre sus logros más importantes están, participación en la creación de la Red Interinstitucional para la atención integral de la VIF en Goicoechea; de un modelo de autocuidado para el personal que ofrece atención de salud en Goicoechea; creación de 40 Comisiones Locales de Atención a la VIF, conformadas por personal de salud; capacitación en Centros de Salud del país; creación de las Normas de Atención en Salud a las personas afectadas por VIF, transversalidad de acciones en todos los Programas de la CCSS, así como en la Planificación institucional, y coordinaciones efectivas, entre otras.

El Modelo de Atención Integral de la VIF, de la CCSS se aplica a 40 unidades que operan en comunidades amplias en los que se dan los tres niveles de atención de la salud. Este Modelo es transversal a los servicios especializados que tiene la institución con niñas(os), adolescentes, personas adultas mayores. 42 servicios son de atención individual a mujeres, 23 a atención grupal; 36 servicios para atención individual a niñas(os), 10 para atención grupal; 31 servicios para atención individual a adolescentes, 10 de atención grupal; 2 servicios que ofrecen atención a personas adultas mayores; 1 servicio para ofensores adultos; 2 servicios de atención a niñas(os) adolescentes ofensores.

■ La Comisión Institucional de Prevención y Atención de la VIF, del Ministerio de Educación Pública, es una instancia técnica para abordar con acciones concretas, la meta de erradicar la VIF y que pone en operación un modelo de trabajo bajo esta temática en el sector educativo.. Sus principales logros son, el desarrollo de modelos de detección, atención, referencia y seguimiento a situaciones de VIF, en escuelas; que toma en cuenta el ambiente escolar, el familiar y el comunitario; con apoyo interdisciplinario y/o integradas a la red local de atención y prevención de la VIF; proyectos de capacitación y promoción para lograr una cultura con equidad de género y

educación en paz; la coordinación con otros programas que brindan atención a niñas(os), adolescentes; elaboración de materiales didácticos.

- El Programa de Atención a la Mujer y a la Niñez, del Ministerio de Seguridad Pública, desarrolla actividades con diversas instancias vinculadas con la prevención y la atención de manifestaciones de violencia social. Desde la Comisión Institucional sobre violencia Intrafamiliar promueve el Programa de Promotoras(es) en contra de la Violencia Intrafamiliar, que laboran en las Delegaciones policiales ubicadas en diferentes cantones y distritos, en coordinación con el INAMU que brinda asesoría y apoyo para la atención integral. También ofrecen capacitación para los oficiales de policía y otros grupos.

- La Dirección Nacional de Prevención de la Violencia y el Delito,⁵⁵ y la Oficina de Control y Calificación de Espectáculos Públicos del Ministerio de Justicia y Gracia. Su misión es definir y ejecutar políticas nacionales e institucionales que promuevan la prevención integral de la violencia y el delito. Sus áreas de trabajo son: Socio-Jurídica, Psicosocial, Fármacodependencia, Promoción, Divulgación y Publicidad e Investigación. Sus acciones tienen cobertura nacional, pero se prioriza el trabajo con personas menores de edad y sectores socialmente vulnerables. Ofrece también atención especializada a personas ofensoras recluidas en los Centros Penales, a mujeres privadas de libertad que viven situaciones de violencia intrafamiliar y a sus grupos familiares; a personas menores de edad ubicadas en el Programa Nacional de Atención a la Población Penal Juvenil.

- La Comisión Institucional de Seguimiento a la Ley contra la Violencia Intrafamiliar, del Poder Judicial, ofrece seguimiento debido a la aplicación de la normativa en materia de Violencia Intrafamiliar, con acciones de capacitación del personal judicial, formula propuestas de intervención institucional y establece coordinación con otras instituciones, para garantizar un acceso efectivo a la justicia de las personas afectadas por la violencia.

- La Unidad de Cultura y Género de la Oficina Sectorial de Planificación, del Ministerio de Cultura Juventud y Deportes, incorpora en el Plan Estratégico contra la Violencia Intrafamiliar (2000), acciones en cuatro ejes: en el montaje de espectáculos, la introducción en los montajes de teatro, danza o música, la realización de actividades conmemorativas, la atención y canalización de denuncias por parte de las funcionarias del Ministerio. Todas las actividades están orientadas a eliminar estereotipos, mitos y a fortalecer las interrelaciones personales.

- Las Universidades Públicas, Universidad de Costa Rica, Universidad Nacional e Instituto Tecnológico de Costa Rica. Las tres Universidades participan del Sistema Nacional de Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Su accionar es desde lo preventivo, en la formación del recurso humano para prevenir la violencia (docencia y acción social).

- La Universidad de Costa Rica, tiene un Centro Especializado en Investigaciones y Estudios sobre la Mujer CIEM, desde el cual se promueven acciones estratégicas en el área de violencia intrafamiliar.

- Universidad Nacional, cuenta con el Instituto de Estudios de la mujer IEM, que es una unidad académica especializada en los temas relativos a los derechos de las mujeres, así como a la violencia intrafamiliar. Desde esta Unidad se realizan actividades de docencia y extensión universitaria e investigación

Ambas Universidades, desarrollan en forma conjunta dos programas de maestría: en Estudios de la Mujer (académica) y en Violencia Intrafamiliar y de Género (profesional).

⁵⁵ Creada por Decreto Ejecutivo No 27228-j del 1 de diciembre de 1998, publicado en la Gaceta No 170.

■ Instituto Tecnológico, desarrolla desde 1998 un Programa de Equidad de Género, dirigido a identificar y desarrollar formas o mecanismos que permitan una inserción más equitativa de la mujer, en este caso, mujeres jóvenes, en las áreas científicas-tecnológicas.

■ El Patronato Nacional de la Infancia PANI, es el órgano Rector en el área de la niñez y la adolescencia. Su misión es neutralizar el riesgo inminente que sufren las niñas, los niños y adolescentes como producto de la violencia social, en cualquiera de sus manifestaciones, intrafamiliar, en la comunidad, en la escuela y policial.

Impulsa el PANI programas de prevención de la violencia, utilizando estrategias como : auditorias para reducir las manifestaciones de la misma en las y los menores de edad, en el contexto comunitario, escolar o institucional; y promueve campañas, eventos y proyectos de prevención. Tiene una cobertura nacional, con 28 Oficinas Locales y 40 Juntas de Protección a la niñez y la adolescencia.

■ Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, es un organismo público en el que tienen presencia instituciones gubernamentales y no gubernamentales, que trabajan en favor de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Participa en la Comisión de Seguimiento del Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar.

■ El Instituto Mixto de Ayuda Social, IMAS, la coordinación del trabajo institucional en materia de violencia intrafamiliar se da desde la Sub-Gerencia de Desarrollo Social que remite los compromisos a las áreas estratégicas; cuenta con el área de Fortalecimiento a la Familia, que tiene la responsabilidad de planificar las acciones en materia de violencia familiar y coordinar para su ejecución con las Gerencias Regionales. Esto con el fin de facilitar una atención integral, mediante la dotación de recursos técnicos y financieros a las familias víctimas de violencia intrafamiliar o en condiciones de pobreza o vulnerabilidad social. La cobertura es nacional, cuenta con Regionales en todo el país.

■ La Defensoría de los Habitantes, tiene competencia para actuar frente a la denuncia que una persona afectada por la violencia interponga por incumplimiento de deberes del personal de las Oficinas Gubernamentales, en la prestación de los servicios o las funciones que le han sido encomendadas.

Atiende a personas afectadas desde la Defensoría de la Mujer, el Área de Niñez y Adolescencia y el Área de Protección Especial, donde se atienden casos en personas adultas mayores, personas discapacitadas.

■ Instituciones como el Ministerio de Planificación y Política Económica, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Ministerio de Obras Públicas y Transportes, el Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos, Instituto Nacional de Aprendizaje, el Instituto Nacional de Seguros, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, también desarrollan acciones en el tema de la VIF.

- **En cuanto a las Organizaciones no Gubernamentales que trabajan a favor de la erradicación de la VIF se encuentran:**⁵⁶

Casa Alianza, tiene como objetivo la rehabilitación y la defensa de los derechos de la niñez de la calle; Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano, es una organización privada sin fines de lucro, que promueve el diálogo como la mejor vía para dirimir conflictos y diferencias.

El Instituto Costarricense para la Acción, Educación e Investigación sobre masculinidad, pareja y

⁵⁶ Entre otras ONGs, existentes en el País y que trabajan por los grupos vulnerables ante la violencia..

sexualidad. WEM. Es una instancia dirigida a contribuir a la reflexión y abordaje de las problemáticas propias de la masculinidad y fomentar formas de vida y de relación que desarrollen y beneficien a hombres y mujeres.

Fundación PANIAMOR, organiza su actuación a través de tres programas permanentes, dos de los cuales están vinculados con el tema de violencia intrafamiliar contra las personas menores de edad. Desde el Programa de Prevención de la Violencia trabaja con poblaciones y con instituciones.

Centro Feminista de Información y Acción, CEFEMINA, desarrolla diferentes programas, entre ellos, Mujer No Estas Sola, desde donde se trabaja por la erradicación de la violencia en contra de las mujeres; Organismos Internacionales

- **En cuanto a las Organismos internacionales que apoyan las acciones en VIF**

La Organización Panamericana de la Salud, es un Organismo Internacional de Salud Pública. Actúa como Oficina Regional para las Américas, de la Organización Mundial de la Salud. Dentro del Sistema Interamericano, es el organismo especializado en salud.

el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, se dedica a proteger las vidas de los niños y las niñas del mundo y a propiciar su desarrollo;

- **Respuesta Social a Planes y Programas**

Son notorios los avances obtenidos en materia de prevención y atención de la violencia, especialmente de la intrafamiliar, no obstante la sociedad costarricense se encuentra muy distante de garantizar a todas las personas, el ejercicio pleno del derecho humano de disfrutar de una vida libre de violencia. Sin embargo es de resaltar la permanencia del tema en la agenda pública y el compromiso que diferentes sectores del Estado y la Sociedad Civil están mostrando con las acciones que llevan a cabo. Cada institución tiene logros propios.

- **Servicios a las Personas afectadas por la VIF**

Desde el Sector Salud

La Caja Costarricense del Seguro Social brinda servicios a las víctimas de violencia, desde los tres niveles de atención, como se puede observar en los siguientes cuadros.

Caja Costarricense del Seguro Social

Niveles de Atención	Unidades	Personas
Tercer Nivel	Hospitales Nacionales Especializados	Todas las Especialidades
Segundo Nivel	Hospitales Regionales o Periféricos y Clínicas Mayores	Algunas Especialidades Profesionales, Generalistas, otros Técnicos
Primer Nivel	Áreas de Salud y Sectores	EBAIS, Equipos de Apoyo, Comunidad

En estos niveles la Institución cuenta con:

- 42 Servicios que ofrecen atención individual a las mujeres
- 23 Servicios que ofrecen atención de grupo a las mujeres
- 36 Servicios que ofrecen atención individual a las niñas y los niños
- 10 Servicios que ofrecen atención de grupo a las niñas y los niños
- 31 Servicios que ofrecen atención individual a las y los adolescentes
- 10 Servicios que ofrecen atención de grupo a las y los adolescentes
- 2 Servicios que ofrecen atención a personas adultas mayores
- 1 Servicio que ofrece atención a ofensores adultos
- 2 Servicios que ofrecen atención a niños, adolescentes ofensores

Cuenta la Institución con 40 Comisiones Locales de Atención a la Violencia Intrafamiliar, conformadas por: Médico(a), Psicólogo(a), Trabajador (a) Social, Enfermera, Psiquiatra, entre otros.

La implementación de 40 unidades trabajando con el PLANNOVI, desde la comunidad y las organizaciones y bajo el Sistema de Redes de Atención en Salud Local y con la participación de todos los hospitales.

A nivel local hay más de 1200 funcionarios(as) capacitados (as) interdisciplinariamente.

- En el primer nivel se brindan las siguientes intervenciones de acuerdo a las Normas de Atención a la Violencia Intrafamiliar⁵⁷:

Promoción	Prevención	Detección y Registro	Atención a personas afectadas
Actividad	Actividad	Actividad	Actividad
Participación y apoyo, junto con otros actores sociales en la conformación de Redes Locales	Sensibilización de la comunidad y grupos organizados sobre el problema de la violencia y la VIF	Detección de situaciones de violencia intrafamiliar	Captación temprana de situaciones de VIF
Organización de actividades para promover formas de convivencia no violentas	Creación de espacios de reflexión y autocuidado del personal de salud encargado de la atención	Referencia y coordinación	Contención y orientación de las personas afectadas por la VIF
			Atención específica
			Seguimiento
Escenarios-Responsables	Escenarios-Responsables	Escenarios-Responsables	Escenarios-Responsables
Establecimientos de Salud. 1, 2	Establecimientos de Salud 1, 2	Establecimientos de Salud 8,1,10	Establecimientos de Salud 8, 11,10,12,1,3
Escenario Comunitario, 1,2,9,4,5	Familia 3, 7	Familia 3	Familia 3
	Escenario Laboral 1	Escenario Laboral 1	Escenario Laboral
	Escenario Educativo 1	Escenario Educativo 1, 10	Escenario Educativo 10
	Escenario Comunitario 6,7, 2,1	Escenario Comunitario 1	Escenario Comunitario 12, 3,6

⁵⁷ Normas de Atención en Salud a las Personas Afectadas por la Violencia Intrafamiliar. Costa Rica 2000

Responsables:

EBAIS. Equipos Básicos de Atención Integral en Salud(1)
 Equipos de Apoyo área de Salud (2)
 Asistentes Técnicos de Atención Primaria (3)
 Organizaciones no gubernamentales (4)
 Comunidad (5)
 Red Interinstitucional e intersectorial (6)
 Educadores Comunitarios de Salud (7)
 Médicos y auxiliares (8)
 Organizaciones Gubernamentales (9)
 Médicos (10)
 Trabajadores Sociales y Médicos
 Trabajadores Sociales (12)

- En el segundo nivel se brindan las siguientes intervenciones de acuerdo a las Normas de Atención a la Violencia Intrafamiliar:

Promoción	Prevención	Detección y Registro	Atención a personas afectadas
Actividad	Actividad	Actividad	Actividad
Asesoría al primer nivel de atención.	Sensibilización de los (as) funcionarios(as) sobre el problema de violencia.	Detección de situaciones de violencia intrafamiliar	Contención y orientación de las personas afectadas por la violencia y VIF
	Creación de espacios de reflexión y autocuidado del personal de salud encargado de la atención	Coordinación y referencia	Atención Específica
			Seguimiento
Escenarios-Responsables	Escenarios-Responsables	Escenarios-Responsables	Escenarios-Responsables
Otros 1, 2	Consulta Externa 1	Consulta Externa 3, 5, 10,1	Consulta Externa 3, 6, 7, 6,10,11, 12
	Emergencias* 1	Emergencias 4, 10,1	Emergencias 3, 4,10,11
		Servicios de Diagnóstico y Tratamiento 3	
	Otros 1		Otros 1

Responsables:

CIAVIF, Comité Interdisciplinario de Atención a la Violencia Intrafamiliar (1)
 Áreas de Salud (2)
 Personal de Salud capacitado (3)
 Médicos y Enfermeras (4)
 Redes (5)
 Trabajadores Sociales (6)

Psiquiatras (7)
 Enfermeras de Salud Mental (8)
 Psicólogos (9)
 Médicos (10)
 Enfermeras (11)
 Trabajador Social, Psiquiatra, Psicólogo, Enfermera de Salud Mental (12)

- En el tercer nivel se brindan las siguientes intervenciones de acuerdo a las Normas de Atención a la Violencia Intrafamiliar:

Promoción	Prevención	Detección y Registro	Atención a personas afectadas
Actividad	Actividad	Actividad	Actividad
Asesoría a los diferentes niveles de atención	Sensibilización de los (as) usuarias (os) sobre el problema de violencia intrafamiliar	Detección de Situaciones de violencia intrafamiliar	Contención y orientación de las personas afectadas por la violencia y VIF
	Creación de espacios de reflexión y autocuidado del personal de salud encargado de la atención	Coordinación y referencia	Atención Específica
			Seguimiento
Escenarios-Responsables	Escenarios-Responsables	Escenarios-Responsables	Escenarios-Responsables
	Consulta Externa 1	Consulta Externa 3,5,10,1	Consulta Externa 3, 12,10,11
	Emergencias 1	Emergencias 410,1.	Emergencias 3,4,10, 11
	Servicios de Diagnóstico y Tratamiento 1	Servicios de Diagnóstico y Tratamiento 3	
Otros 1	Otros 1		Otros 1

Responsables:

ClAVIF, Comité Interdisciplinario de Atención a la Violencia Intrafamiliar (1)
 Áreas de Salud (2)
 Personal de Salud capacitado (3)
 Médicos y Enfermeras (4)
 Redes (5)
 Trabajadores Sociales (6)
 Psiquiatras (7)
 Enfermeras de Salud Mental (8)
 Psicólogos (9)
 Médicos (10)
 Enfermeras (11)
 Trabajador Social, Psiquiatra, Psicólogo, Enfermera de Salud Mental (12)

*En los Servicios de Emergencias, la norma establece que se deben:

- Detectar signos y síntomas de violencia, según criterios de detección establecidos
- Anotar en el expediente clínico
- Llenar la boleta de declaración obligatoria
- Elaborar y distribuir lista de instituciones y organizaciones de apoyo. También procedimientos de referencia a los diferentes servicios.
- Coordinar con la institución, organización, funcionario o persona a quien se va a dirigir la referencia de la persona afectada
- Llenar documento de referencia con datos de historia clínica y examen físico
- Facilitar la expresión de sentimientos, conforme a los lineamientos de contención
- Identificar con la persona afectada los recursos personales y comunitarios con que cuenta y elaborar un plan de emergencias
- Dar orientación sobre las medidas de protección legal y ofrecer información sobre las alternativas para enfrentar la situación
- Hacer una valoración inicial y clasificar el riesgo
- Valorar y atender las lesiones en caso de violencia física y registro de hallazgos
- Recolectar muestras y custodia de pruebas
- Hacer intervención terapéutica individual y grupal
- Divulgar las leyes que protegen contra la violencia intrafamiliar.

El Ministerio de Salud, acciones que ejecuta

- Elaboración de Protocolos y Normas y Reglamentos, nivel nacional
- Integración de la detección, contención inicial y referencia de la violencia intrafamiliar e institucional, dentro de las tareas básicas de los establecimientos de atención infantil de las personas adultas mayores y de las personas con discapacidad.
- Promoción del conocimiento de los derechos y deberes de hombres y mujeres en las diferentes etapas de su ciclo de vida (mujeres, hombres, niñas, niños, adolescentes).
- Promoción de procesos de capacitación con funcionarias(os) del sector salud en materia de violencia intrafamiliar y sobre el reglamento del comité de Estudio Integral al Niño, Niña y Adolescente agredido.
- Brindar elementos teóricos a las y los docentes en materia de violencia física, emocional y sexual a niños y niñas del Programa Salud Escolar y Nutrición.

Desde la Rectoría

Instituto Nacional de las Mujeres: Área de Violencia de Género

- Ofrece la línea telefónica 911 para denuncias, mediante una alianza con el Instituto Costarricense de Electricidad. También tiene una línea telefónica operada por personal voluntario y por funcionarias, que ofrece contención y orientación especializada.
- Ha constituido 44 Redes Locales de Atención y Prevención de la VIF (hasta el 2002),
- Realiza acciones de capacitación dirigidas a fortalecer las capacidades para la aplicación de la política pública sobre VIF. Han participado 1006 personas.

- Capacitación de promotoras legales en VIF, provenientes de organizaciones de base en los cantones.
- Producción de material didáctico. Para los procesos de capacitación y de difusión de información de los servicios de prevención y atención de la VIF.
- Ampliación de la Red de Oficinas Municipales de la Mujer. Hasta el 2002, sumaban 41.
- Prestación de servicios a las mujeres afectadas por la VIF, a través de la Delegación de la Mujer, los albergues para las mujeres agredidas y sus hijas e hijos.

Desde otros Sectores

El Ministerio de Educación

- Atiende con equipos interdisciplinarios el componente socio-afectivo de la población estudiantil y sus familias, en 92 escuelas urbano marginales.
- Detecta, atiende, refiere y da seguimiento a situaciones de violencia intrafamiliar en forma interdisciplinaria y/o integrada a la red local de atención y prevención de la violencia intrafamiliar.
- Actividades de Prevención a nivel escolar, familiar y comunitario en materia de violencia intrafamiliar
- Integra, apoya y da seguimiento al trabajo de las Redes Locales, con prevención y atención.
- Desarrolla procesos de capacitación y sensibilización al personal docente en materia de violencia.
- Desarrolla proyectos como: Creando Ambientes Libres de Violencia; Educación para la Paz; Una cultura con Equidad de Género.
- Coordina con programas como: Amor Joven; Construyendo Oportunidades, para la definición de una política educativa en relación a la Sexualidad Humana.
- Trabaja en Políticas de protección a adolescentes-madres dentro del Sistema Educativo.
- Crea una Comisión Mixta que trabaja en la Prevención de la Violencia en el Sector Educación Secundaria, en coordinación con el Ministerio de Justicia, creación de redes de estudiantes y orientadores en todo el país para desarrollar proyectos institucionales y regionales de prevención de la violencia y el delito.
- Actividades de interaprendizaje con estudiantes, docentes, personal administrativo y padres y madres de familia.
- Elaboración de recursos didácticos para las y los docentes del sistema educativo, para detectar y prevenir la violencia intrafamiliar.

El Ministerio de Seguridad Pública

- Integración de un Módulo informativo sobre la Ley de Violencia Intrafamiliar, para el programa de formación regular del personal policial. Se han cubierto 3.400 personas.

- La capacitación de personal policial en servicio, se ha cubierto una población de 320 personas quienes han extendido la capacitación a otras 350 personas.
- Inclusión de un módulo sobre violencia intrafamiliar, en los procesos de capacitación de la Unidad de Seguridad Comunitaria.
- La atención del personal policial afectado por la violencia o bien que ejerce violencia contra las personas que integran al grupo familiar.
- Atención más efectiva de las situaciones de violencia, gracias a la conexión directa con la línea de emergencia 911 y la coordinación con instituciones de salud, educación y el Poder Judicial, desde las cuales se detectan situaciones que ameritan la intervención policial.

El Ministerio de Justicia y Gracia

- Formación de la Red de jóvenes para la prevención de la violencia, como alternativa de prevención propuesta por los y las jóvenes durante el proceso de Diagnóstico de manifestaciones de violencia en el Sector de Educación Secundaria.
- Promoción de actividades formativas e informativas dirigidas a los y las jóvenes de la Red: talleres, charlas, campamentos, actividades de sensibilización, en relación con promoción de derechos, formación de Líderes Estudiantiles en derechos de la juventud, identidad masculina y femenina, violencia por razones de género, alternativas a la violencia, valores, trabajo infantil, entre otras muchas.
- Integración durante el 2001, de 18 Comisiones de prevención en centros educativos de la zona metropolitana, participantes en la Red.
- Distribución de materiales educativos con contenidos preventivos, sobre temas de Interés. Elaboración de Boletín Informativo Red Nacional de Jóvenes para la Prevención.
- Formulación, ejecución y participación en campañas Nacionales de información y sensibilización, para promover estilos de vida basados en el respeto a los derechos de las personas, la tolerancia, la equidad de género, el rescate de valores.
- El lanzamiento de la Campaña Nacional Por una mejor Calidad de Vida para las Personas Menores de Edad.
- La participación en actividades de capacitación en apoyo a organizaciones comunitarias en el país, en relación con la violencia y otras como derechos humanos entre otras.
- La organización y ejecución de la campaña, en el marco de la Temporada Mundial de la no Violencia.
- Acciones continuas de prevención de la Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños y Adolescentes.
- Elaboración de diversos manuales: La policía frente a situaciones de Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños y Adolescentes, entre otros.
- La atención especializada a personas ofensoras a nivel físico y a nivel sexual, con la población penal juvenil, en los centros penales de adultos, en la atención a personas agredidas en la población femenina del Centro Institucional el Buen Pastor. Se brinda trabajo terapéutico en grupos, atención individual.

- Atención a familiares de personas privadas de libertad que están afectadas por la violencia.

El Poder Judicial

- Capacitación de funcionarios judiciales; realización de talleres educativos y evaluativos.
- Elaboración de documentos informativos, acerca de la violencia doméstica.

Instituto Mixto de Ayuda Social

- Efectuar referencias de las personas afectadas por la violencia intrafamiliar, a instituciones especializadas.
- Transferencias económicas urgentes a mujeres o familias afectadas por la violencia intrafamiliar.
- Facilitar el acceso a mujeres afectadas por el problema de violencia a los Programas Creciendo Juntas y Construyendo Oportunidades.
- Otorgar a los niñas y niños víctimas de violencia familiar un cupón o subsidio de 10.000 colones, durante el curso lectivo.
- Facilitar el acceso a Hogares Comunitarios de Niños y Niñas procedentes de familias afectadas por la violencia intrafamiliar.
- Brindar ayudas para ideas productivas a aquellas personas y familias afectadas por la VIF.
- Desarrollo de acciones de sensibilización, formación y capacitación en VIF, dirigidas al personal de la institución.

El Instituto Nacional de Aprendizaje

- Capacitación al personal y a las y los estudiantes sobre la violencia intrafamiliar.
- Atención de la población femenina de todas partes del país en los diferentes modos y modalidades de formación impartidas por el INA.

El Patronato Nacional de la Infancia

- Brindar atención integral a las personas menores de edad víctimas directas de violencia intrafamiliar.
- Ejercer defensa psicosocial y jurídica de las personas menores de edad afectadas por la violencia intrafamiliar.
- Ofrecer protección en albergues a los niños, las niñas y adolescentes víctimas directas de la VIF y que no cuentan con contención a lo interno del seno familiar.

El Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial

- Capacitación del personal institucional que ofrece atención a las personas con discapacidad y violencia intrafamiliar.
- Asignación de recursos a otras instituciones, para la atención de las necesidades de empleo, hospedaje transitorio, transporte, para las personas con discapacidad afectadas por la VIF.
- Difusión de material informativo sobre discapacidad y VIF.

En estos párrafos se han mencionado los logros y servicios representativos, que prestan las diferentes instituciones para combatir y atender a las personas víctimas de violencia intrafamiliar. Estos esfuerzos son evidentes especialmente en lo que concierne a la atención de la mujer, de las niñas y los niños. El abordaje del abuso a la persona mayor, no es un hecho reciente, se da desde la década de los ochenta y con mayor conocimiento en los noventa; sin embargo no se han establecido acciones integrales sistemáticas y estandarizadas de cobertura nacional, por lo que el actuar ha sido parcial y en general desprovisto de otro tipo de servicios que son necesarios para tratar el problema.

Consideraciones

Cada vez hay más quejas de las personas que sufren violencia intrafamiliar, legitimando así la nueva disponibilidad social con respecto a esta problemática. Actualmente existe una tendencia a asimilar el espacio familiar y el espacio social, con el derribamiento de las últimas barreras que hacían creer que en el ámbito de la familia cualquier persona podía sustraerse a la ley general e igualitaria.

Pero a pesar de que en la actualidad se escucha a quienes padecen tales problemas, los modos de resolverlos e intervenir en los sistemas familiares con interacción violenta siguen siendo un desafío.

“La aceptación de la diferencia y de la autoridad, el respeto de las reglas, la tolerancia a la frustración, la experiencia del compromiso y de la negociación dejan atrás las réplicas violentas, tanto en la red social como en la familia. Si estos aprendizajes no se llevan a cabo, es decir si no se toman en cuenta la diferencia, la singularidad y los deseos de cada persona aparece la violencia, y esta se vuelve el modo habitual de resolver los conflictos familiares”⁵⁸.

La literatura expone cuatro premisas básicas para encarar el problema de la violencia intrafamiliar:

- La violencia no es un fenómeno individual, sino la manifestación de un fenómeno interaccional
- Todos cuantos participan en una interacción se hallan implicados y son por tanto responsables (en la interacción)
- En principio, todo individuo adulto, con capacidad suficiente para vivir de modo autónomo, es el garante de su propia seguridad. Esto permite concebir las relaciones humanas desde un punto de vista transaccional
- Cualquier individuo puede llegar a ser violento, con diferentes modalidades o manifestaciones

^P Perrone R. Nannini M. Violencia y abusos sexuales en la familia. Piados 1998

V. Marco Normativo en que se apoya la Propuesta de Atención Integral del abuso y/o Abandono

El componente normativo es de suma importancia en la gestión de las estrategias de la Propuesta, debido a que por ese medio se establecen prescripciones de acatamiento obligatorio para la sociedad con el fin de que se propicie a la par de otras medidas singulares, el cambio cultural, particularmente en aquellos paradigmas que obstaculizan la integración plena de las personas adultas mayores, propician la discriminación, el estigma y las acciones de abuso y abandono, en una época en que la solidaridad debe ser el mayor valor que se les ofrezca.

Todos los países en el mundo, han venido reconociendo el tema del envejecimiento de la población y esta situación ha propiciado la promulgación de numerosas resoluciones internacionales y acciones por parte de diferentes instancias de las Naciones Unidas, dentro de las cuales destacan las siguientes:

En 1978 la Asamblea de las Naciones Unidas convocó por primera vez a una Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, cuyo propósito era analizar los cambios que estaban ocurriendo en las estructuras de la población a nivel mundial.

En 1980, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, aprobó la Resolución CD27.R16, en la que se expresa su preocupación por la ausencia de programas adecuados para las personas de edad, e insta a los estados a establecer programas eficaces para esta población.

En 1982, se celebró en Viena, la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, en el cual se presenta el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento; presentado a la consideración de los estados miembros de este organismo, con un conjunto de recomendaciones para orientar las políticas en materia de envejecimiento.

En 1991, la Asamblea de las Naciones Unidas exhorta a los estados miembros a incorporar los principios dictados por este organismo a favor de las personas de edad, a saber: Independencia, Participación, Cuidados Autorrealización y Dignidad, en los Programas Nacionales para las Personas Mayores.

En 1992, se realiza la Reunión de Consulta sobre la Formulación de políticas para las personas mayores en América Latina y el Caribe, realizada por el programa Regional de Políticas de Salud de OPS.

En 1992, se aprueba por parte de la Asamblea de Naciones Unidas, la estrategia práctica para el decenio 92-2001, titulada Objetivos Mundiales sobre el Envejecimiento para el año 2001. Designación del 1 de octubre como el Día Internacional de las Personas de Edad.

En 1997, se celebra el Foro Políticas Públicas sobre Envejecimiento, con la participación de 115 delegados de 21 países de Latinoamérica y el Caribe y se aprueba la Declaración de Montevideo sobre Políticas de Protección Integral al Envejecimiento y la Vejez Saludable.

En 1998, la Organización Panamericana de la Salud, aprueba la Resolución CSP25.R6, en donde se insta a los estados de la Región a ejecutar planes nacionales de acción en materia de salud y envejecimiento.

En 1999, se elabora el Plan de Acción en Envejecimiento, 1999-2002 para América Latina y el Caribe por parte de la Organización Panamericana de la Salud. En este Plan se propone un método holístico relativo a la salud y el bienestar de las personas mayores, que incorpora las siguientes perspectivas: a) del ciclo de vida, b) de promoción de la salud, c) de género, d) de carácter intergeneracional, e) de carácter ético.

1999, celebración del Año Internacional de la Persona Adulta Mayor.

2000, la Organización Mundial de la Salud, en su Informe Mundial de Violencia, destina el capítulo cinco a el maltrato de las personas mayores, en el mismo se recomienda aumentar los conocimientos sobre el problema, promulgar leyes más severas y elaborar políticas más enérgicas; aplicar estrategias de prevención más eficaces.

Considera este Informe que el maltrato hacia las personas mayores no puede resolverse adecuadamente si no se satisfacen sus necesidades esenciales, como la alimentación, la vivienda, la seguridad, y el acceso a la asistencia sanitaria y que los estados deben crear ámbitos en los que el envejecimiento se considere una parte natural del ciclo de vida; se desalienten las actitudes que tiendan a negar el paso de los años, las personas de edad tengan el derecho de vivir con dignidad, sin sufrir malos tratos ni explotación y se les brinde la posibilidad de participar plenamente en las actividades educativas, culturales, espirituales y económicas.

2002, celebración de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento; en el documento final presentado por las Naciones Unidas en dicha Asamblea, se incluye el Informe acerca del maltrato de las personas de edad: con el propósito de contribuir a los debates sobre la elaboración de la Estrategia Internacional de Acción sobre el Envejecimiento 2002.

Considera el Informe que el abuso y/ o abandono de las personas mayores, es un asunto de violación de derechos fundamentales garantizados en los pactos internacionales y consagrados en los Principios de Naciones Unidas, a favor de las personas de edad. Que el problema del maltrato se afrontará eficazmente cuando las necesidades y los derechos básicos de la gente se atiendan y respeten durante toda la vida; porque los malos tratos en la vejez pueden estar vinculados a la incapacidad de la persona de disponer de medios económicos suficientes para alcanzar la vejez con dignidad y a la falta de oportunidades para poder llegar a disponer de dichos medios.

Recomienda el Informe adoptar un Programa para examinar como proteger adecuadamente los derechos de las personas mayores y emprender una investigación de las prácticas abusivas, como medidas iniciales a una política de cero tolerancia del maltrato.

Que la vulnerabilidad de las personas de edad a los malos tratos puede reducirse también ayudando a estas personas a mantenerse activas y productivas para poder seguir contribuyendo, a la sociedad, la comunidad, la familia.

Buscar la estrategia para disminuir la dependencia con respecto a los cuidados institucionales para las personas mayores, como cuestión de política y apoyar el cuidado basado en la familia, con una plataforma que lo sustente desde la comunidad, con servicios comunitarios, esto disminuiría los malos tratos institucionales. Pero en la familia también puede aumentar la incidencia de maltrato, y aumentar las denuncias por lo que se debe tener: una base de conocimientos, directrices amplias para el establecimiento de estrategias y programas de intervención y prevención; la intervención basada en capacitación especializada en lo que se refiere a la dinámica de los malos tratos, el diagnóstico, el tratamiento.

Que todo lo anterior solo puede lograrse con el decidido apoyo político, una base sólida en materia de derechos humanos y un apoyo jurídico favorable a la eliminación de los malos tratos hacia las personas mayores.

2002, se reconoce el maltrato a las personas mayores como un problema global, en la Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato.

Partiendo de los anteriores pronunciamientos y de que la persona adulta mayor es ciudadana de pleno derecho, y entendiendo las consideraciones de carácter ético o moral relativas al maltrato y su diferenciación de aquellas otras que suponen una vulneración del derecho positivo, en el país

se aplica la normativa existente para abordar el problema jurídicamente y apoyar un nuevo enfoque de atención integral que beneficie a este grupo de la población.

El 19 de octubre de 1999 se aprueba la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (No.7935); en la misma se definen una serie de derechos y beneficios para las personas de 65 años y más, en temas como salud, educación, actividades artísticas, deporte, recreación, vivienda, seguridad social y trabajo. Además se definen sanciones para las personas o instituciones que violen los derechos de este sector de la población.

El 28 de octubre de 1999, se aprueba la reforma del artículo 33 de la Ley Reguladora del Transporte Remunerado de Personas en Vehículos Automotores (No. 7936). Para establecer tarifas especiales para las personas mayores de 65 años y más que hagan uso de los servicios.

El 22 de diciembre de 1999, se aprueba la Creación de Cargas Tributarias sobre Licores, Cervezas, Cigarrillos, para financiar un Plan Integral de Protección y Amparo a varios grupos poblacionales, entre ellas las Personas Mayores.

El 16 de febrero del 2000, se aprueba la Ley de Protección al Trabajador (No. 7983), que establece la pensión complementaria y un fondo de cesantía para las y los trabajadores, además fortalece el Régimen No Contributivo.

El 18 de julio del 2001, se aprueba la incorporación de un nuevo título undécimo al Código de Trabajo (No. 8107), en el que se prohíbe cualquier discriminación en el trabajo por razones de edad, etnia, género o religión.

Durante el año 2004, el Consejo Nacional de la Persona Mayor ha impulsado y apoyado a la Comisión Redactora del Proyecto de Ley Código de la Vejez, el cual de ser aprobado, se constituirá en el Marco Jurídico Mínimo, para la protección integral de los Derechos de la Persona Adulta Mayor. El mismo establece los principios fundamentales tanto de la participación social o comunitaria como de los procesos administrativos y judiciales que involucren los derechos y las obligaciones de esta población. Considerando que las normas de cualquier rango que les brinde mayor protección o beneficios prevalecerán sobre las disposiciones de el Código.

En marzo de 1996, se aprobó la Ley contra la Violencia Doméstica (No. 7586), que regula la aplicación de las medidas de protección necesarias para garantizar la vida, la integridad, la dignidad y los derechos patrimoniales de las personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar.

Toda esta nueva legislación en el ámbito jurídico costarricense, se constituye en un soporte fundamental para las acciones que desarrolla el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor como ente Rector en materia de vejez y las instancias que apoyan la Política Social en Vejez, y para la Atención Integral del Abuso y/o Abandono de la población mayor costarricense.

■ Acerca de la aplicación práctica de la Ley de Violencia Doméstica y de la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor en el campo judicial, específicamente en materia de medidas de protección, se tiene que:

Como se ha mencionado anteriormente, es reciente el que se dialogue de que todos y todas las personas en Costa Rica son titulares del derecho a una vida sin violencia, siendo la paz familiar insoslayable para el libre desarrollo de la personalidad del ser humano en general.

La Ley Integral Para la Persona Adulta Mayor se propone garantizar la protección jurídica y psicosocial de los miembros de esta población afectadas por la violencia física, sexual, psicológica y patrimonial, mediante la implementación tanto de medidas de protección como de nuevos tipos penales.

El artículo 57 establece que para prevenir o detener una situación de violencia contra una persona adulta mayor, se aplicarán las medidas de protección y el procedimiento ordenados en la Ley Contra la Violencia Doméstica, ley número 7586. La norma únicamente remite a la Ley indicada para tomar de ésta tanto la lista de medidas de protección como el procedimiento.

En este sentido lo importante al momento de plantear la solicitud de medidas de protección es que se es una persona adulta mayor y que ella está recibiendo algún tipo de agresión, sea física, psicológica, patrimonial o sexual por parte de otra persona familiar o no. Quienes las soliciten pueden ser además de la persona mayor, familiares, vecinos o funcionarios (as) de algún centro al que este asiste.

Por otra parte, cabe aclarar que por la interpretación que se ha hecho de la Ley Contra la Violencia Doméstica, la autoridad judicial no sólo puede aplicar las medidas que expresamente se establecen en el artículo 3, sino que el artículo 10 de esa misma ley, permite aplicar de forma fundamentada otras medidas de protección que no se mencionan expresamente en el primer artículo citado, pero que son necesarias luego de analizar el caso concreto, por ejemplo la suspensión de un poder o la prohibición de que una pensión sea retirada por determinada persona..

El juez competente para aplicar las medidas a favor de las personas adultas mayores, sería el Juez especializado en materia de Violencia Intrafamiliar o los jueces Contravencionales y de Menor Cuantía de cada una de las distintas comunidades que tienen la competencia en esta materia y del lugar donde vive la persona adulta mayor, no importa donde suceden los hechos (eso sería un criterio penal) ni donde resida la persona que debe cumplir con esas medidas de protección (que sería un criterio estrictamente de la materia civil).

La posibilidad de acceso a la justicia para la persona adulta mayor se vendría a ampliar en virtud de que los jueces conocen las medidas de protección en Violencia intrafamiliar, y tienen que cumplir con roles de disponibilidad, en los distintos circuitos judiciales las 24 horas del día y los 365 días del año, para otorgar medidas de protección para aquellos casos de urgencia.

Están legitimadas para plantear la solicitud de medidas de protección, cualquier persona que conozca algún abuso que se dé contra la persona adulta mayor; posibilidad que en un caso específico, es reservada únicamente para el supuesto de que la persona se vea imposibilitada para solicitarlas por encontrarse grave como producto de la situación de violencia doméstica, gravedad que no es sólo física sino que se entiende también desde el punto de vista emocional.

Esta norma resulta acertada debido a los casos que se presentan en la práctica: es posible que las personas adultas mayores no se identifiquen ellas mismas como personas que estén siendo víctimas de violencia, o no solicitan medidas de protección porque temen las consecuencias de la intervención y dado que muchas de ellas dependen económicamente de las personas que son sus agentes agresores o tienen con éstos algún lazo familiar, ya que en la mayoría de los casos son los cónyuges, hijos e hijas quienes cometen abuso en el ámbito familiar, las personas mayores tienden a justificar los hechos y en el peor de los casos a negarlos u ocultarlos.

Por otro lado, tratándose de personas mayores, están legitimadas además para solicitar medidas de protección los representantes de instituciones públicas y privadas encargadas de los programas de atención de la persona adulta mayor.

Esto sería incluso una obligación en el caso de los funcionarios públicos, dado que el artículo 281 inciso a) del Código Procesal Penal, establece la obligación de denunciar que tienen los funcionarios(as) o empleados públicos, cuando conocen de un delito en el ejercicio de las funciones.

La Ley Integral para la Persona Adulta Mayor amplía el campo ilícito de distintas formas de agresión cometidas contra una persona adulta mayor y las cataloga como delito, sancionándose como delito las agresiones de tipo físico en el artículo 58.

Así, ciertas conductas de agresión física, constituyen delito en el caso de las personas adultas mayores y esas mismas conductas para otros grupos etarios quedan en el ámbito contravencional, eso sí siempre y cuando no se produzca ningún grado de incapacidad pues de lo contrario se estaría frente a otro tipo de acciones delictivas (por ejemplo agresión con arma, lesiones etc.) y no frente al tipo penal que se establece en la ley de referencia.

El artículo 59 sanciona por su lado, la agresión sexual entendida esta únicamente si existe algún acoso sexual, tocamientos inmorales o actos de exhibicionismo, pues cualquier otra conducta, como por ejemplo una violación, debe acudir al tipo penal contenido en el Código Penal.

El artículo 60 sanciona, tal vez por primera vez en el sistema jurídico costarricense, la agresión de tipo psicológico, cuando se ejerza presión psicológica destinada a degradar o manipular los comportamientos o creencias de una persona adulta mayor, aunque la norma cuenta con una limitante para su aplicación, y es la exigencia de que producto del acto resulte un perjuicio para la salud psicológica del adulto mayor, lo que tendría que demostrarse con una pericia del psicólogo forense.

Por último, el numeral 61 tipifica la explotación de las personas adultas mayores, cuando desde una situación de poder o aprovechándose de un estado de vulnerabilidad, se induce a una persona adulta mayor a realizar un acto de disposición sobre sus bienes, derechos o recursos económicos, de forma que importe efectos jurídicos perjudiciales para ella o sus dependientes directos, en todo caso, el negocio que se hiciera puede declararse nulo.

Cualquier acto de agresión contra una persona adulta mayor, importa además de una causal de indignidad para heredar, una inhabilitación para constituir o dirigir centros de atención para las personas adultas mayores o para laborar en ellos, la condena en cualquiera de estos delitos se tiene como una falta laboral grave y acarrea el despido sin responsabilidad laboral.

Tratándose de medidas de protección en materia de aplicación de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor y con relación a la Ley Contra la Violencia Doméstica, debe indicarse que no es materia penal, por lo que lo que se formula no es una denuncia, sino una solicitud de medidas de protección, la cual debe cumplir con los requisitos del artículo 9 de la Ley contra la Violencia Doméstica.

Planteada la solicitud el juez o la jueza, de forma inmediata debe (el o ella) otorgar aquellas medidas de protección que considere necesarias, se dicta una resolución donde se especifica las medidas otorgadas y se realiza el señalamiento de una audiencia de recepción de prueba.

En el caso de que una persona adulta mayor sea la persona agresora en el ámbito familiar, la situación debe analizarse con sumo cuidado para no realizar una aplicación de las medidas que a la postre resulte incompatible con los fines de la ley que son garantizar la vida, la integridad y la dignidad de las personas. Por pertenecer la misma a un grupo vulnerable o vulnerabilizado por la sociedad,

La Ley contra la Violencia Doméstica, establece un total de 17 medidas típicas y además, como ya se mencionó, el artículo 10 ha sido interpretado en el sentido de que el juzgador puede adoptar alguna otra

En lo que se refiere a la aplicación de la medida de salida del hogar, debe analizarse con cuidado cuando se trata de una persona adulta mayor, se debe valorar si la misma cuenta o no con un recurso familiar o institucional de acogida. Aparte de ello, tiene que valorarse que la misma Ley

Integral para la Persona Adulta Mayor, establece en el artículo 16 y 17 inciso b) el derecho de la persona adulta mayor a permanecer integrada a su núcleo familiar y a su comunidad,.

En lo referente a la medida K) del artículo 3 de la Ley contra la Violencia Doméstica sobre la prohibición de entrada al domicilio, al lugar de trabajo o estudio. Lo que se ordena por parte de la autoridad judicial es eso, una prohibición de entrada y nunca se establecen distancias como lo suele interpretar la gente en la calle.

En cuanto a la mecánica de la comparecencia que se señala, ésta se hace con el objeto de recabar prueba, no de llegar a acuerdos o realizar una conciliación, la cual por razones técnicas en éste ámbito está prohibido.

La persona beneficiaria de medidas de protección en la audiencia, tiene el derecho de que se le reciba su declaración sin la presencia de la presunta persona agresora. Incluso la ley establece que si esta persona no puede comparecer por alguna enfermedad o discapacidad, o no pueda ser trasladada por sus familiares o cuidadores, la autoridad judicial es quien debe desplazarse hasta donde esta se encuentra para tomarle la declaración.

En otras ocasiones su punto de vista es considerado a partir de las manifestaciones que esa misma persona le da al Trabajador (a) Social, o Psicólogo (a) cuando se ha ordenado algún estudio para valorar la situación.

Pasada la audiencia el juez (a), resuelve sobre el mantenimiento o no de las medidas de protección que habían sido dictadas en forma provisional, teniendo en cuenta que por la especialidad de la materia resulta de aplicación el principio "in dubio pro persona agredida", que significa que en caso de duda en la apreciación de la prueba y en cuestiones de hecho, se tiene que estar a lo más favorable para la persona beneficiaria de medidas de protección, en este caso el mantenimiento de las mismas.

Lo que se resuelva por el juez (a) cuenta con el recurso de apelación en el plazo de tres días luego de notificado pero la interposición de dicho recurso no suspende las medidas otorgadas.

De acuerdo con el numeral 17 de la Ley Contra la Violencia Doméstica, el juzgador (a) puede revisar los resultados de las medidas de protección que se mantuvieron en sentencia, ya sea mediante una audiencia de seguimiento, o bien, ordenando estudios sociales que se deben rendir en forma periódica acerca de la convivencia familiar y el cumplimiento de las medidas dispuestas.

Las medidas una vez mantenidas en sentencia, pueden prorrogarse por seis meses más (contados como se dijo, a partir de la notificación de la persona llamada a cumplirlas), pudiendo las mismas estar vigentes hasta por un año máximo. Dicha prórroga debe solicitarse antes del vencimiento de los seis meses iniciales y si la parte solicitante le da elementos al juez (a) de tal manera que se pueda valorar la necesidad de su mantenimiento.

Lo anterior en lo que respecta a las leyes mencionadas

VI. Propuesta Estratégica del Programa Nacional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor Abusada y/o Abandonada

6.1 Principios Orientadores

▪ Marco Filosófico

Uno de los mayores dilemas en la prevención del abuso o maltrato de las personas adultas mayores, es el lograr un equilibrio entre el derecho a la autodeterminación de las personas de edad y la necesidad de adoptar las medidas necesarias para poner fin a la situación de maltrato.

Es necesario considerar el maltrato en las personas mayores como una cuestión de derechos humanos. La Declaración Universal de Derechos Humanos establece derechos básicos de todos los seres humanos en las esferas civiles, políticas, sociales, económicas y culturales. Este instrumento proporciona la base moral para una amplia variedad de leyes internacionales.⁵⁹

En 1982 en el marco de la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Viena, se definieron los derechos de las personas mayores; y en los Principios de las Naciones Unidas quedaron expuestos de forma más detallada los derechos en cuanto a la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización y la dignidad.

En varias conferencias y cumbres de las Naciones Unidas, también se han aprobado compromisos y principios rectores en los que se hace particular referencia a la promoción de los derechos de las personas mayores.

Están: El Proyecto de Declaración de Derechos y Responsabilidades de la Federación Internacional de la Vejez; la Declaración de Cartagena de Indias sobre Políticas Integrales para las personas Adultas mayores en el Área Iberoamericana.

En Costa Rica la Ley Integral Para la persona Adulta Mayor, 7935, en el Capítulo I, define los derechos de estas personas con la intención de que el cumplimiento de los mismos, garantice una mejor calidad de vida, mediante la creación y ejecución de programas que los promuevan. Se mencionan, los Derechos para Mejorar la Calidad de Vida. Derechos Laborales. Derechos de Residentes o Usuarios en Establecimientos Privados. El Derecho a la Integridad. El Derecho a la Imagen.

En general, las intervenciones que se realicen a favor de las personas mayores deben basarse en consideraciones éticas, derechos humanos, valores de libertad, justicia, autonomía, responsabilidad, intimidad, respeto y dignidad. Y los sistemas jurídicos, judiciales, las normas de desarrollo social y humano, los organismos profesionales y de servicios deben estar movilizados al servicio de estas intervenciones.

▪ Principios éticos

Existen una serie de principios éticos conceptuales que fundamentan el enfoque filosófico en el trabajo con las personas mayores, estos principios son:

Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, El maltrato de las personas de edad. Reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial. Nueva York marzo 2002.

Principio de no-discriminación

La eliminación de toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, la edad, la discapacidad, la religión, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos y libertades, como resultado de las relaciones de poder.

Principio de la no-violencia

Reconoce que la violencia contra las personas mayores constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales, ya que limita total o parcialmente el reconocimiento, el goce y el ejercicio de estos derechos. El principio busca la prevención, la detección, la sanción y la erradicación de la misma, con el objetivo de asegurar el desarrollo individual y la calidad de vida de las personas de edad.

La Diversidad

Busca romper con los paradigmas de la humanidad, impuestos por la socialización patriarcal, que jerarquizan y homogenizan modelos de personas. Pretende incorporar el principio de la diversidad de los seres humanos y las implicaciones en intereses y percepciones que conlleva esta diversidad, partiendo de la frase “todos y todas somos igualmente diferentes”

Carácter integral e interdependencia de los derechos de las personas mayores

Los derechos humanos están relacionados entre sí, si uno de ellos es violentado, esto tiene repercusiones en el disfrute de los otros.

El principio se refiere a la existencia de facilidades para que todas las personas puedan acceder a los recursos y servicios del entorno, que garanticen su seguridad, su movilidad y su comunicación.

Como:

- El derecho de la Persona Adulta Mayor de permanecer en su núcleo familiar y a tener calidad de vida.
- El derecho a una muerte digna
- Al enfoque de Género

La participación

Las personas mayores deben participar activamente en todas las decisiones sociales que las afecten. Ello implica el desarrollo de mecanismos de participación ciudadana en todas las instancias y el rompimiento de viejos paradigmas en los cuales, políticos, profesionales deciden por la población.

La autonomía

El principio de autonomía obliga a pensar que todas las personas son por principio y mientras no se demuestre lo contrario, capaces de tomar decisiones respecto a la aceptación o el rechazo de todo aquello que afecte a su proyecto vital.

Respetar la autonomía de las personas, significa asumir el derecho a tener opiniones propias y realizar acciones basadas en sus valores y creencias personales, pero también la obligación de asegurar las condiciones necesarias para que la elección sea autónoma, mitigando los miedos y todas aquellas circunstancias que puedan dificultar o impedir la autonomía del acto⁶⁰

⁶⁰ Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: MASSON; 1999

6.2 Carácter del proceso de intervención integral, desde un sistema, interinstitucional, intersectorial, local, regional, nacional, en la población adulta mayor

El envejecimiento de la población y los problemas que surgen de la relación intergeneracional, requieren de medidas nacionales, regionales y locales, debido a las consecuencias socioeconómicas de los mismos.

En este caso enfrentarse al problema del abuso contra las personas mayores es una prioridad nacional, que debe darse desde un enfoque multisectorial y multidisciplinario, en el que se impliquen la justicia, los funcionarios encargados de las leyes, los trabajadores de la salud y sociales, los líderes en todos los campos, las diversas instituciones, las organizaciones y las propias personas mayores.

Un sistema en el cual las estrategias de intervención tengan un hilo conductor que las transversa, tal y como está estructurado en el Sistema PLANOVI, pero fortaleciendo la especificidad de una atención integral que necesariamente tiene que organizar una Red Social, desde la cual se impulsen cambios sustanciales para las personas mayores y se apoye un modelo de atención del abuso y/o abandono para quienes los sufren.

La acción intersectorial, debe proveer medidas en diversos sectores, de salud, sociales, económicas, educacionales, de trabajo, de empleo, de la seguridad social, la vivienda, la justicia, para lograr entornos seguros. Con un enfoque de salud pública, debido a que estos sectores deben mejorar la salud, y la violencia es un problema de salud pública. Este enfoque destaca la importancia de los numerosos y diferentes socios de la salud pública y refuerza el papel del sector salud.

Se requiere de acciones concertadas entre la comunidad, sociedad civil y Estado, sistemáticamente coordinadas. Es necesario incorporar todos los actores sociales en la planificación, ejecución y evaluación de las estrategias de intervención en la lucha contra el abuso a las personas mayores. Desarrollar en los niveles locales el compromiso de erradicar el problema

La participación de las comunidades, los barrios y las redes de apoyo debe ser coordinada, en la lucha contra el maltrato, lo que supone un complemento de los esfuerzos de las familias y las personas. En las comunidades los servicios sociales, los servicios de voluntariado, los grupos de apoyo a domicilio, albergues entre otros. En los cuales se fomente la interacción social y la participación.

En todos los contextos hay organizaciones y grupos de acción nacionales, así como redes internacionales, que promueven distintos tipos de respuestas a la situación de maltrato hacia las y los mayores. Sus intervenciones incluyen la promoción y mejora de la concienciación y educación. Así como actividades de presión para que se aprueben políticas y legislación

Aunque la red de servicios sociales y de salud existentes pueden apoyar intervenciones provenientes de lineamientos generales, sin embargo debe pensarse en nuevas alternativas, con una planificación que involucre nuevos actores, posiblemente coordinados por equipos de consultores especializados en una gama de disciplinas. Con servicios que operen en estrecha relación, colaboración con grupos de trabajo institucionales, voluntarios, privados, que presten servicios de asesoramiento, impartan capacitación, elaboren modelos de atención e identifiquen las deficiencias del sistema.

Desde el sector salud, se debe continuar fortaleciendo la prevención primaria, para evitar que se produzcan los actos de abuso y/o abandono; la prevención secundaria, para evitar la repetición de el acto abusivo y la prevención terciaria para minimizar las consecuencias de estos actos en las personas que los sufren. En este sentido, existe consenso de que la atención primaria es el nivel asistencial óptimo para prevenir y detectar el problema.

Lo cual parte de la sensibilización, mediante la educación y la capacitación, así como del abordaje interdisciplinario, el cual es necesario para ofrecer una atención integral que incorpore los componentes sociales, biológicos, legales y psicológicos y en el que cada disciplina defina sus propias acciones de intervención.

La Organización Mundial de la Salud, expone en este sentido, algunas recomendaciones: como contar con herramientas de tamizaje y valoración, módulos formativos para los profesionales, desarrollar una metodología de investigación, contar con una base mínima de datos sobre el abuso a las personas mayores, desarrollar un inventario global de buena práctica para la prevención, entre otras.

También la aplicación de la epidemiología al estudio de las personas mayores, para comprender los factores que incidan en su salud. En este sentido el enfoque de riesgo, permite identificar tanto los factores desprotectores como los factores protectores ante el abuso o maltrato de las personas de edad. Este enfoque va a permitir detectar el grado de riesgo, y fortalecer la toma de decisiones. Para poder establecer los factores de riesgo y el grado del mismo, es necesario contar con un instrumento de detección eficaz y eficiente, que sea aplicable en el entorno de la persona mayor, utilizado preferiblemente desde la atención primaria y que consuma un tiempo razonable.

6.3 Formulación de las Estrategias

▪ Misión

Que desde la Propuesta Estratégica del Programa Nacional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor Abusada y/o Abandonada, se profile e implemente la Dirección y Coordinación Sistemáticas del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor con las Organizaciones Gubernamentales y las Redes Comunitarias interactuantes; para que se de una actuación eficiente y una Atención Integral, normada, de calidad, accesible y oportuna para las personas mayores abusadas y/o abandonadas; con el propósito de que en conjunto se promuevan los cambios que logren el ejercicio pleno de la ciudadanía por parte de este creciente grupo de la población, y la erradicación del abuso y/o abandono. Lo anterior considerando el Enfoque del Envejecimiento Activo, las acciones específicas de la Propuesta y las directrices del Sistema PLANOVI.

▪ Visión

La sociedad costarricense privilegiando a las Personas Adultas Mayores, que viven con dignidad, calidad de vida y libres de todo tipo de violencia.

▪ Objetivos Generales

1. Reconocer la multiplicidad de actores sociales que están obligatoriamente llamados a actuar, para combatir el abuso y/o abandono de las personas adultas mayores, así como la interrelación e interdependencia de sus acciones, con el propósito de generar estrategias alternativas y complementarias.

2. Trazar una efectiva coordinación interinstitucional, liderada por el CONAPAM, para el desarrollo de las estrategias de acción planteadas, las cuales asumen los lineamientos en materia de atención de la violencia intrafamiliar y la especificidad de la atención del abuso y/o abandono en la población de personas mayores;

3. Establecer la corresponsabilidad, los mecanismos para concertar dicha corresponsabilidad en todo lo referente a la Atención Integral del abuso y abandono de las personas adultas mayores, así como en el seguimiento y evaluación de las acciones planteadas, lideradas por el CONAPAM.

4. Conseguir que las estrategias y acciones que integran la Propuesta para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor Abusada y/o Abandonada, se direccionen de forma que alcancen el consenso de los actores sociales involucrados, y una amplia movilización social para prevenir el abuso y el abandono.

5. Generar desde las estrategias de acción propuestas, alternativas de intervención para los diferentes actores sociales, con el propósito de reducir la vulnerabilidad de las personas mayores a los cambios bruscos en su entorno y potenciar todos aquellos aspectos que mejoren las condiciones de vida, educación, salud, vivienda, generar ingresos, entre otros.

6. Plantear mecanismos para, informar y consultar a la población beneficiaria sobre los servicios existentes, así como para formular, tramitar y responder a las quejas, denuncias o sugerencias derivadas de la actuación pública, en relación con la atención del abuso y/o abandono.

7. Contribuir en el desarrollo de políticas, programas, que aseguren el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, para mantener en la agenda política el tema de la vejez y el abuso y/o abandono.

8. Considerar que las áreas estratégicas, como son salud, judicial y el apoyo social, deben tener prioridad en la fase de coordinación, debido a que constituyen la estructura básica para la atención integral de las personas adultas mayores en condición de abuso y/o abandono.

9. Plantear los mecanismos para lograr que el Programa Nacional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor Abusada y/o Abandonada, cuente con el financiamiento, los recursos humanos y la infraestructura que garanticen en la fase de implementación el éxito del mismo.

10. Desarrollar desde las estrategias y acciones del Programa, el Subprograma de Investigación, con el propósito de que en el mismo se coordinen y produzcan todos los insumos necesarios para conocer, implementar y ser líderes en todo lo relacionado con el abuso y abandono de las personas adultas mayores.

▪ **Oportunidades y amenazas externas detectadas, fuerzas y debilidades definidas para llevar con éxito el desarrollo del Programa**

Oportunidades-Amenazas	Fortalezas-Debilidades
Oportunidades	Fortalezas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Declaraciones Internacionales, que Costa Rica ratifica, en materia de vejez y en violencia intrafamiliar. ▪ Políticas Nacionales en materia de Vejez y en Violencia Intrafamiliar. ▪ Marco Jurídico, con una normativa que resalta los derechos de las personas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La experiencia de instituciones, en especial el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, con el Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado, que atiende a las personas afectadas con la especialización específica en abuso y en

<p>mayores, y que apoya las acciones en materia de vejez, y en violencia intrafamiliar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instituciones Rectoras en materia de Vejez,(con una Junta Rectora de alto nivel, con voluntad política y poder de convocatoria) y en materia de violencia intrafamiliar. ▪ Planes de Acción para la Atención de la Persona Adulta Mayor (que identifica como uno de los principales problemas el abuso y/o abandono de las personas mayores, que debe ser intervenido sistemáticamente); y en la Atención de la Violencia Intrafamiliar, el Sistema PLANOVI, (que considera la coordinación como el punto medular para brindar atención a poblaciones afectadas, en este caso las personas mayores). ▪ Que el CONAPAM, cuente con el SINATEC, Sistema Nacional Técnico y una Comisión Interinstitucional especializada en materia de abuso y abandono de las personas mayores. ▪ Existencia de recursos económicos para la ejecución del Programa y sus acciones. ▪ Apoyo Gubernamental (Sector Central) a las iniciativas de atención de la persona adulta mayor. ▪ Integrar el conocimiento y la acción para eliminar los factores que propician el abuso y abandono de las personas mayores, desde la perspectiva gerontológica y con el apoyo social. 	<p>vejez.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La experiencia y sistematización en la atención de la violencia intrafamiliar, desde el Sistema PLANOVI. ▪ Integrar en la estructura del PLANOVI, el desarrollo de acciones estratégicas con la especificidad de la población adulta mayor abusada y/o abandonada ▪ La capacitación, en VIF ▪ Que el Programa sea coordinado y apoyado por el CONAPAM. ▪ La decisión del CONAPAM de crear (con el apoyo legal del Código de la Vejez, si este es aprobado), el Sistema Nacional de Apoyo Integral, conformado entre otras por los Consejos Distritales, Cantonales y la Asamblea Nacional Consultiva de la Persona Adulta Mayor. Esta estrategia se convierte en fortaleza del Programa, por cuanto en el mismo se plantea la integración de los gobiernos locales, para que desde esta organización se pueda brindar Atención Integral a las personas mayores abusadas. ▪ Considerar el Enfoque del Envejecimiento Activo y los principios del mismo, como fundamento del Programa en la realización de todas las actividades. ▪ Contar con un marco conceptual específico, para entender la problemática social de las personas adultas mayores, especialmente del abuso y/o abandono, que sirva como punto de partida en los procesos de capacitación, entrenamiento..
Oportunidades-Amenazas	Fortalezas-Debilidades
Amenazas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultades institucionales (CONAPAM) para la ejecución presupuestaria de los recursos disponibles, en este sentido el Programa debe lograr sostenibilidad económica. ▪ Falta de recursos humanos y materiales adecuadamente entrenados para la atención integral de la violencia intrafamiliar. ▪ La temática del grupo poblacional de personas adultas mayores, no es prioritaria en las instituciones estatales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La carencia de personal especializado en vejez y abuso, para capacitar y atender la problemática. ▪ El poco apoyo institucional para las familias que tienen a su cuidado personas adultas mayores, tanto en la parte económica como técnica, a falta de programas de apoyo domiciliario, que brinden alivio y bajen la tensión del cuidado, (causante de abuso y abandono). ▪ Falta de Centros o Albergues, con personal capacitado para recibir

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Redes Sociales de atención de la VIF, saturadas y capacitadas para atender mujer y niñez. ▪ Escaso Conocimiento de la sociedad civil de la situación de abuso y/o abandono en las personas adultas mayores y como enfrentarlo. ▪ Falta de una cultura de participación social de las personas adultas mayores, en las decisiones que les conciernen. ▪ La efectiva coordinación interinstitucional en todo lo relacionado con las personas adultas mayores, este puede ser un obstáculo importante para el desarrollo de las estrategias del Programa. ▪ La infraestructura existente para la atención de las personas adultas mayores y la carencia de servicios sociales de apoyo que puedan brindar respuestas oportunas a las personas afectadas por el abuso y/o abandono. ▪ Las instituciones que brindan atención a las personas mayores, no cuentan con un personal suficientemente capacitado en materia de vejez y en la detección y atención del abuso y/o abandono. ▪ Las redes de apoyo existentes para las personas adultas mayores no están interconectadas entre si, hay un gran vacío, entre las Redes Primarias, las Redes Secundarias y las Redes Institucionales; por lo que el éxito del Programa va a depender de cómo estas tres áreas se logren integrar . 	<p>temporalmente personas mayores afectadas por abuso y/o abandonadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La falta de una Red Social, integrada y funcionando para atender las necesidades de las personas mayores de manera eficaz y eficiente, desde los derechos de las mismas. ▪ La inversión económica a corto plazo que se debe hacer para fortalecer redes de atención y servicios sociales de apoyo, como garantía de que se puede prestar una atención integral a las personas mayores. ▪ El fuerte trabajo de coordinación y concertación que debe llevarse a cabo a corto plazo para garantizar un enfoque integral y participativo en toda acción que se gestione, tal como lo define la Política en Vejez. ▪ La condición diferencial en que se encuentra la población mayor, a nivel socioeconómico, por ubicación geográfica, condición de género, y estado funcional, lo que dificulta establecer acciones de atención integral, sin un efectiva red de apoyo. ▪ La carencia de investigaciones para determinar la prevalencia y características a nivel nacional del abuso en las personas mayores, en el contexto familiar, así como en el contexto institucional. ▪ La atención integral de una población que es vulnerable y frágil, especialmente en edades mayores (80 y más), por la serie de factores que intervienen.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪

▪ **Población objetivo**

Personas Mayores de 65 años, población en etapa de jubilación, con discapacidad, cuidadores familiares o no familiares, Instancias que trabajan con Personas Adultas Mayores, Personas Adultas Mayores con factores de riesgo de abandono, aquellas y aquellos afectadas (os), por abuso en cualquiera de sus formas, familiares directos o cuidadores con conductas abusivas. Personas Adultas Mayores, con comportamientos abusivos que abusan Personas Adultas Mayores, fuera o al interior de la familia.

▪ **Subprogramas para la intervención**

El Programa Nacional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor Abusada y/o Abandonada, integra diez subprogramas desde los cuales se implementan las acciones emanadas de las estrategias planteadas, son:

- Financiación
- Contratación
- Coordinación
- Prevención y promoción,
- Atención Integral, desde la especificidad
- Investigación y desarrollo
- Capacitación
- Desarrollo de Servicios Sociales (incluidos los objetivos y actividades en los Subprogramas de Prevención, Promoción y Atención Integral)
- Mercadotecnia
- Auditoria Social
-

El programa se integra en una realidad socio-político-administrativa, por lo que está enmarcado en distintos niveles contextuales. Se fundamenta en las Políticas en Vejez y en la Atención de la Violencia Intrafamiliar, y se articula a través del establecimiento de acciones en los distintos Niveles Administrativos del Estado Costarricense, con el propósito de prevenir, promocionar, investigar, capacitar, desarrollar servicios sociales y atender el abuso y abandono con servicios integrales y de calidad.

El Plan Nacional de Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar, PLANОВI, contempla cuatro ejes o niveles de intervención, donde el Plan incide para “garantizar una atención integral de la VIF”, posteriormente se define un quinto eje. Los mismos son:

- Políticas, coordinación interinstitucional, seguimiento y evaluación.
- Detección, Atención Integral, Judicial Represivo,
- Prevención y Promoción
- Acceso a Recursos de Apoyo
- De Interaprendizaje

Al existir en Costa Rica niveles públicos y por tanto distintas formas de intervención social debe considerarse esta coyuntura y fortalecer el nivel de concertación y coordinación, especialmente con el Sistema PLANОВI, para fortificar aquellas áreas en que sea necesario hacerlo de manera conjunta (especialmente en las áreas que prestan atención integral) y por existir una estructura que sustenta; como también lograr el apoyo en aquellas otras áreas que por la especificidad de la población sea necesario crear, con nuevas estructuras y servicios; en este sentido, el éxito del Programa va a depender de los niveles de coordinación y corresponsabilidad que logren establecerse.

En síntesis, los subprogramas son el marco para formular, implementar y evaluar las estrategias y acciones de la Propuesta de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor Abusada y/o Abandonada, con la cual se espera incidir en la problemática; acciones que serán direccionadas desde la coordinación y apoyo de la Institución Rectora en Materia de Vejez, con el soporte técnico del Sistema PLANOVI y la sociedad civil.

▪ **Decálogo de Áreas Estratégicas de los Subprogramas**

Marco de Intervención: Atención Integral del Abuso y/o Abandono de las Personas Adultas Mayores

Acción: Formulación de las Estrategias

Políticas Vigentes	Estrategias
<p>1. Establecer ejes de intervención y objetivos estratégicos a partir de los derechos y prioridades identificadas de las Personas Adultas Mayores, los cuales no pueden estar segregados o desarticulados del resto de las Políticas Sociales; todo lo contrario deben construirse acuerdos para que en conjunto con la sociedad se consideren como un nuevo campo de actividad del sector social.⁶¹</p> <p>2. Atender las necesidades de las personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar y trabajar por la erradicación de la misma; con compromisos de acción coordinados entre el conjunto de instituciones públicas involucradas, concertada y con participación del sector público, privado, no gubernamental y comunitario.⁶²</p> <p>3. Intervención integral, interinstitucional y multidisciplinaria, con enfoque de género de la violencia intrafamiliar en todos los grupos poblacionales y en los diferentes niveles de gestión.⁶³</p>	<p>1. Sostenibilidad del Programa</p> <p>2. Contar con el Recurso humano necesario y calificado para el desarrollo del Programa</p> <p>3. Vinculación del Programa con las Políticas Nacionales en Vejez y VIF y los Actores Sociales</p> <p>4. Planteamiento de alternativas para disminuir vulnerabilidad y potenciar factores protectores en la vejez</p> <p>5. Planteamiento de las acciones de Atención Integral del Abuso y/o Abandono</p> <p>6. Creación de la estructura necesaria para que la Investigación sea el área medular para el desarrollo de políticas y acciones en vejez.</p> <p>7. Creación y fortalecimiento de la estructura que permita que la Capacitación se constituya en un eje que transverse las áreas sustantivas del Programa</p> <p>8. Implementación del Mercadeo Social del Programa</p> <p>9. Auditoria Social del Programa</p> <p>10. Mecanismos de seguimiento y auditoria social</p>

⁶¹ Política Nacional para la atención de la Persona Adulta Mayor. Plan de Acción 2002-2006. Costa Rica

⁶² Política Nacional para la Atención de la Violencia Intrafamiliar. PLANOVI 1996-1998

⁶³ Lineamiento de Política en Violencia Intrafamiliar, Ministerio de Salud, 2002

Subprograma: Financiación y organización

Acción: Formulación de la Estrategia.

Políticas Vigentes	Estrategia, objetivo estratégico, resultado esperado, objetivos específicos
<p>1. Establecer ejes de intervención y objetivos estratégicos a partir de los derechos y prioridades identificadas de las Personas Adultas Mayores, los cuales no pueden estar segregados o desarticulados del resto de las Políticas Sociales; todo lo contrario deben construirse acuerdos para que en conjunto con la sociedad se consideren como un nuevo campo de actividad del sector social.⁶⁴</p> <p>2. Atender las necesidades de las personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar y trabajar por la erradicación de la misma; con compromisos de acción coordinados entre el conjunto de instituciones públicas involucradas, concertada y con participación del sector público, privado, no gubernamental y comunitario.⁶⁵</p> <p>3. Intervención integral, interinstitucional y multidisciplinaria, con enfoque de género de la violencia intrafamiliar en todos los grupos poblacionales y en los diferentes niveles de gestión.⁶⁶</p>	<p>1. Sostenibilidad del Programa</p> <p>Objetivo Estratégico:</p> <p>Concertar el apoyo económico institucional, (CONAPAM, CCSS, IMAS, Junta de Protección Social, Municipalidades, Asociaciones, Empresa Privada); para garantizar en el corto, mediano y largo plazo, los fondos económicos que sostendrán el Programa.</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>Que al finalizar el año 2005, se cuente con los fondos suficientes para responder a las exigencias del Programa, y con las estrategias de recaudación de los fondos provenientes de las instituciones nombradas anteriormente, dineros que ejecutara el CONAPAM.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Presentar el Programa a los funcionarios de alto nivel con voluntad política de las instituciones antes mencionadas, para persuadirlos de la enorme importancia y del deber histórico de brindar el apoyo necesario al mismo, especialmente en lo que se refiere a la asignación de recursos financieros y humanos a corto, mediano y largo plazo.■ Definir las estrategias de recaudación de los fondos y el manejo de los mismos por parte de funcionarios(as) del CONAPAM.■ Desarrollar por parte del CONAPAM, un plan de inversiones en infraestructura, servicios de apoyo, recurso humano, para fortalecer áreas que son sustantivas para el éxito del Programa

⁶⁴ Política Nacional para la atención de la Persona Adulta Mayor. Plan de Acción 2002-2006. Costa Rica

⁶⁵ Política Nacional para la Atención de la Violencia Intrafamiliar. PLANNOVI 1996-1998

⁶⁶ Lineamiento de Política en Violencia Intrafamiliar, Ministerio de Salud, 2002

Subprograma: El Recurso Humano necesario y calificado para el desarrollo del Programa

Acción: Formulación de la Estrategia

Políticas Vigentes	Estrategia, objetivo estratégico, resultado esperado, objetivos específicos
<p>1. Establecer ejes de intervención y objetivos estratégicos a partir de los derechos y prioridades identificadas de las Personas Adultas Mayores, los cuales no pueden estar segregados o desarticulados del resto de las Políticas Sociales; todo lo contrario deben construirse acuerdos para que en conjunto con la sociedad se consideren como un nuevo campo de actividad del sector social.⁶⁷</p> <p>2. Atender las necesidades de las personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar y trabajar por la erradicación de la misma; con compromisos de acción coordinados entre el conjunto de instituciones públicas involucradas, concertada y con participación del sector público, privado, no gubernamental y comunitario⁶⁸.</p> <p>3. Intervención integral, interinstitucional y multidisciplinaria, con enfoque de género de la violencia intrafamiliar en todos los grupos poblacionales y en los diferentes niveles de gestión.⁶⁹</p>	<p>2. Contratación interna y externa de servicios profesionales</p> <p>Objetivo Estratégico:</p> <p>Contratar los servicios de personal especializado para fortalecer la coordinación interna y externa; para la creación de las Redes Locales de Atención Integral a la Persona Adulta Mayor en condición de Abuso y Abandono, las cuales funcionarán en las municipalidades del país; para brindar asesoría en todo lo relacionado con la conducción del Programa, y para llevar a cabo la auditoria social y el seguimiento del mismo.</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>Que al finalizar el año 2006, se cuente con el 100% del personal especializado contratado, indispensable para el desarrollo de las diferentes áreas estratégicas, y para cumplir con la Misión establecida en el Programa.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Contar a corto plazo con el perfil profesional de las personas que trabajarán en las diferentes áreas estratégicas del Programa ■ Contar a corto plazo con el diagnóstico del personal necesario, para la implementación del Programa. ■ Establecer a corto plazo, los mecanismos de negociación para la aprobación de las contrataciones y para ejercer la coordinación interinstitucional, acciones con las que se espera lograr el éxito del Programa.

⁶⁷ Política Nacional para la atención de la Persona Adulta Mayor. Plan de Acción 2002-2006. Costa Rica

⁶⁸ Política Nacional para la Atención de la Violencia Intrafamiliar. PLANNOVI 1996-1998

⁶⁹ Lineamiento de Política en Violencia Intrafamiliar, Ministerio de Salud, 2002

Subprograma: Coordinación

Acción: Formulación de la Estrategia

Políticas Vigentes	Estrategia, objetivo estratégico, resultado esperado, objetivos específicos
<p>1. Establecer ejes de intervención y objetivos estratégicos a partir de los derechos y prioridades identificadas de las Personas Adultas Mayores, los cuales no pueden estar segregados o desarticulados del resto de las Políticas Sociales; todo lo contrario deben construirse acuerdos para que en conjunto con la sociedad se consideren como un nuevo campo de actividad del sector social.⁷⁰</p> <p>2. Atender las necesidades de las personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar y trabajar por la erradicación de la misma; con compromisos de acción coordinados entre el conjunto de instituciones públicas involucradas, concertada y con participación del sector público, privado, no gubernamental y comunitario⁷¹.</p> <p>3. Intervención integral, interinstitucional y multidisciplinaria, con enfoque de género de la violencia intrafamiliar en todos los grupos poblacionales y en los diferentes niveles de gestión.⁷²</p>	<p>3. Vinculación del Programa con las Políticas Nacionales en Vejez y VIF y los Actores Sociales</p> <p>Objetivo Estratégico: Establecer los mecanismos que permitan trazar de manera continua el accionar del Programa, en equilibrio permanente con las políticas y acciones que se establezcan desde otros escenarios.</p> <p>Resultado Esperado: Que se logre en un 100% el accionar conjunto entre el ente coordinador del Programa, las Instituciones que integran PLANOVI, las redes existentes, y las que deben crearse, para que en conjunto trabajen por la población mayor, con la mayor eficacia.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Considerar en el planteamiento de las acciones de coordinación, los lineamientos actuales en vejez y atención de la VIF.■ Instituir una efectiva coordinación interinstitucional, para lo cual el CONAPAM deberá contar con una estructura funcional y un equipo profesional especializado que pueda dirigir y monitorear con liderazgo las acciones formuladas, para la implementación respectiva.■ Definir claramente la corresponsabilidad de los actores involucrados en la implementación del Programa, esto por cuanto no puede haber duplicidad de funciones, los recursos son limitados y se desea el éxito del mismo.■ Auditorar a corto, mediano y largo plazo las acciones formuladas e implementadas en el proceso de coordinación interinstitucional

⁷⁰ Política Nacional para la atención de la Persona Adulta Mayor. Plan de Acción 2002-2006. Costa Rica

⁷¹ Política Nacional para la Atención de la Violencia Intrafamiliar. PLANOVI 1996-1998

⁷² Lineamiento de Política en Violencia Intrafamiliar, Ministerio de Salud, 2002

Subprograma: Prevención y promoción

Acción: Formulación de la Estrategia

Políticas Vigentes	Estrategia, objetivo estratégico, resultado esperado, objetivos específicos
<p>1. Establecer ejes de intervención y objetivos estratégicos a partir de los derechos y prioridades identificadas de las Personas Adultas Mayores, los cuales no pueden estar segregados o desarticulados del resto de las Políticas Sociales; todo lo contrario deben construirse acuerdos para que en conjunto con la sociedad se consideren como un nuevo campo de actividad del sector social.⁷³</p> <p>2. Atender las necesidades de las personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar y trabajar por la erradicación de la misma; con compromisos de acción coordinados entre el conjunto de instituciones públicas involucradas, concertada y con participación del sector público, privado, no gubernamental y comunitario⁷⁴.</p> <p>3. Intervención integral, interinstitucional y multidisciplinaria, con enfoque de género de la violencia intrafamiliar en todos los grupos poblacionales y en los diferentes niveles de gestión.⁷⁵</p>	<p>4. Planteamiento de alternativas para disminuir vulnerabilidad y potenciar factores protectores en la vejez</p> <p>Objetivo Estratégico:</p> <p>Fomentar y equilibrar la responsabilidad personal en la adquisición de estilos de vida saludables, entornos adecuados, permisivos donde se valore el apoyo y la solidaridad intergeneracional; en todas las acciones que se formulen o coordinen desde el Programa.</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>Que se logre en un 100% el accionar conjunto entre el ente coordinador del Programa, las Instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales, las Redes Sociales, para que las acciones preventivas, la promoción, la capacitación y las campañas informativas, se den de manera integrada y consideren los valores mencionados en el objetivo estratégico</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Desarrollar y fortalecer redes de alta significación y compromiso, desde donde se perfilen servicios sociales que fomenten la independencia y la autonomía. Que ofrezcan respuestas oportunas para direccionar el apoyo social de manera integral, a aquellas personas que por su fragilidad y enfermedad requieran de cuidados de corto, mediano y largo plazo ■ Fomentar e integrar organizaciones que trabajen por la promoción, la interacción entre generaciones y la toma de decisiones. ■ Crear espacios de discusión que generen reconocimiento público de la autoridad y de

⁷³ Política Nacional para la atención de la Persona Adulta Mayor. Plan de Acción 2002-2006. Costa Rica

⁷⁴ Política Nacional para la Atención de la Violencia Intrafamiliar. PLANNOVI 1996-1998

⁷⁵ Lineamiento de Política en Violencia Intrafamiliar, Ministerio de Salud, 2002

	<p>las contribuciones importantes de las personas mayores; a través de los medios de comunicación, de actividades culturales, de la educación formal, entre otros.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Proponer a corto plazo el fortalecimiento de medidas especiales de protección social para las personas mayores pobres, o con discapacidad.▪ Promover y apoyar proyectos a nivel local, que contribuyan a la prevención del abuso y/o abandono de las personas mayores.▪ Promover actividades que fomenten una cultura de convivencia pacífica, respeto mutuo, manejo y resolución de conflictos, para modificar actitudes agresivas y negligentes en la población.▪ Desarrollar acciones para disminuir los factores de riesgo que producen el aislamiento social, depresión entre otras.▪ Apoyar las medidas que desde otras instancias se tomen, para abolir estereotipos que atenten contra la salud y el bienestar de las mujeres
--	--

Subprograma: Atención Integral
Acción: Formulación de la Estrategia

Políticas Vigentes	Estrategia, objetivo estratégico, resultado esperado, objetivos específicos
<p>1. Establecer ejes de intervención y objetivos estratégicos a partir de los derechos y prioridades identificadas de las Personas Adultas Mayores, los cuales no pueden estar segregados o desarticulados del resto de las Políticas Sociales; todo lo contrario deben construirse acuerdos para que en conjunto con la sociedad se consideren como un nuevo campo de actividad del sector social.⁷⁶</p> <p>2. Atender las necesidades de las personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar y trabajar por la erradicación de la misma; con compromisos de acción coordinados entre el conjunto de instituciones públicas involucradas, concertada y con participación del sector público, privado, no gubernamental y comunitario.⁷⁷</p> <p>3. Intervención integral, interinstitucional y multidisciplinaria, con enfoque de género de la violencia intrafamiliar en todos los grupos poblacionales y en los diferentes niveles de gestión.⁷⁸</p>	<p>5. Planteamiento de las acciones de Atención Integral del Abuso y/o Abandono</p> <p>Objetivo Estratégico:</p> <p>Establecer las acciones de coordinación y de intervención, que permitan atender el abuso y el abandono de las personas adultas mayores, desde el marco estructural vigente, pero con la especificidad que demandan los dilemas que se producen en los diferentes escenarios sociales para quienes envejecen; en especial en la atención del abuso y/o abandono.</p> <p>Resultados Esperados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Disminuir la prevalencia, incidencia, recurrencia de situaciones de abuso y/o abandono y las consecuencias que las mismas tienen en la salud de las personas adultas mayores que las sufren. ■ Realizar una detección temprana de los casos de abuso y/o abandono, así como la identificación de las condiciones de riesgo, para lograr una atención efectiva y eficiente. ■ Integrar en un 100% en los Programas de las instituciones que componen el Sistema PLANOVI, las actividades específicas que desde un modelo de atención integral se produzcan, para brindar a la población de personas mayores abusadas y/o abandonadas oportunidades de cambio, para integrar soluciones, y facilitar las intervenciones que deban llevarse a cabo. ■ Crear una nueva respuesta social que coadyuve en la atención integral de las personas adultas mayores, a partir de la acción conjunta del CONAPAM con los gobiernos locales y la participación plena de

⁷⁶ Política Nacional para la atención de la Persona Adulta Mayor. Plan de Acción 2002-2006. Costa Rica

⁷⁷ Política Nacional para la Atención de la Violencia Intrafamiliar. PLANOVI 1996-1998

⁷⁸ Lineamiento de Política en Violencia Intrafamiliar, Ministerio de Salud, 2002

la comunidad.

Objetivos Específicos:

- Ejercer un liderazgo en la Comisión de Seguimiento del Sistema PLANOVI para que a corto plazo se incluyan las actividades específicas del Programa en la estructura especializada de las distintas instancias públicas que la integran.

- Lograr que en las reuniones del Consejo de la Persona Adulta Mayor, el cual está integrado por autoridades con poder de decisión y que representan diversas instituciones, se conozca, informe y discuta todo lo concerniente a la fase de implementación del Programa, con el fin de que haya un apoyo real a todas las gestiones que desde él se realicen.

- Contar con el personal debidamente sensibilizado, capacitado y entrenado en todos los aspectos relativos al proceso de envejecimiento y a la situación de abuso y/o abandono de las personas mayores, para brindar una atención integral en el modelo que se está creando.

- Establecer los mecanismos por medio de los cuales se logren (conjuntamente con el desarrollo del Programa), cambios en los Servicios Sociales Institucionalizados existentes, con el fin de que el Programa cuente con una infraestructura básica de apoyo a las gestiones que se realicen a favor de quienes sufren de abuso y/o abandono.

- Plantear ante las autoridades correspondientes, una estrategia de acción para crear servicios, y establecimientos especializados en la atención del abuso hacia las personas adultas mayores y ofensores mayores y/o cuidadores (hijas, Hijos), en los cuales se generen respuestas oportunas de seguridad, tratamiento terapéutico, apoyo social.

- Plantear ante las autoridades correspondientes la necesidad de crear y fortalecer servicios de atención a domicilio, apoyo específico a las personas que brindan cuidados, de tipo técnico y material, desde la organización comunitaria y el apoyo respectivo.

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plantear las acciones necesarias y generar esfuerzos conjuntos, para crear la Red Local de Atención Integral a la Persona Adulta Mayor Abusada y/o Abandonada, que funcione en las 81 Municipalidades existentes. ■ Lograr desde la Coordinación del Programa que las Redes Locales de Atención Integral a la Persona Adulta Mayor Abusada y/o Abandonada, trabajen conjuntamente con los Consejos Distritales, Cantonales, las Redes de VIF y demás instituciones que intervienen en el tratamiento de la violencia, para crear una gama completa de servicios permanentes en la comunidad, que prevengan el abuso, el abandono y la institucionalización. ■ Promover las campañas de sensibilización, educación y divulgación necesarias para dar a conocer las acciones de atención integral que se brinden desde el Programa, especialmente en lo referente a la ruta de esta atención. ■ Promover la participación social de las personas mayores en todo lo relacionado con la atención del abuso y/o abandono, por medio de estrategias que fomenten este derecho. Involucrando a los gobiernos locales en dicha acción. ■ Plantear los mecanismos necesarios que permitan mantener informada a la población mayor, que puedan realizar consultas y evaluar los diferentes servicios que se les prestan, con el fin de evitar malos tratos y garantizar una atención de calidad. ■ Crear las acciones necesarias para que profesionales y público en general denuncien a las autoridades correspondientes, en aquellos casos en que se sospeche la existencia de malos tratos hacia las y los mayores. ■ Definir y estandarizar con el apoyo de expertas(os) en la materia, las herramientas necesarias para evaluar el abuso de todos los tipos y características en las personas mayores. ■ Realizar Auditorias Sociales a corto, mediano y largo plazo, de las acciones implementadas en el proceso de coordinación interinstitucional, con el propósito de medir la efectividad del programa.
--	---

Subprograma: Investigación y Desarrollo

Acciones: Formulación de la estrategia

Políticas Vigentes	Estrategia, objetivo estratégico, resultado esperado, objetivos específicos
<p>1. Establecer ejes de intervención y objetivos estratégicos a partir de los derechos y prioridades identificadas de las Personas Adultas Mayores, los cuales no pueden estar segregados o desarticulados del resto de las Políticas Sociales; todo lo contrario deben construirse acuerdos para que en conjunto con la sociedad se consideren como un nuevo campo de actividad del sector social.⁷⁹</p> <p>2. Atender las necesidades de las personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar y trabajar por la erradicación de la misma; con compromisos de acción coordinados entre el conjunto de instituciones públicas involucradas, concertada y con participación del sector público, privado, no gubernamental y comunitario⁸⁰.</p> <p>3. Intervención integral, interinstitucional y multidisciplinaria, con enfoque de género de la violencia intrafamiliar en todos los grupos poblacionales y en los diferentes niveles de gestión.⁸¹</p>	<p>6. Creación de la estructura idónea para que la investigación sea el área medular para el desarrollo de políticas y acciones.</p> <p>Objetivo Estratégico:</p> <p>Fomentar y apoyar la investigación sistemática e interdisciplinaria, para tener una visión más amplia de las causas, naturaleza, magnitud, gravedad y consecuencias de todas las formas de abuso contra las personas mayores, así como en lo referente a tratamientos y servicios de apoyo. Y dar amplia difusión a las conclusiones de las investigaciones y estudios que surjan.</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>Que al finalizar el año 2005, se cuente con una estructura desde la cual, se gestionen las acciones tendientes a desarrollar la investigación sistemática del abuso en todas sus formas, el abandono y acerca de la situación de la familia costarricense, especialmente en cuanto a la interacción de sus miembros con las personas de edad; en coordinación con entidades nacionales e internacionales</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪Plantear las acciones que permitan crear un proyecto desde el cual se desarrollen las diversas alternativas, para que el campo de la investigación en ésta área sea del interés de diferentes ámbitos; con el fin de conocer para reducir al máximo los riesgos que entrañan las formas de abuso y abandono para las personas mayores. ▪Definir desde el Proyecto las estrategias

⁷⁹ Política Nacional para la atención de la Persona Adulta Mayor. Plan de Acción 2002-2006. Costa Rica

⁸⁰ Política Nacional para la Atención de la Violencia Intrafamiliar. PLANONI 1996-1998

⁸¹ Lineamiento de Política en Violencia Intrafamiliar, Ministerio de Salud, 2002

	<p>necesarias para lograr que se lleve a cabo una investigación a nivel nacional acerca del abuso en las personas mayores, con el fin de tener datos de prevalencia y mayor conocimiento del problema en las diferentes Regiones del país.</p> <ul style="list-style-type: none">▪Desarrollar desde el Proyecto acciones de coordinación que permitan incluir en las Encuestas Nacionales, que realizan las diferentes instituciones, preguntas acerca de la situación de abuso y/o abandono que sufren las personas mayores▪Coordinar desde el Proyecto con las Universidades Públicas y Privadas con el fin de que se incluyan en los trabajos finales de graduación el tema de abuso y abandono, y que se incentive este tipo de trabajos con asesorías técnicas y materiales.▪Crear una base de datos electrónica y un sistema de información central, en el cual se pueda contener toda aquella información que se genere de la investigación y de estudios relativos al tema del abuso y abandono.▪Crear la cultura necesaria para que se difunda la información recolectada por diferentes medios, especialmente aquellos como foros, seminarios, talleres, que permitan la interacción de diferentes grupos en busca de alternativas de solución y cambio, de manera permanente.▪Considerar en las acciones del Proyecto, la factibilidad de integrar los resultados de las investigaciones con los Programas Educativos y en los Planes de Acción, para que se logre una eficaz atención del problema del abuso en la población mayor costarricense.▪Crear una fundación, la cual sea integrada por personas especialistas en el campo de la investigación y la academia, desde la cual se incentive todo lo relacionado con la investigación y la enseñanza, los contactos con Universidades y grupos extranjeros(as) que trabajen en este campo, para propiciar el desarrollo.
--	--

Subprograma: Capacitación
Acciones: Formulación de la estrategia

Políticas Vigentes	Estrategia, objetivo estratégico, resultado esperado, objetivos específicos
<p>1. Establecer ejes de intervención y objetivos estratégicos a partir de los derechos y prioridades identificadas de las Personas Adultas Mayores, los cuales no pueden estar segregados o desarticulados del resto de las Políticas Sociales; todo lo contrario deben construirse acuerdos para que en conjunto con la sociedad se consideren como un nuevo campo de actividad del sector social.⁸²</p> <p>2. Atender las necesidades de las personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar y trabajar por la erradicación de la misma; con compromisos de acción coordinados entre el conjunto de instituciones públicas involucradas, concertada y con participación del sector público, privado, no gubernamental y comunitario⁸³.</p> <p>3. Intervención integral, interinstitucional y multidisciplinaria, con enfoque de género de la violencia intrafamiliar en todos los grupos poblacionales y en los diferentes niveles de gestión.⁸⁴</p>	<p>7. Creación y fortalecimiento de una estructura que facilite los procesos de capacitación y que los mismos sean el eje que transversen las áreas sustantivas del Programa</p> <p>Objetivo Estratégico:</p> <p>Contar con una estructura funcional que permita la coordinación con diversas entidades; con el fin de que el conocimiento adquirido por la Gerontología Social y en lo referente al abuso de las personas mayores, sea transmitido a todas aquellas personas que trabajan en áreas sustantivas, en beneficio de la población de personas adultas mayores</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>Crear espacios permanentes y sistemáticos de sensibilización, educación, capacitación, promoción; en diferentes ámbitos de la sociedad, especialmente aquellos que tienen que ver con la formación del Recurso Humano; en todo lo concerniente al envejecimiento activo, el abuso y/o abandono, sus diversas características y causas.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>Incidir para que los programas de capacitación continua dirigidos a las y los funcionarios que laboren en las áreas de salud, judiciales, de servicios sociales entre otros, contengan ejes temáticos que les permitan adquirir los conocimientos necesarios para brindar asesoría y guía a las personas durante el ciclo de vida y aquellas que se acercan a la edad de jubilación.</p> <p>Incluir en los diferentes Programas y</p>

⁸² Política Nacional para la atención de la Persona Adulta Mayor. Plan de Acción 2002-2006. Costa Rica

⁸³ Política Nacional para la Atención de la Violencia Intrafamiliar. PLANNOVI 1996-1998

⁸⁴ Lineamiento de Política en Violencia Intrafamiliar, Ministerio de Salud, 2002

	<p>actividades de capacitación, ejes temáticos sobre los modos de vida saludable, el fortalecimiento de las redes próximas, la calidad de vida, acerca del abuso, del cuidado de la propia salud y de la de las personas mayores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪Desarrollar metodologías y actividades de sensibilización, educación, capacitación, promoción, con el fin de transmitir las a funcionarias(os) de instituciones públicas, Organizaciones No Gubernamentales, líderes comunitarios, y de otros sectores, en el área de prevención y atención del abuso y/o abandono de las personas adultas mayores. ▪Definir las áreas sensitivas para trabajar en todo lo referente a normativas y capacitación, en procura de erradicar el abuso y el abandono de las personas mayores. ▪Desarrollar desde el Proyecto acciones de coordinación con el Sector Educación a fin de que se direccionen acciones que conduzcan al fortalecimiento de las creencias, valores y actitudes en relación con el envejecimiento y las personas mayores, con el fin de evitar y modificar aquellas conductas que mantienen y reproducen el abuso y/o abandono y la discriminación. ▪Apoyar iniciativas y proyectos orientados a dar visibilidad al abuso de las personas mayores, a través de los servicios de salud, las Iglesias, los comités pro-derechos humanos y las organizaciones no gubernamentales; grupos privados, que puedan concienciar la población. ▪Estimular y apoyar eventos y movilizaciones sociales por la paz y la superación de la violencia intrafamiliar. ▪Crear una base de datos electrónica y un sistema de información central, en el cual se pueda contener toda aquella información que se genere de la capacitación. ▪Apoyar la producción de materiales, realización de mensajes y documentales dirigidos a sensibilizar a la sociedad contra el abuso y/o abandono de las PAM.. ▪Apoyar las Organizaciones No Gubernamentales para que desarrollen
--	--

	<p>actividades de capacitación en temas relacionados con el abuso y/o abandono.</p> <ul style="list-style-type: none">▪Apoyar a las Organizaciones comunitarias en las actividades de promoción, prevención y auto-ayuda para combatir el abuso y/o abandono de las personas mayores.▪Apoyar las acciones de Vigilancia Epidemiológica y crear registros estadísticos para los servicios de atención del abuso y/(o abandono.▪Coordinar para fortalecer aquellas acciones de promoción, prevención, que se puedan incorporar en los Programas de Niñez, Adolescencia, Mujer, Adulto(a), Personas Mayores, en Salud Mental, con respecto al abuso y/o abandono de las personas adultas mayores y el envejecimiento activo.
--	---

Subprograma: Mercadotecnia

Acción: Formulación de la estrategia

Políticas Vigentes	Estrategia, objetivo estratégico, resultado esperado, objetivos específicos
<p>1. Establecer ejes de intervención y objetivos estratégicos a partir de los derechos y prioridades identificadas de las Personas Adultas Mayores, los cuales no pueden estar segregados o desarticulados del resto de las Políticas Sociales; todo lo contrario deben construirse acuerdos para que en conjunto con la sociedad se consideren como un nuevo campo de actividad del sector social.⁸⁵</p> <p>2. Atender las necesidades de las personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar y trabajar por la erradicación de la misma; con compromisos de acción coordinados entre el conjunto de instituciones públicas involucradas, concertada y con participación del sector público, privado, no gubernamental y comunitario⁸⁶.</p> <p>3. Intervención integral, interinstitucional y multidisciplinaria, con enfoque de género de la violencia intrafamiliar en todos los grupos poblacionales y en los diferentes niveles de gestión.⁸⁷</p>	<p>8. Implementación del Mercadeo Social del Programa</p> <p>Objetivo Estratégico:</p> <p>Concertar espacios en todas las instancias en las que el Programa deba ser acreditado, para lograr el máximo apoyo al mismo, y establecer los mecanismos de corresponsabilidad.</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>Que al finalizar el año 2005, se hayan establecido los compromisos interinstitucionales, que permitan que el Programa sea implementado en todas sus áreas, para que sus acciones sean eficaces a corto mediano y largo plazo, y se logren los cambios necesarios, en procura del mayor bienestar de las PAM.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Formular en los primeros meses del año 2005, un módulo que integre las principales estrategias y acciones del Programa, para que el mismo pueda ser presentado ante las diferentes instancias y autoridades, con el fin de que genere discusión y apoyo.■ Generar una voluntad de acción colectiva, frente al Sistema Social, como respuesta a la problemática del abuso.■ Concertar y formalizar con las diferentes instancias y autoridades de las mismas, la coordinación y corresponsabilidad para el desarrollo pleno del Programa.■ Abrir un espacio por medio del cual las personas de la sociedad en general, Asociaciones de Pensionados entre otras, conozcan y opinen acerca de las acciones

⁸⁵ Política Nacional para la atención de la Persona Adulta Mayor. Plan de Acción 2002-2006. Costa Rica

⁸⁶ Política Nacional para la Atención de la Violencia Intrafamiliar. PLANNOVI 1996-1998

⁸⁷ Lineamiento de Política en Violencia Intrafamiliar, Ministerio de Salud, 2002

Subprograma: Auditoría Social

Acción: Formulación de la estrategia

Políticas Vigentes	Estrategia, objetivo estratégico, resultado esperado, objetivos específicos
<p>1. Establecer ejes de intervención y objetivos estratégicos a partir de los derechos y prioridades identificadas de las Personas Adultas Mayores, los cuales no pueden estar segregados o desarticulados del resto de las Políticas Sociales; todo lo contrario deben construirse acuerdos para que en conjunto con la sociedad se consideren como un nuevo campo de actividad del sector social.⁸⁸</p> <p>2. Atender las necesidades de las personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar y trabajar por la erradicación de la misma; con compromisos de acción coordinados entre el conjunto de instituciones públicas involucradas, concertada y con participación del sector público, privado, no gubernamental y comunitario⁸⁹.</p> <p>3. Intervención integral, interinstitucional y multidisciplinaria, con enfoque de género de la violencia intrafamiliar en todos los grupos poblacionales y en los diferentes niveles de gestión.⁹⁰</p>	<p>9. Control de Calidad del Programa</p> <p>Objetivo Estratégico:</p> <p>Que el Programa se oriente en los procesos de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios, que desde su gestión, se presten a la población de personas adultas mayores; siendo este proceso un eje que transverse el desarrollo de las etapas de implementación, monitoreo y auditoría social.</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>Proporcionar servicios de adecuada calidad, producir los beneficios esperados, evitar el desperdicio de recursos, la desconfianza en las y los usuarios y la desmotivación en los funcionarios que prestan los servicios.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Considerar que el mejoramiento de la calidad es un proceso creativo que requiere apoyo, conocimiento, flexibilidad, mística y motivación, fundamentos del Programa, para ser exitoso. ▪ Construir indicadores de calidad, para identificar las áreas críticas del Programa, así como estándares e indicadores de proceso, que permitan verificar la unidad de los servicios que desde él se presten. ▪ Considerar a las PAM como los clientes hacia quienes se dirigen los servicios y que por tanto son sujetos de ejercer derechos y deberes sobre la calidad de los mismos. ▪ Considerar a las PAM, como aliadas y coparticipes, facultadas e informadas, capaces de tomar decisiones efectivas y de cumplir con sus responsabilidades,

⁸⁸ Política Nacional para la atención de la Persona Adulta Mayor. Plan de Acción 2002-2006. Costa Rica

⁸⁹ Política Nacional para la Atención de la Violencia Intrafamiliar. PLANNOVI 1996-1998

⁹⁰ Lineamiento de Política en Violencia Intrafamiliar, Ministerio de Salud, 2002

	<p>especialmente en todo lo que tiene que ver con la prevención y atención del abuso y/o abandono.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que la PAM tenga una participación real a través del cumplimiento de funciones que debe ejercer y para las cuales se le debe facilitar condiciones tales como: potestad para crear alianzas, declaración y cumplimiento de derechos y responsabilidades como herramienta o instrumento legal de regulación, información necesaria, accesible, comprensible, oportuna, veraz y variada. ▪ Aplicar métodos tales como la acreditación y la certificación, para dar seguridad y difusión de la calidad a los servicios que recibirán desde el Programa. <ul style="list-style-type: none"> ▪Facilitar espacios y/o mecanismos que garanticen la participación real de la comunidad organizada en la prevención y atención del abuso y/o abandono. ▪Dar a conocer los indicadores de estructura, proceso, y los resultados del Programa, en todos los escenarios sociales posibles. ▪Identificar las expectativas de las PAM por medio de la investigación. ▪Conocer que las acciones estratégicas de mejoramiento continuo de la calidad, deben estar sujetas a la renegociación, para sumar logros y avances en el Programa. ▪Plantear el trabajo en equipo y el intercambio de experiencias como un elemento clave para fortalecer el Programa, desde el criterio de calidad; así como tener presente: donde se está, donde se quiere estar, como llegar a donde se quiere estar. ▪Buscar las alianzas correspondientes para que las personas encargadas de la coordinación y dirección del Programa, así como aquellas(os) funcionarios que vayan a desarrollar servicios para la atención del abuso y abandono de las PAM, sean capacitadas(os), en procesos de mejoramiento continuo de la calidad. ▪Buscar que el Programa se enfoque en la satisfacción de las necesidades de las PAM, así como en el de sus familias, incluyendo la oportunidad y equidad en la prestación de servicios.
--	---

Subprograma: Auditoria Social

Acción: Formulación de la Estrategia

Políticas Vigentes	Estrategia, objetivo estratégico, resultado esperado, objetivos específicos
<p>1. Establecer ejes de intervención y objetivos estratégicos a partir de los derechos y prioridades identificadas de las Personas Adultas Mayores, los cuales no pueden estar segregados o desarticulados del resto de las Políticas Sociales; todo lo contrario deben construirse acuerdos para que en conjunto con la sociedad se consideren como un nuevo campo de actividad del sector social.⁹¹</p> <p>2. Atender las necesidades de las personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar y trabajar por la erradicación de la misma; con compromisos de acción coordinados entre el conjunto de instituciones públicas involucradas, concertada y con participación del sector público, privado, no gubernamental y comunitario.⁹²</p> <p>3. Intervención integral, interinstitucional y multidisciplinaria, con enfoque de género de la violencia intrafamiliar en todos los grupos poblacionales y en los diferentes niveles de gestión.⁹³</p>	<p>10. Mecanismos de auditoria social y de seguimiento</p> <p>Objetivo Estratégico:</p> <p>Dar respuesta a la necesidad de procesar las decisiones políticas y las estrategias implementadas en el Programa, auditorando la eficacia y efectividad del mismo, desde el concurso interdisciplinario; con el fin de que ello redunde en beneficio de la intervención social, para producir efectos o resultados sociales y por ende mejor calidad de vida en el ciudadano mayor.</p> <p>Resultado Esperado:</p> <p>Que el proceso de auditoria social sea una pauta permanente y sistemática en las fases de formulación y de implementación del Programa, y que el mismo se lleve a cabo desde dos etapas, la formativa y la sumativa, con el concurso disciplinar interno y externo; a fin de tomar las decisiones pertinentes</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Implementar la etapa formativa, denominada de seguimiento o de proceso, la cual se realiza durante la aplicación del programa y tiene como fin esencial la mejora y el perfeccionamiento del mismo. ■ Implementar la etapa sumativa o auditoria de resultados o de impacto, que se realiza cuando las metas del Programa han sido alcanzadas en un alto porcentaje o totalmente, con el fin de mejorar el Programa, su contabilidad y justificación ■ Llevar a cabo el proceso de auditoria social formativa con la metodología

⁹¹ Política Nacional para la atención de la Persona Adulta Mayor. Plan de Acción 2002-2006. Costa Rica

⁹² Política Nacional para la Atención de la Violencia Intrafamiliar. PLANNOVI 1996-1998

⁹³ Lineamiento de Política en Violencia Intrafamiliar, Ministerio de Salud, 2002

	<p>interdisciplinario “desde dentro” para mejorar el Programa, esencialmente en las fases de diseño y cuando se inicia la implementación.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Llevar a cabo el proceso de auditoria social sumativa con la metodología “desde afuera”, tanto con fines de mejora del Programa como a efectos de ejercer el control del gasto económico y la justificación del mismo.▪ Definir desde cuando se realizará la auditoria social del Programa como un todo y de los subprogramas que lo integran, para qué se realiza y desde donde se efectúa, con base en las tipologías de auditoria social mencionadas.▪ Considerar la auditoria social del Programa desde valores como: pertenencia, suficiencia, progreso, eficacia, eficiencia, efectos y evaluabilidad.▪ Considerar que la auditoria social del Programa, debe contener la información sobre necesidades, objetivos y metas del mismo, recogidas desde las fuentes de información.▪ Plantear desde el Programa el procedimiento de auditoria social y el diseño del mismo.▪ Considerar desde el Programa las técnicas de recogida de información necesarias, el procesamiento de datos y la elaboración del informe.▪ Vigilar, monitorear y auditar la calidad de los servicios que se brinden desde la gestión del Programa.
--	--

VII. Propuesta para la operacionalización del Programa Nacional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor Abusada y/o Abandonada

- **Acciones a ejecutar según los diferentes niveles técnicos administrativos planteados en el Programa, para la prevención y promoción, detección y atención del abuso y/o maltrato de las Personas Adultas Mayores, desde la especificidad de la población y con el Marco del Sistema PLANOVI.**

Instituciones con las que se debe coordinar y definir corresponsabilidad

- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor
- Ministerio de Educación Pública; Comisión de Prevención de la Violencia
- Ministerio de Salud, Dirección Desarrollo de la Salud; Dirección. de Servicios de Salud Unidad de Acreditación.
- Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Programa Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar; Programa del Adulto Mayor, Prestaciones Sociales; Áreas de Salud-EBAIS, Hospital Nacional de Geriátrica, Blanco Cervantes, Comités de atención de la VIF.
- Ministerio de Seguridad Pública
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
- Ministerio de Justicia, Dirección Nacional de Prevención y Delito
- Ministerio de Cultura Juventud y Deportes
- Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos
- Defensoría de los Habitantes
- Instituto Mixto de Ayuda Social
- Instituto Nacional de la Mujer, Área de Violencia de Género
- Instituto de Alcoholismo y Fármacodependencia
- Junta de Protección Social
- Instituto Nacional de Aprendizaje
- Federación Cruzada de Protección al Anciano
- Organizaciones No Gubernamentales que trabajan por las personas mayores
- Universidades Públicas y Privadas, Centros Educativos, Colegios Profesionales, Instituto Costarricense del Deporte ICODER
- Instituto de Desarrollo en Población IDESPO
- Consejo Nacional de Rehabilitación
- Consejo de Niñez y Adolescencia
- Clínicas Privadas.
- Municipalidades
- Asociaciones
- Empresa Privada
- Organismos Internacionales
- Grupos Organizados en las Comunidades, Iglesias
- Universidad para la Paz
- Fundación Arias para la Paz, Instituto Wem,

Subprograma: Financiación y organización

Estrategia: Sostenibilidad del Programa

Resultado Esperado: Lograr el apoyo económico institucional que se requiere para implementar el Programa, y establecer los mecanismos internos para la ejecución financiera.

Auditoria Social: Período Corto Plazo

Variable Sustantiva	Actividades	Período de Ejecución de las actividades	Recursos	Indicadores de Monitoreo y Auditoria Social Período. C M LP*	Corresponsabilidades
Presentación del Programa a grupos de alto nivel, con poder de decisión, que apoyen técnicamente la implementación del Programa y que brinden los contenidos económicos para su financiamiento	<p>1. Elaborar un módulo con la estructura básica del Programa</p> <p>2. Elaborar la metodología de negociación para lograr el apoyo a los mecanismos internos, que permitan la ejecución del Programa</p> <p>3. Contar con un equipo de negociación con el perfil necesario para lograr el apoyo económico y de ejecución del Programa.</p> <p>4. Buscar los espacios que permitan la presentación del Programa en: Sesiones del Consejo (CONAPAM), el INAMU, a nivel de Ministra, Comisión de Seguimiento del Sistema PLANNOVI Consejo Social del Gobierno (coordinación con la Ministra de la Condición de la Mujer) Jerarquías institucionales</p>	Primer y segundo semestre del 2005	<p>Humanos Un Director Ejecutivo del Programa Un Equipo Interdisciplinario, con funciones de coordinación y operativas Un coordinador general para la etapa de ejecución y seguimiento del Programa Un Equipo de Apoyo</p> <p>Materiales Los necesarios para el desarrollo de cada actividad y para el desarrollo de la parte administrativa y técnica</p> <p>Físicos Ubicación en espacio físico y técnico, para el desarrollo de las actividades del equipo coordinador del Programa</p> <p>Económicos Basados en el presupuesto total y en el costo de las actividades de este subprograma</p> <p>Institucionales Los logrados por medio de la coordinación interinstitucional establecida, y acordes con las</p>	<p>1.2 El módulo para la presentación del Programa a grupos de alto nivel (primer semestre) CP.100%</p> <p>2.1 Metodología de negociación. Logros el financiamiento y el apoyo a la estructura del Programa (primer semestre) CP.100%</p> <p>3.1 Equipo de trabajo con un perfil de alto nivel (primer trimestre) CP 100%</p> <p>4.1 Número de espacios conseguidos. % de apoyo económico logrado, en relación con el costo total del Programa % de instituciones que brinden apoyo a la Propuesta. Número de contactos con la Empresa Privada y Organismos Internacionales logrados (primero y segundo semestre 2005) MP.100%</p>	<p>CONAPAM (director-coordinador) Ministerio de Educación Ministerio de Salud CCSS Ministerio de Seguridad Pública Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Ministerio de Justicia Ministerio de Cultura Juventud y Deportes Ministerio de Vivienda Defensoría de los Habitantes IMAS INAMU Instituto Nacional de Aprendizaje IAFA JPS Cruzada de Protección al Anciano Organizaciones No Gubernamentales Universidades Estatales y no Estatales, Colegios Profesionales, Iglesias ICODER IDESPO Consejo nacional de Rehabilitación Consejo de Niñez y Adolescencia Clínicas Privadas Municipalidades Asociaciones FECRUNAPA Empresa Privada Organismos y Organizaciones Internacionales Grupos Organizados en las Comunidades Universidad para la Paz Fundación Arias para la Paz, Instituto Wem</p>

	Organizaciones No Gubernamentales Organismos y Organizaciones Internacionales, Empresa Privada		necesidades del subprograma		Centros Educativos, Públicos y Privados
Recaudación y manejo de fondos	5. Crear o concertar los mecanismos que permitan contar con una caja única, a donde lleguen fondos provenientes de las instituciones que financien el Programa			5.1 Mecanismos establecidos (primer semestre). CP.100%	
Manejo de fondos	6. CONAPAM, como ente coordinador y director del Programa, elaborará los mecanismos necesarios para el manejo de los fondos que financiarán el Programa			6.2 Mecanismos elaborados (segundo semestre) CP.100%	
Invertir en infraestructura, servicios de apoyo, recurso humano	7. Considerando la Misión del Programa. CONAPAM, deberá fortalecer la infraestructura existente, especialmente en servicios de apoyo para la población mayor en riesgo. Y en recurso humano para contar con el equipo interdisciplinario que coordine el Programa, y que integre los equipos que harán posible el funcionamiento de las Redes Locales de Atención			7.1 Apoyo económico en cifras Costo total del Programa % destinado a infraestructura, en comparación con las necesidades existentes. % destinado a recurso humano, en relación con las necesidades existentes % destinado a materiales, en relación a lo requerido % destinado a servicios, en relación a lo necesitado % destinado para la administración del Programa, en	

	Integral para la Persona Adulta Mayor, que se establezcan en las municipalidades del país..			relación a lo presupuestado MP. 100% *Monitoreo y Auditoria Social, (C.M.LP). Corto, mediano, largo plazo.	
--	---	--	--	--	--

Subprograma: Contratación y Desarrollo del Recurso Humano

Estrategia: Contar con el Recurso Humano necesario y calificado para el desarrollo pleno del Programa

Resultado Esperado: Lograr el apoyo político y económico a nivel institucional, para contratar el recurso necesario e indispensable en la ejecución y para el logro de las áreas sustantivas.

Auditoria Social: Período, Corto Plazo

Variable Sustantiva	Actividades	Período de Ejecución	Recursos Necesarios	Indicadores de Monitoreo y Auditoria Social Período. C M LP*	Corresponsabilidades
Negociación y Contratación del Recurso Humano, para el desarrollo de las diferentes áreas estratégicas del Programa	<p>1. Definir y crear el perfil profesional de quienes trabajarán en las diferentes áreas estratégicas del Programa.</p> <p>2. Realizar a corto plazo un diagnóstico que permita establecer el personal requerido (por número y perfil profesional) requerido para la ejecución del Programa, según las áreas estratégicas del mismo.</p> <p>3. Definir a corto plazo las estrategias y mecanismos para lograr la aprobación de la contratación del Recurso Humano indispensable, para la implementación del Programa.</p> <p>4. Plantear las estrategias de coordinación que permitan lograr el apoyo institucional, para contar con el Recurso Humano indispensable.</p>	Primer y segundo semestre del 2005	<p>Humanos Un Director Ejecutivo del Programa Un Equipo Interdisciplinario, con funciones de coordinación y operativas Un coordinador general para la ejecución y seguimiento del Programa. Un Equipo de Apoyo</p> <p>Materiales Los necesarios para el desarrollo de cada actividad y para el desarrollo de la parte administrativa y técnica del subprograma.</p> <p>Físicos Ubicación del espacio físico para el Equipo coordinador y operativo del Programa</p> <p>Económicos Basados en el presupuesto total y en el costo de las actividades de este subprograma</p> <p>Institucionales Los logrados por medio de la coordinación interinstitucional establecida y acuerdos con las necesidades del subprograma</p>	<p>1.1 El Perfil Profesional elaborado según áreas estratégicas definidas (primer semestre). CP. 100%</p> <p>2.1 Un diagnóstico del Recurso Humano requerido, según áreas estratégicas y perfil profesional del mismo (primer semestre) CP. 100%</p> <p>3.1 Estrategias y Mecanismos definidos(primer semestre) CP.100%</p> <p>4.1 Estrategias de coordinación planteadas. CP. 100% *Monitoreo y Auditoria Social, (C.M.LP). Corto, mediano, largo plazo.</p>	<p>CONAPAM (director-coordinador) Ministerio de Educación Ministerio de Salud CCSS Ministerio de Seguridad Pública Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Ministerio de Justicia Ministerio de Cultura Juventud y Deportes Ministerio de Vivienda Defensoría de los Habitantes IMAS INAMU Instituto Nacional de Aprendizaje IAFA JPS Cruzada de Protección al Anciano Organizaciones No Gubernamentales Universidades Estatales y no Estatales, Colegios Profesionales, Iglesias ICODER, IDESPO Consejo Nacional de Rehabilitación Consejo de Niñez y Adolescencia Clínicas Privadas Municipalidades Asociaciones FECRUNAPA Empresa Privada Organismos y Organizaciones Internacionales Grupos Organizados en las Comunidades Universidad para la Paz Fundación Arias para la Paz, Instituto Wem Centros Educativos</p>

Subprograma: Coordinación

Estrategia: Vinculación del Programa con las Políticas Nacionales en Vejez, VIF y los Actores Sociales

Resultado Esperado: Lograr el accionar conjunto entre el CONAPAM, el Sistema PLANOVI y las Redes Sociales que trabajan por la población de Personas Adultas Mayores y las que serán creadas.

Auditoria Social: Período, Mediano Plazo

Variable Sustantiva	Actividades	Período de Ejecución	Recursos necesarios	Indicadores de Monitoreo y Auditoria Social Período. C M LP*	Corresponsabilidad
Establecer los mecanismos de coordinación, que permitan el accionar del Programa en equilibrio con otros escenarios	<p>1. Definir y crear una estructura permanente, funcional(informática y comunicacional) desde la cual se establezcan las acciones de coordinación de una manera sistemática y eficaz</p> <p>2. El Equipo Coordinador define las actividades sustantivas de las áreas estratégicas del Programa, que deben ser realizadas en forma coordinada, y con una normativa que permita el trabajo lineal.</p> <p>3. El Equipo Coordinador define los espacios, los niveles y la metodología para lograr las acciones de coordinación de manera concertada.</p> <p>4. El Equipo Coordinador monitorea</p>	<p>Primer y segundo semestre del 2005</p> <p>Durante el desarrollo del Programa</p>	<p>Humanos Un Director Ejecutivo del Programa Un Equipo Interdisciplinario, con funciones de coordinación y operativas Un coordinador general para la ejecución y seguimiento del Programa. Un Equipo de apoyo</p> <p>Materiales Los necesarios para el desarrollo de cada actividad y para el desarrollo de la parte administrativa y técnica del subprograma.</p> <p>Físicos Ubicación del espacio físico para el Equipo coordinador y operativo del Programa</p> <p>Económicos Basados en el presupuesto total y en el costo de las actividades de este subprograma</p> <p>Institucionales Los logrados por medio de la coordinación interinstitucional</p>	<p>1.1 Una estructura funcional definida desde donde se establezcan los procesos de coordinación, con la Red Local, las Redes VIF, (salud, judicial), Redes de Apoyo y los Comités Distritales, Cantonales y Asambleas, que trabajarán en pro de políticas y acciones para las PAM. (Primer semestre). CP:100%</p> <p>2.1 Un Informe diagnóstico con las actividades sustantivas que deben ejecutarse coordinadamente, (primer semestre) CP.100%</p> <p>3.1 Un Proyecto que defina los espacios y la metodología de las acciones de coordinación, (primer semestre) CP. 100%</p> <p>4.1 Un sistema informático que</p>	<p>CONAPAM (director-coordinador) de Educación Ministerio de Salud CCSS Ministerio de Seguridad Pública Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Ministerio de Justicia Ministerio de Cultura Juventud y Deportes Ministerio de Vivienda Defensoría de los Habitantes IMAS INAMU Instituto Nacional de Aprendizaje IAFA JPS Cruzada de Protección al Anciano Organizaciones No Gubernamentales Universidades Estatales y no Estatales, Colegios Profesionales, Iglesias ICODER IDESPO Consejo nacional de Rehabilitación Consejo de Niñez y Adolescencia Clínicas Privadas Municipalidades Asociaciones FECRUNAPA Empresa Privada Organismos y Organizaciones</p>

	<p>las acciones de coordinación que se han establecido para llevar adelante, en forma correlacionada las áreas estratégicas del Programa, y las acciones que se implementan desde otros Programas, especialmente con aquellos que tienen que ver con atención directa.</p> <p>5. El Equipo Coordinador evalúa a corto, mediano y largo plazo las acciones planteadas e implementadas en el proceso de coordinación interinstitucional.</p> <p>6. El Equipo Coordinador establece los indicadores de efectividad para el logro de lo propuesto.</p> <p>7. El Equipo Coordinador realiza informes periódicos y los da a conocer en los espacios directivos de alto nivel.</p>		<p>establecida y acorde con las necesidades del subprograma</p>	<p>permita monitorear el desempeño y resultado de las acciones de coordinación, según áreas estratégicas (primer semestre) CP. 100%</p> <p>5.1 Un sistema informático que permita evaluar en diferentes períodos el proceso de coordinación. (primer semestre). CP. 100%</p> <p>6.1 Indicadores de efectividad propuestos.(primer semestre CP. 100%</p> <p>7.1 Número de Informes elaborados, a partir del inicio y por cada seis meses. CP. 100%</p> <p>*Monitoreo y Auditoria Social, (C.M.LP). Corto, mediano, largo plazo.</p>	<p>Internacionales Grupos Organizados en las Comunidades Universidad para la Paz Fundación Arias para la Paz, Instituto Wem Centros Educativos, Públicos y Privados</p>
--	--	--	---	--	---

Subprograma: Prevención y Promoción

Estrategia: Planteamiento de alternativas para disminuir vulnerabilidad y potenciar factores protectores en la vejez

Resultado Esperado: Que de manera conjunta, el CONAPAM, las Instituciones Gubernamentales y no Gubernamentales, las Redes Sociales, planteen acciones por la prevención, la promoción y la capacitación, fomentando estilos de vida saludables, entornos adecuados, permisivos, donde se valore el apoyo y la solidaridad intergeneracional.

Auditoria Social: Período, mediano plazo

Variable Sustantiva	Actividades	Período de Ejecución	Recursos Necesarios	Indicadores de Monitoreo y Auditoria Social Período. C M LP*	Corresponsabilidad
Integrar y coordinar acciones a nivel institucional, que logren fomentar estilos de vida saludables, entornos adecuados y permisivos, y promover desde los diversos escenarios, valores como el apoyo y la solidaridad intergeneracional.	<p>1. El Equipo Coordinador establece la corresponsabilidad de manera concertada con las diversas instituciones, para establecer las estrategias prioritarias sobre las cuales trabajaran, en esta área sustantiva.</p> <p>1.1 Reforzar el Eje Interaprendizaje de PLANOS con nuevos contenidos (envejecimiento, superación de mitos, la Ley 7935</p> <p>2. El Equipo Coordinador establece las estrategias para trabajar conjuntamente con las Organizaciones Gubernamentales y las diversas Redes Sociales, en procura de plantear acciones sustantivas que impacten en el bienestar de las personas mayores, creando conciencia de la necesidad de fomentar actitudes, y organizar servicios que desarrollen y</p>	Primer y segundo semestre del 2005 y Durante la implementación del Programa	<p>Humanos Un Director Ejecutivo del Programa Un Equipo Interdisciplinario, con funciones de coordinación y operativas Un coordinador general para la ejecución y seguimiento del Programa. Un Equipo de Apoyo, a nivel interno y externo.</p> <p>Materiales Los necesarios para el desarrollo de cada actividad y para el desarrollo de la parte administrativa y técnica del subprograma.</p> <p>Físicos Ubicación del espacio físico para el Equipo coordinador y operativo del Programa</p> <p>Económicos Basados en el presupuesto total y en el costo de las actividades de este subprograma</p> <p>Institucionales Los logrados por medio de la coordinación</p>	<p>1.1 Un Programa con un perfil de diseño tal, que permita establecer las áreas prioritarias de intervención, con una metodología homogénea, factible de evaluar, y con el enfoque del envejecimiento activo. 1.1.1 Respuesta de capacitación que provenga de las PAM, con formación básica que les permita ser entrenados para capacitar. (Primero y segundo, semestres). MP. 100%</p> <p>2.1 Un proyecto que defina las acciones prioritarias, para fortalecer redes, como la familia, la vecindad, el compañerismo, desde el nivel local, y servicios de apoyo local (municipal) para los más frágiles. (Primero y segundo semestres) MP. 100%</p>	<p>CONAPAM (director-coordinador) de Educación de Ministerio de Salud CCSS de Ministerio de Seguridad Pública de Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Ministerio de Justicia de Ministerio de Cultura Juventud y Deportes de Ministerio de Vivienda de Defensoría de los Habitantes de IMAS de INAMU de Instituto Nacional de Aprendizaje de IAFA de JPS de Cruzada de Protección al Anciano de Organizaciones No Gubernamentales de Universidades Estatales y no Estatales, Colegios Profesionales, Iglesias, ICODER de IDESPO de Consejo nacional de Rehabilitación de Consejo de Niñez y Adolescencia de Clínicas Privadas de Municipalidades de Asociaciones de FECRUNAPA de Empresa Privada de Organismos y Organizaciones</p>

	<p>mantengan la independencia y la autonomía de las PAM y brinden apoyo a las más frágiles.</p> <p>3. El Equipo Coordinador desarrolla una estrategia para fomentar la creación de organizaciones y/o grupos a nivel local que fomenten y promuevan, la interacción entre generaciones, en concordancia con lo planteado en el Código de la Vejez</p> <p>4. El Equipo Coordinador, en acciones concertadas con diversas instituciones, fomenta la creación de espacios de discusión, en diversos escenarios, con el fin de prestigiar la figura y el rol de la persona adulta mayor.</p> <p>5. El Equipo Coordinador, en acciones concertadas debe buscar la estrategia que permita aunar esfuerzos interinstitucionales para crear medidas especiales de protección social para las personas mayores pobres con discapacidad, para disminuir el riesgo de vulnerabilidad, en lo referente al abuso y al abandono, en</p>		<p>coordinación interinstitucional establecida y acordes con las necesidades del subprograma</p>	<p>3.1 Una estrategia de trabajo que pueda ser sistematizada, para lograr organizar grupos, que trabajen con una metodología homogénea, y con el apoyo local. (Primero, segundo y tercer semestres) MP. 100%</p> <p>4.1 Un Foro Permanente, rotativo, con una estructura de anfiteatro que pueda ser desplazado a diferentes escenarios, organizado por universidades y asociaciones de pensionados con el apoyo del CONAPAM y otras instituciones. (Primero, segundo, y tercer semestres. 2005-2006) MP. 100%</p> <p>5.1 Un Programa que integre estrategias interinstitucionales, dirigidas especialmente a la población mayor, en condición de pobreza y discapacidad, que de una respuesta oportuna y el seguimiento periódico.</p> <p>5.2 Una base de datos de personas mayores en pobreza y con discapacidad. (Primero, segundo y tercer semestres) MP. 100%</p>	<p>Organización Internacionales Grupos Organizados en las Comunidades Universidad para la Paz Fundación Arias para la Paz, Instituto Wem Centros Educativos, Públicos y Privados</p>
--	--	--	--	---	--

	<p>este grupo de población.</p> <p>6 El Equipo Coordinador, debe establecer la corresponsabilidad, de manera concertada con las instituciones, para promover y apoyar proyectos locales que contribuyan a la prevención del abuso y/o abandono de las PAM, y teniendo como base el Código de la Vejez.</p> <p>7 El Equipo Coordinador, debe plantear la estrategia para que de manera concertada se logre que en los Programas de los diferentes Centros Educativos Públicos y Privados, se abran espacios de discusión, que fomenten la cultura de convivencia pacífica, el respeto mutuo y hacia las personas mayores; como manejar el conflicto, entre otros. Especialmente en áreas o Barrios identificados por el grado de marginalidad y pobreza que enfrentan.</p> <p>8. El Equipo Coordinador, debe negociar con el apoyo de otras jerarquías, los cambios en las diferentes currículas, con el fin de introducir el conocimiento del Proceso de</p>			<p>6.1 Proyectos locales apoyados por instituciones y asociaciones estratégicas, con una metodología homogénea y con participación social. (Primero, segundo y tercer semestres) MP. 100%</p> <p>7.1 Un proyecto cuyas acciones se dirijan a lograr un planteamiento único en este tema, el cual debe ser incorporado de manera permanente en los Programas Educativos y de acuerdo con la especificidad requerida. (Primero, segundo y tercer semestres) MP. 100%</p> <p>8.1 Una estrategia de acción que promueva un espacio de discusión, para lograr el consenso ante este tema. (Primero, y segundo semestres) MP. 100%</p>	
--	---	--	--	--	--

	<p>Envejecimiento y Preparación para la Jubilación</p> <p>9. El Equipo Coordinador, debe concertar estrategias que permitan negociar con los directores de diferentes Programas en el Área de Salud, para que se establezca la normativa respectiva, y en los Compromisos de Gestión de la CCSS; el realizar evaluaciones en las personas mayores que asisten a los Centros de Salud, para detectar el aislamiento social y la depresión, por ser factores de riesgo del abuso y/o abandono, así como para crear acciones que permitan disminuir estas condiciones.</p> <p>10. El Equipo Coordinador, debe crear la estrategia para fomentar, actividades y apoyar aquellas que promuevan la abolición de estereotipos hacia la mujer, y el envejecimiento, especialmente desde el Sistema Educativo.</p> <p>11. El Equipo Coordinador, debe crear la estrategia para trabajar concertadamente en la creación y difusión de todo tipo</p>			<p>9.1 Espacios de discusión y consenso, para el entendimiento de lo grave de la situación. -Normativa para prevenir y atender los factores de riesgo del abuso y/o abandono. -Introducción de las unidades de evaluación en los Compromisos de Gestión de los Centros de Salud, y en Programas de Salud Mental (Primero y segundo semestres) MP. 100%</p> <p>10.1 Un proyecto, que integre actividades de todo tipo, educativas de capacitación, de sensibilización, orientadas al tema de mujer y envejecimiento, que se realicen de manera permanente, todos los meses. (Primero y segundo semestres) MP. 100%</p> <p>11.1 Una propuesta coordinada para homogenizar el tipo de materiales necesarios y como difundirlo.</p>	
--	--	--	--	--	--

	de material informativo y educativo que promueva el envejecimiento activo y formas de combatir el abuso y/o abandono..			(Primero y segundo semestres) MP. 100% *Monitoreo y Auditoria Social (C.M.LP). Corto, mediano, largo plazo.	
--	---	--	--	---	--

Estrategia: Planteamiento de las acciones de Atención Integral del Abuso y/o Abandono

Resultados Esperados: 1. Disminuir la prevalencia, incidencia, recurrencia de situaciones de abuso y/o abandono y las consecuencias que las mismas tienen en la salud de las PAM.

2. Realizar una detección temprana de los casos de abuso y/o abandono y la identificación de las condiciones de riesgo para la atención efectiva y eficiente

3. Integrar en los Programas de las Instituciones que componen el Sistema PLANOVI, las actividades específicas que desde este modelo de atención integral se brinde a las PAM.

4. Crear una nueva respuesta social que coadyuve en la atención integral de las PAM a partir de la acción conjunta con los gobiernos locales, comunidad.

Auditoria Social: Período, Mediano y Largo Plazo

Variable Sustantiva	Actividades	Período de Ejecución	Recursos necesarios	Indicadores de Monitoreo y Auditoria Social Período. C M LP*	Corresponsabilidad
<p>Establecer los mecanismos de coordinación, que permitan integrar las acciones específicas de Atención Integral del abuso y/o abandono de las PAM, en los Programas de las Instituciones que integran el Sistema PLANOVI.</p> <p>Establecer los mecanismos de coordinación que permitan llevar a cabo un diagnóstico para conocer las debilidades en la atención integral de las personas adultas mayores en las redes existentes coordinadas por el Sistema PLANOVI, así como la normativa vigente.</p> <p>Fortalecer de acuerdo con los</p>	<p>1. Definir y crear una estructura funcional(informática y comunicacional) desde la cual se establezcan las acciones de coordinación de una manera sistemática y eficaz</p> <p>2. El Equipo Coordinador define la estrategia para ejercer un liderazgo en la Comisión de Seguimiento del PLANOVI, con el fin de que se integren las acciones específicas y sustantivas para brindar atención integral a las PAM abusadas; sensibilizando de la debilidad existente en esta área..</p>	<p>Primer y segundo semestre del 2005</p> <p>Durante el desarrollo del Programa</p>	<p>Humanos Un Director Ejecutivo del Programa Un Equipo Interdisciplinario, con funciones de coordinación y operativas Un coordinador general para la ejecución y seguimiento del Programa. Un Equipo de apoyo</p> <p>Materiales Los necesarios para el desarrollo de cada actividad y para el desarrollo de la parte administrativa y técnica del subprograma.</p> <p>Físicos Ubicación del espacio físico para el Equipo coordinador y operativo del Programa</p> <p>Económicos Basados en el presupuesto total y en el costo de las actividades de este subprograma</p>	<p>1.1 Una estructura funcional definida desde donde se establezcan, espacios y procesos de coordinación que deben realizarse. (Primero y segundo semestre). CP:100%</p> <p>2.1 Una estrategia de trabajo, con metas que propicien el apoyo de la Comisión, el acercamiento individual con las personas que integran dicha Comisión y con los actores sociales que ellas representan y que se encuentran en el nivel operativo.</p> <p>2.2 Lograr acuerdos y compromisos escritos, medibles y que puedan ser sometidos a auditorias, con las Instituciones y Programas que integran el Sistema PLANOVI; en a</p>	<p>CONAPAM (director-coordinador) Ministerio de Educación Ministerio de Salud CCSS Ministerio de Seguridad Pública Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Ministerio de Justicia Ministerio de Cultura Juventud y Deportes Ministerio de Vivienda Defensoría de los Habitantes IMAS INAMU Instituto Nacional de Aprendizaje IAFA JPS Cruzada de Protección al Anciano Organizaciones No Gubernamentales Estatales y no Estatales, Colegios Profesionales, Iglesias ICODER IDESPO Consejo nacional de Rehabilitación Consejo de Niñez y Adolescencia Clínicas Privadas Municipalidades</p>

<p>resultados del diagnóstico, el trabajo de las Redes existentes, que trabajan en VIF, en los aspectos sustantivos, para que brinden la atención requerida a las PAM, víctimas de abuso y/o abandono</p> <p>Generar las acciones necesarias para crear la Red Local de Atención Integral a la PAM Abusada y/o Abandonada, en coordinación con las Municipalidades, la comunidad, Instituciones Gubernamentales, no gubernamentales, Empresa Privada, teniendo como base el Marco del Código de la Vejez.</p> <p>Generar las acciones necesarias para crear los servicios de apoyo y establecimientos especializados para la atención del abuso</p>	<p>3. El Equipo Coordinador, gestiona el espacio y plantea la metodología para que en las sesiones del Consejo de la Persona Adulta Mayor, se deba conocer, discutir e informar, acerca de los avances y limitaciones que surjan en la implementación del Programa, para lo correspondiente.</p> <p>4. El Equipo Coordinador, de manera concertada, plantea las estrategias necesarias para llevar a cabo el diagnóstico que permita conocer las debilidades existentes en la atención del abuso a las PAM, en las Redes VIF y en los Centros de Salud, A CORTO PLAZO.</p> <p>5. El Equipo Coordinador informa, con el apoyo concertado de las instituciones que integran el Sistema PLANOVI, a las altas jerarquías de las instituciones, los resultados del Diagnóstico de Redes de Atención.</p> <p>5.1 El Equipo Coordinador gestiona, con el apoyo concertado de las instituciones que integran el Sistema</p>		<p>Institucionales Los logrados por medio de la coordinación interinstitucional establecida y acorde con las necesidades del subprograma</p>	<p>corto plazo. (Primero y segundo semestre). CP. 100%</p> <p>3.1 Contar con la representación de un miembro del Equipo Coordinador ante el Consejo, que logre acciones de apoyo. Contar con una metodología de acción que facilite el trabajo en el Consejo. (primer semestre) CP.100%</p> <p>4.1 Una propuesta para ser presentada ante las autoridades correspondientes, que contenga los elementos de justificación suficientes, para que se apruebe la realización de un diagnóstico, por contratación externa (primer semestre) CP. 100%</p> <p>5.1 El Informe Diagnóstico de Redes de Atención . CP. 100%</p> <p>5.2 Un Plan de Acción basado en el Diagnóstico, que contenga las directrices para fortalecer las áreas estratégicas, que permitan brindar a corto plazo una Atención Integral desde las Redes que atienden VIF y con la normativa adecuada.</p>	<p>Asociaciones FECRUNAPA Empresa Privada Organismos y Organizaciones Internacionales Grupos Organizados en las Comunidades Universidad para la Paz Fundación Arias para la Paz, Instituto Wem Centros Educativos, Públicos y Privados</p>
---	---	--	---	---	--

	<p>PLANOVI y otras Redes Sociales; la voluntad política para implementar las estrategias y acciones que permitan brindar una atención integral a las PAM afectadas por el abuso y/o abandono desde las Redes que atienden VIF, en los Centros de Salud, con la prioridad y la coordinación que requiere la situación.</p> <p>5.2 El Equipo Coordinador gestiona, con el Área de Violencia de Género y el apoyo del Sistema PLANOVI, la creación de servicios de emergencia para atender a las PAM en condición de abuso y/o abandono</p> <p>5.3 El Equipo Coordinador gestiona la realización de un inventario de opciones y recursos de apoyo</p>			<p>CP. 100%</p> <p>5.3 La estrategia para lograr el apoyo de las Jerarquías en los referente a la implementación del Plan de Acción, para atender el abuso a las PAM, desde las Redes VIF.</p> <p>5.4 Áreas estratégicas definidas, en cada Institución y Programa, para facilitar la coordinación y la implementación de las acciones (Primer semestre)</p> <p>CP. 100%</p> <p>5.5 Servicios de emergencia, con sus respectivos centros de llamadas, atención inmediata por personal debidamente entrenado y albergues (Primero y segundo semestres)</p> <p>CP. 100%</p> <p>5.6 Un inventario de opciones y recursos de apoyo que puedan ser utilizadas por los equipos y Redes de atención (Primero y segundo semestres)</p> <p>CP. 100%</p>	
	<p>6. El Equipo Coordinador, en un trabajo concertado, establece las acciones a desarrollar para impulsar la revisión de la normativa vigente en lo referente a la atención del abuso de las PAM, en los diferentes Programas Institucionales; con el fin de adecuarla y estandarizarla a las necesidades de la población mayor.</p>			<p>6.1 Un Plan de acción que permita revisar la normativa vigente en la Atención Integral de las PAM abusadas. .Contar con un Sistema Nacional de Detección de VIF .Contar con mecanismos de detección de referencia y contrarreferencia.</p>	

	<p>7. El Equipo Coordinador establece las directrices que van a permitir diseñar un proyecto de acción conjunta para crear las Redes Locales de Atención Integral que funcionaran en las Municipalidades.</p> <p>7.1 El Equipo Coordinador establece en coordinación con las instituciones involucradas, las directrices para la creación de un plan que garantice la intervención policial oportuna, con niveles de respuesta para la población mayor.</p> <p>7.2 El Equipo Coordinador, coordina las acciones necesarias, para que se realice un "Mapa Social" sobre la situación actual de las regiones del país, en cuanto a cobertura de programas de atención a las PAM, reporte de denuncias</p>			<p>6.2 De acuerdo con los resultados de las acciones generadas en torno a la revisión de la normativa, proponer nuevas directrices que permitan reestructurar el sistema actual de detección con el fin de que la misma se realice oportunamente y se agilicen los mecanismos de Atención Integral de las PAM abusadas y/o abandonadas. Y con el apoyo de expertos en la materia. (Primer semestre). CP. 100%</p> <p>7.1 Un Proyecto que implemente el trabajo de las Redes Locales de Atención Integral al Abuso y/o abandono, en los Municipios (primero y segundo semestre) CP. 100%</p> <p>7.1.1 Un plan que garantice, capacitación, e intervenciones oportunas del sistema policial, con diferentes niveles de respuesta para las PAM. (primero y segundo semestre) CP. 100%</p> <p>7.2.1 Un Mapa Social, que de una lectura oportuna de las necesidades y riesgos de las PAM. (primero y segundo semestre) CP. 100%</p>	
--	---	--	--	--	--

	<p>8. El Equipo Coordinador con el apoyo de expertos diseña el Marco Normativo del Funcionamiento (perfiles del Recurso Humano, el nivel de coordinación, las funciones de los equipos) de las Redes Locales de Atención Integral del Abuso y Abandono de las PAM.</p> <p>9. El Equipo Coordinador establece los mecanismos necesarios para integrar las funciones que deben realizar las Redes Locales con las Redes de Atención de la VIF y con el Sistema Nacional de Apoyo Integral de los Derechos de la Persona Adulta Mayor</p> <p>10. Los Equipos de Trabajo que coordinan el Programa, los que integran las Redes Locales, las Redes de Atención VIF y en general quienes participen en la implementación del mismo, deben ser debidamente capacitados, sensibilizados en todos los aspectos relativos al envejecimiento y al abuso y/o abandono de las PAM.</p> <p>10.1 Crear los niveles</p>			<p>8.1 El Marco Normativo del Funcionamiento de las Redes Locales de Atención Integral del Abuso y Abandono de las PAM, desde las cuales se genere una atención especializada y una articulación con las diferentes instancias.. (Primero y segundo semestre) CP. 100%</p> <p>9.1 Un Plan de Acción con la metodología que permita proponer un Marco Normativo de coordinación, con metas estratégicas comúnmente establecidas entre las diferentes estructuras, con el correspondiente sistema de monitores y Auditoria Social y niveles de encuentro . (Primero y segundo semestre) CP. 100%</p> <p>10.1 Un Proyecto de Capacitación con el apoyo interinstitucional que pueda brindar permanentemente la capacitación a quienes trabajan con la Población Mayor, en especial con quienes son afectadas por el abuso y/o abandono.</p> <p>10.2 Propuestas de coordinación con aquellas áreas que sean estratégicas para brindar una</p>	
--	---	--	--	---	--

	<p>de coordinación para fortalecer y brindar capacitación en áreas sustantivas de apoyo, como lo son los Juzgados Especializados en VIF, y Fiscalía Especializada en Delitos Sexuales, entre otras.</p> <p>10.2 Reforzar con capacitación y acciones las Contralorías de Servicios de las instituciones, para lo que corresponda</p> <p>11. El Equipo Coordinador establece los mecanismos estratégicos para proponer cambios, y establecer alianzas que permitan contar con Servicios de Apoyo en las Instituciones de Bienestar Social, para contar con una infraestructura básica que apoye y atienda aquellas PAM, que requieran reubicación temporal o permanente.</p>			<p>atención adecuada y oportuna a las PAM que sufren de abuso y/o abandono.</p> <p>11.1 Un Proyecto que contenga las directrices para lograr a corto plazo alianzas estratégicas con quienes dirigen las Instituciones de Bienestar Social, que puedan producir los cambios necesarios para que haya una infraestructura permisiva y conocedora de las necesidades del grupo de PAM en condición de abuso y/o abandono, y con la cual las Redes puedan contar, para complementar la Atención Integral.</p> <p>11.2 Readecuar los convenios con las instituciones de Bienestar Social</p> <p>11.3 Formación de albergues, lugares de acogimiento regulados en los cuales se brinde intervención y seguridad a las PAM.</p> <p>11.4 Reglamentos elaborados (Primero y segundo semestre)</p> <p>CP. 100%</p>	
--	---	--	--	--	--

	<p>12. El Equipo Coordinador, plantea la necesidad ante diferentes instancias, de fortalecer los Equipos que laboran en las Instituciones de Bienestar Social, para que trabajen en la Atención Integral del abuso y/o abandono de las PAM, al interior de las instituciones y en la comunidad.</p>			<p>12.1 Un Informe Diagnóstico de las debilidades y necesidades, fortalezas y oportunidades de los Equipos que trabajan en las Instituciones de Bienestar Social. 12.2 Con base en el anterior informe, realizar un Plan de Acción en conjunto con funcionarios de estas instituciones para solicitar a las autoridades respectivas el fortalecimiento de estos Equipos que funcionarían como monitores. (Primero, segundo tercer semestre) CP, MP. 100%</p>	
	<p>13. El Equipo Coordinador, define las estrategias y acciones necesarias y las plantea ante las autoridades correspondientes, para establecer la prioridad de crear servicios y establecimientos especializados, para la atención del abuso en las PAM, así como para las personas ofensoras cuando se trate de personas mayores también y/o sus cuidadores familiares.</p>			<p>13.1 Un Plan de Acción que sea estratégicamente negociado con autoridades de alto nivel de decisión y que establezca prioridades para contar a mediano plazo con estos servicios. (Primero, segundo y tercer, semestre) CP. 100%</p>	
	<p>14. El Equipo Coordinador, define las estrategias y acciones necesarias y las plantea ante las autoridades correspondientes, para establecer la prioridad de crear servicios a nivel local, de atención</p>			<p>14.1 Un Plan de Acción que sea estratégicamente negociado con autoridades de alto nivel de decisión y que establezca prioridades para contar a mediano plazo con estos</p>	

	<p>a domicilio; de apoyo técnico y material para las familias que brindan cuidados de largo plazo; e informativos, entre otros.</p> <p>15. El Equipo Coordinador, plantea estrategias y establece acciones concertadas para promover campañas de sensibilización, educación y divulgación, con el fin de dar a conocer las medidas de atención integral y la ruta de esta atención a la población en general y especialmente a las PAM.</p> <p>16. El Equipo Coordinador, plantea los mecanismos para promover la participación social de las PAM en el proceso que se inicia con la implementación del Programa, desde el nivel local y con el apoyo del Sistema Nacional de Apoyo Integral de los Derechos de la Persona Adulta Mayor. Para mantenerla informada. Para realizar consultas en lo referente a los servicios que se le prestan.</p>			<p>servicios de apoyo. (Primero, segundo y tercer semestre) CP. 100%</p> <p>15.1 Un Proyecto con las acciones estratégicas para promover permanentemente la promoción, la divulgación de medidas y rutas de atención a la población en general. (Primero y segundo semestre) CP. 100%</p> <p>16.1 Un Proyecto de acción con la metodología adecuada, que promueva la Participación Social de las PAM, en el proceso de implementación y Auditoría Social del Programa. 16.2 Un Sistema de Información eficiente dirigido a las PAM. 16.3 Un Sistema de Auditoría Social que permita establecer periódicamente la satisfacción de las PAM con los servicios recibidos. 16.4 Un Plan de Acción que sea estratégicamente negociado con autoridades de alto nivel de decisión y que establezca prioridades para contar a mediano plazo con estos servicios. (Primero, segundo y tercer semestre)</p>	
--	--	--	--	---	--

				CP. 100% *Monitoreo y Auditoria Social (C.M.LP). Corto, mediano, largo plazo.	
--	--	--	--	--	--

Subprograma: Investigación y Desarrollo

Estrategia: Creación de la estructura idónea para que la investigación sea el área medular para el desarrollo de políticas y acciones

Resultado Esperado: Contar con una estructura desde la cual se gestionen las acciones tendientes a desarrollar la investigación sistemática del abuso en todas sus formas, el abandono y la situación actual de la familia, en coordinación con entidades nacionales e internacionales.

Auditoria Social: Período, Mediano y Largo Plazo

Variable Sustantiva	Actividades	Período de Ejecución	Recursos Necesarios	Indicadores de Monitoreo y Auditoria Social Período. C M LP*	Corresponsabilida
Fomentar y apoyar la investigación sistemática e interdisciplinaria, para conocer las causas, naturaleza, magnitud, gravedad y consecuencias de todas las formas de abuso en contra de las PAM.	1. El Equipo Coordinador establece la corresponsabilidad de manera concertada con las diversas instituciones, para establecer las estrategias prioritarias sobre las cuales trabajaran, en esta área sustantiva.	Primer y segundo semestre del 2005 y Durante la implementación del Programa	Humanos Un Director Ejecutivo del Programa Un Equipo Interdisciplinario, con funciones de coordinación y operativas Un coordinador general para la ejecución y seguimiento del Programa. Un Equipo de Apoyo, a nivel interno y externo.	1.1 Un Proyecto desde el cual se gestionen las acciones necesarias, que permitan con el apoyo de diferentes ámbitos, incentivar la investigación en temas sustantivos para el conocimiento de los problemas que se presentan con el envejecimiento. semestres). MP. 100%	CONAPAM (director-coordinador) Ministerio de Educación Ministerio de Salud CCSS Ministerio de Seguridad Pública Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Ministerio de Justicia Ministerio de Cultura Juventud y Deportes Ministerio de Vivienda Defensoría de los Habitantes IMAS
Fomentar y apoyar la investigación sistemática e interdisciplinaria para tener los insumos necesarios para plantear tratamientos, sistemas de apoyo de acuerdo con las necesidades de las PAM en condición de abuso y/o abandono.	2. El Equipo Coordinador establece las directrices para lograr que se lleve a cabo una investigación a nivel nacional acerca del abuso de las PAM.		Materiales Los necesarios para el desarrollo de cada actividad y para el desarrollo de la parte administrativa y técnica del subprograma. Físicos Ubicación del espacio físico para el Equipo coordinador y operativo del Programa Económicos Basados en el presupuesto total y en el costo de las actividades de este subprograma	2.1 Una investigación que brinde datos de prevalencia y mayor conocimiento acerca del problema, en diferentes Regiones del país. (Primero y segundo semestres) MP. 100%	INAMU Instituto Nacional de Aprendizaje IAFA JPS Cruzada de Protección al Anciano Organizaciones No Gubernamentales Universidades Estatales y no Estatales, Colegios Profesionales, Iglesias ICODER IDESPO Consejo nacional de Rehabilitación Consejo de Niñez y Adolescencia Clínicas Privadas Municipalidades Asociaciones FECRUNAPA Empresa Privada Organismos y Organizaciones Internacionales Grupos Organizados en las Comunidades
Brindar apoyo y crear los espacios necesarios para dar una amplia difusión a las conclusiones de	3. El Equipo Coordinador direcciona la coordinación para lograr que en las Encuestas Nacionales referentes a temas de salud o de calidad de vida, se consulte acerca de temas relativos al abuso de las personas mayores y en cuanto al bienestar que obtienen en su grupo familiar.		Institucionales Los logrados por medio de la coordinación interinstitucional	3.1 Respuestas afirmativas de instituciones y organizaciones ante esta gestión. (Primero y segundo semestres) MP. 100%	

<p>conclusiones de las investigaciones y estudios que surjan, con el propósito de que sean adecuadamente utilizados.</p>	<p>4. El Equipo Coordinador, establece las directrices necesarias para lograr crear una base de datos electrónica y un Sistema de Información Central, que permitan llevar datos de las investigaciones que en temas de vejes, familia, el problema del abuso y otros relacionados con las PAM, se lleven a cabo</p> <p>5. El Equipo Coordinador, plantea de manera concertada con las instituciones involucradas, un sistema de trabajo que permita crear una cultura de difusión de la información obtenida, por medios como foros, seminarios, talleres, que a la vez fomente la interacción de diferentes grupos en busca de alternativas de solución.</p> <p>6. El Equipo Coordinador, definirá la estrategia para lograr integrar, el conocimiento adquirido en la investigación, la enseñanza y la acción, por medio de las bases de datos y los encuentros de concertación</p> <p>7. El Equipo</p>		<p>interinstitucional establecida y acuerdos con las necesidades del subprograma</p>	<p>4.1 Una base de datos electrónica y el Sistema de Información Central vigentes. (Primero, segundo y tercer semestres) MP. 100%</p> <p>5.1 Un Plan de acción que integre los esfuerzos interinstitucionales para fomentar este tipo de actividades. (Primero, segundo, y tercer semestres). MP. 100%</p> <p>6.1 Una propuesta en esta dirección ante diferentes foros universitarios, en las instituciones que deben desarrollar Programas de acción e instancias interesadas. (Primero, segundo y tercer semestres) MP. 100%</p>	<p>en las Comunidades Universidad para la Paz Fundación Arias para la Paz, Instituto Wem Centros Educativos, Públicos y Privados</p>
--	--	--	--	--	--

	<p>Coordinador plantea la estrategia para que autoridades con poder de decisión, conformen una Fundación que permita recibir fondos y establecer contactos con entidades extranjeras, para facilitar y enriquecer el campo de la investigación y la docencia.</p>			<p>7.1 Una Fundación con fines de desarrollo de la investigación en el campo relativo a las PAM, especialmente en el tema del abuso. (Primero, segundo y tercer semestres) M, LP. 100%</p> <p>*Monitoreo y Auditoria Social, (C.M.LP). Corto, mediano, largo plazo.</p>	
--	---	--	--	--	--

Subprograma: Capacitación

Estrategia: Creación y fortalecimiento de la estructura que permita que la capacitación se constituya en un eje que transverse las áreas sustantivas del Programa y llegue a diferentes Escenarios Sociales.

Resultado Esperado: Contar con espacios permanentes y proyectos sistemáticos de sensibilización, educación, capacitación en diferentes ámbitos de la sociedad, en especial los que tienen que ver con la formación del Recurso Humano, para que se brinde el conocimiento en lo concerniente al envejecimiento, los dilemas que se producen en los Escenarios Sociales, que afectan a la población adulta mayor y como atenderlos. Fortalecer las acciones de prevención y el conocimiento de factores de riesgo.

Auditoria Social: Período, Mediano y Largo Plazo

Variable Sustantiva	Actividades	Período de Ejecución	Recursos Necesarios	Indicadores de Monitoreo y Auditoria Social Período. C M LP*	Corresponsabilida
Incidir para que en los programas de capacitación continua dirigidos a las y los funcionarios del área de salud y de servicios sociales, se introduzcan ejes temáticos que les prepare para brindar asesoría y guía a las personas en el proceso de envejecimiento; acerca de estilos de vida saludable, fortalecimiento de las redes próximas, calidad de vida, la situación de abuso y/o abandono, del cuidado de la propia salud y de la de las personas mayores	<p>1. El Equipo Coordinador establece la corresponsabilidad de manera concertada con las diversas instituciones, para establecer las estrategias prioritarias sobre las cuales trabajaran, en esta área sustantiva.</p> <p>2. El Equipo Coordinador establece las directrices para lograr que se desarrollen metodologías propias y actividades de sensibilización, capacitación y educación, a funcionarias(os), que laboran en Instituciones Públicas y de Bienestar Social, no Gubernamentales, líderes comunitarios y otros sectores.</p>	Primer y segundo semestre del 2005 y Durante la implementación del Programa	<p>Humanos Un Director del Programa Un Equipo Interdisciplinario, con funciones de coordinación y operativas Un coordinador general para la ejecución y seguimiento del Programa. Un Equipo de Apoyo, a nivel interno y externo.</p> <p>Materiales Los necesarios para el desarrollo de cada actividad y para el desarrollo de la parte administrativa y técnica del subprograma.</p> <p>Físicos Ubicación del espacio físico para el Equipo coordinador y operativo del Programa</p> <p>Económicos Basados en el presupuesto total y en el costo de las actividades de este subprograma</p>	<p>1.1 Un Proyecto desde el cual se gestionen las acciones necesarias, que permitan, con el apoyo de diferentes ámbitos institucionales, incentivar la capacitación en temas sustantivos para el conocimiento de los dilemas que se presentan con el envejecimiento. (Primero y segundo, semestres). MP. 100%</p> <p>2.1 Una adecuada coordinación y comunicación, con diferentes sectores.</p> <p>2.2 Acciones de sensibilización a los niveles jerárquicos para lograr el apoyo correspondiente.</p> <p>2.3 Un proyectolan de Acción que permita guiar para la preparación de personal que pueda fungir posteriormente como replicador del aprendizaje, con una actualización permanente</p>	<p>CONAPAM (director-coordinador) de Educación Ministerio de Salud CCSS Ministerio de Seguridad Pública Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Ministerio de Justicia Ministerio de Cultura Juventud y Deportes Ministerio de Vivienda Defensoría de los Habitantes IMAS INAMU Instituto Nacional de Aprendizaje IAFA JPS Cruzada de Protección al Anciano Organizaciones No Gubernamentales Universidades Estatales y no Estatales, Colegios Profesionales, Iglesias ICODER IDESPO Consejo nacional de Rehabilitación Consejo de Niñez y Adolescencia Clínicas Privadas Municipalidades Asociaciones FEGRUNAPA Empresa Privada</p>

	<p>3. El Equipo Coordinador define las áreas sensitivas, para trabajar concertadamente con las instituciones involucradas, en diferentes materiales como guías que prevengan e informen acerca de cómo se identifica el abuso y/o abandono de las PAM y que hacer cuando se detecta, de normativas que puedan ser utilizadas en Instituciones de Bienestar Social, y en otras áreas.</p> <p>4. El Equipo Coordinador, establece las directrices para coordinar, con el Ministerio de Educación y Centros de Enseñanza Públicos y Privados, para que se logre con las diferentes actividades, el fortalecimiento de todos aquellos valores que al estar ausentes, o no considerarse afectan la vida de relación de las personas, especialmente en correspondencia con el envejecimiento y</p>		<p>Institucionales Los logrados por medio de la coordinación interinstitucional establecida y acuerdos con las necesidades del subprograma</p>	<p>2.4 Preparar profesionales en terapia familiar con énfasis en abuso y envejecimiento. (Primero y segundo semestres) MP. 100%</p> <p>3.1 Respuestas afirmativas de instituciones y organizaciones ante esta gestión.</p> <p>3.2 Un equipo de especialistas (editores) que sea responsable de crear y editar materiales que constantemente sean distribuidos y actualizados.</p> <p>3.3 Un financiamiento permanente, proveniente de las diferentes organizaciones, manejado por el CONAPAM, para destinar a crear materiales didácticos.</p> <p>3.4 Materiales elaborados y sus respectivos perfiles. (Primero, segundo y tercer semestres) MP. 100%</p> <p>4.1 Una base de datos electrónica y el Sistema de Información Central. (Primero, segundo y tercer semestres) MP. 100%</p>	<p>Organismos y Organizaciones Internacionales Grupos Organizados en las Comunidades Universidad para la Paz Fundación Arias para la Paz, Instituto Wem Centros Educativos, Públicos y Privados</p>
--	--	--	---	--	---

	<p>con las personas de edad</p> <p>5. El Equipo Coordinador, apoya las iniciativas y fomenta la creación de actividades que tengan como objetivo visibilizar el abuso y/o abandono que afectan a las PAM, en los servicios de salud, iglesias, comités pro-derechos entre otros.</p> <p>6. El Equipo Coordinador, definirá la estrategia para estimular y apoyar eventos y movilizaciones sociales por la paz y la superación de la VIF.</p> <p>7. El Equipo Coordinador plantea la estrategia para que autoridades con poder de decisión, apoyen la iniciativa de crear una base de datos electrónica y un Sistema de Información Central , con información que sirva de base a la capacitación continua y que a la vez se nutra de toda actividad educativa.</p> <p>8. El Equipo Coordinador, plantea acciones que sirvan para apoyar y fortalecer todo lo relativo a la Vigilancia Epidemiológica en materia de envejecimiento, abuso y/o abandono y en la creación de</p>			<p>5.1 Una directriz clara en como llevar a cabo esta actividad.</p> <p>5.2 Resultados obtenidos. (segundo, y tercer semestres). MP. 100%</p> <p>6.1 Una directriz clara en como llevar a cabo esta actividad</p> <p>6.2 Resultados obtenidos. (Primero, segundo y tercer semestres) MP. 100%</p> <p>7.1 Base de datos y el Sistema de Información Central operando. (Primero, segundo y tercer semestres) M, LP. 100%</p> <p>8.1 Los resultados de estas acciones en el corto y mediano plazo y el aprovechamiento de esta información. (Primero, segundo y tercer semestres) M, LP. 100%</p>	
--	---	--	--	--	--

	<p>sistemas de registro en los servicios de atención del abuso y/o abandono.</p> <p>9. El Equipo Coordinador, plantea las estrategias para incentivar y fortalecer toda acción de promoción, prevención que se pueda integrar en los Programas dirigidos a niñez. Adolescencia, Mujer, Adulto, PAM de Salud Mental, con respecto al abuso y/o abandono de las PAM, y el envejecimiento activo.</p>			<p>9.1 Acciones concretas y los resultados de las mismas en un corto y mediano plazo.</p> <p>(Primero, segundo y tercer semestres) M, LP. 100%</p> <p>*Monitoreo y Auditoria Social, (C.M.LP). Corto, mediano, largo plazo.</p>	
--	---	--	--	--	--

Subprograma: Mercadotecnia

Estrategia: Implementación del Mercadeo Social del Programa

Resultado Esperado: Compromisos Interinstitucionales que coadyuven para que el Programa sea implementado en todas sus áreas y sus acciones sean eficaces, se logren los cambios necesarios, en procura de lograr el mayor bienestar de las Personas Adultas Mayores, especialmente la erradicación del abuso y/o abandono contra ellas.

Auditoria Social: Período, Mediano y Largo Plazo

Variable Sustantiva	Actividades	Período de Ejecución	Recursos Necesarios	Indicadores de Monitoreo y Auditoria Social Período. C M LP*	Corresponsabilida
<p>Concertar espacios en todas las instancias en las que el Programa deba ser acreditado, para lograr el máximo apoyo en el desarrollo de las áreas sustantivas.</p> <p>Establecer los mecanismos de corresponsabilidad en las acciones que se concierten y acrediten para ser implementadas, desde las áreas sustantivas del Programa</p>	<p>1. Formular un módulo que integre la áreas sustantivas del Programa, con el fin de que el mismo pueda ser presentado ante las jerarquías e instancias con el fin de que se genere una retroalimentación y el apoyo al mismo.</p> <p>2. El Equipo Coordinador establece las directrices para lograr que se establezcan los mecanismos de corresponsabilidad, para el desarrollo concertado de las áreas sustantivas del Programa .</p> <p>3. El Equipo Coordinador, establece las directrices para generar una discusión en los</p>	<p>Primer y segundo semestre del 2005 y Durante la implementación del Programa</p>	<p>Humanos Un Director Ejecutivo del Programa Un Equipo Interdisciplinario, con funciones de coordinación y operativas Un coordinador general para la ejecución y seguimiento del Programa. Un Equipo de Apoyo, a nivel interno y externo.</p> <p>Materiales Los necesarios para el desarrollo de cada actividad y para el desarrollo de la parte administrativa y técnica del subprograma.</p> <p>Físicos Ubicación del espacio físico para el Equipo coordinador y operativo del Programa</p> <p>Económicos Basados en el presupuesto total y en el costo de las actividades de este subprograma</p> <p>Institucionales Los logrados por medio de la coordinación interinstitucional</p>	<p>1.1 Un Módulo Estratégico y Didáctico con el contenido sustantivo del Programa. 1.2 Una adecuada coordinación y comunicación, con los diferentes sectores. para lograr los espacios necesarios en que se deba acreditar el Programa 1.3 El apoyo correspondiente del Consejo de la Persona Adulta Mayor, en la presentación del Programa ante las altas autoridades del Gobierno. (Primero y segundo semestres) MP. 100%</p> <p>2. Mecanismos establecidos . 2.1 Compromisos establecidos y formalizados, en las diferentes áreas del Programa. (Primero y segundo semestres) MP. 100%</p> <p>3.1. Resultados de estas acciones, medibles en actividades llevadas a cabo en los diferentes escenarios</p>	<p>CONAPAM (director-coordinador) Ministerio de Educación Ministerio de Salud CCSS Ministerio de Seguridad Pública Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Ministerio de Justicia Ministerio de Cultura Juventud y Deportes Ministerio de Vivienda Defensoría de los Habitantes IMAS INAMU Instituto Nacional de Aprendizaje IAFA JPS Cruzada de Protección al Anciano Organizaciones No Gubernamentales Universidades Estatales y no Estatales, Colegios Profesionales, Iglesias ICODER IDESPO Consejo nacional de Rehabilitación Consejo de Niñez y Adolescencia Clínicas Privadas Municipalidades Asociaciones FEGRUNAPA Empresa Privada Organismos y Organizaciones Internacionales Grupos Organizados en las Comunidades</p>

	<p>diferentes escenarios sociales, con el fin de generar una voluntad de acción colectiva como respuesta al abuso y/o abandono de las PAM.</p> <p>4. El Equipo Coordinador, dará prioridad a los espacios de discusión y análisis de los objetivos del Programa a las Asociaciones de Pensionados y otros grupos organizados de PAM.</p>		<p>interinstitucional establecida y acuerdos con las necesidades del subprograma</p>	<p>diferentes escenarios sociales. (Primero, segundo y tercer semestres) MP. 100%</p> <p>4.1 Número de actividades realizadas con este propósito. (Primero y segundo semestres) MP. 100%</p> <p>*Monitoreo y Auditoria Social, (C.M.LP). Corto, mediano, largo plazo.</p>	<p>en las Comunidades Universidad para la Paz Fundación Arias para la Paz, Instituto Wem Centros Educativos, Públicos y Privados</p>
--	---	--	--	---	--

Subprograma: Auditoria Social

Estrategia: Control de Calidad del Programa

Resultado Esperado: Proporcionar servicios de alta calidad, producir los beneficios esperados, evitar el desperdicio de recursos, la desconfianza en las y los usuarios y la desmotivación en los funcionarios que prestan los servicios.

Auditoria Social: Período, Mediano y Largo Plazo

Variable Sustantiva	Actividades	Período de Ejecución	Recursos Necesarios	Indicadores de Monitoreo y Auditoria Social Período. C M LP*	Corresponsabilidad
<p>Orientar el Programa en los Procesos de Mejoramiento Continuo de la Calidad de los servicios, que desde su gestión se presten a la población de personas adultas mayores.</p> <p>Que sea el Proceso de Mejoramiento Continuo de la calidad un eje que transverse el desarrollo de las etapas de implementación, el monitoreo y la auditoria social.</p> <p>Que durante todo el proceso, se construya una cultura, que considere a las PAM, como aliadas y coparticipes, facultadas e informadas, capaces de tomar decisiones efectivas y de cumplir con las responsabilidades, en especial en lo que tiene que ver con la prevención y atención del abuso y/o abandono</p>	<p>1. Instaurar desde el proceso de formulación e implementación del Programa los principios de la Calidad. Un proceso creativo, conocimiento de lo que se hace, flexibilidad, mística y motivación</p> <p>2. El Equipo Coordinador con el apoyo de asesoría externa construye los indicadores de calidad, lo cual va a permitir identificar las áreas críticas del Programa; también los estándares e indicadores de proceso para verificar la unidad de los servicios que desde él se prestan.</p> <p>3. El Equipo Coordinador, establece con el apoyo de asesoría externa, las directrices para generar una propuesta que incluya la</p>	<p>Primer y segundo semestre del 2005 y Durante la implementación del Programa</p>	<p>Humanos Un Director Ejecutivo del Programa Un Equipo Interdisciplinario, con funciones de coordinación y operativas Un coordinador general para la ejecución y seguimiento del Programa. Un Equipo de Apoyo, a nivel interno y externo.</p> <p>Materiales Los necesarios para el desarrollo de cada actividad y para el desarrollo de la parte administrativa y técnica del subprograma.</p> <p>Físicos Ubicación del espacio físico para el Equipo coordinador y operativo del Programa</p> <p>Económicos Basados en el presupuesto total y en el costo de las actividades de este subprograma</p> <p>Institucionales Los logrados por medio de la coordinación interinstitucional establecida y acordada con las</p>	<p>1.1 La ayuda externa de profesionales expertos en el área de calidad, que con la supervisión del Equipo Coordinador, diseñen todo lo relativo al mejoramiento continuo y control de la calidad de los servicios que desde el Programa se vayan a impulsar. (Primero y segundo semestres) MP. 100%</p> <p>2.. La ayuda externa de profesionales expertos en el área de calidad, que con la supervisión del Equipo coordinador diseñen todo lo relativo al mejoramiento continuo y control de la calidad de los servicios que desde el Programa se vayan a impulsar (Primero y segundo semestres) MP. 100%</p> <p>3.1. El apoyo externo de un equipo de expertos en el tema que en el corto plazo diseñen e implementen un Programa de capacitación en todo lo referente al</p>	<p>CONAPAM (director-coordinador) Ministerio de Educación Ministerio de Salud CCSS Ministerio de Seguridad Pública Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Ministerio de Justicia Ministerio de Cultura Juventud y Deportes Ministerio de Vivienda Defensoría de los Habitantes IMAS INAMU Instituto Nacional de Aprendizaje IAFA JPS Cruzada de Protección al Anciano Organizaciones No Gubernamentales Universidades Estatales y no Estatales, Colegios Profesionales, Iglesias ICODER IDESPO Consejo nacional de Rehabilitación Consejo de Niñez y Adolescencia Clínicas Privadas Municipalidades Asociaciones FEGRUNAPA Empresa Privada Organismos y Organizaciones Internacionales Grupos Organizados en las Comunidades Universidad para la Paz</p>

<p>abandono.</p> <p>Las acciones estratégicas de mejoramiento continuo de la calidad deben darse sujetas a la renegociación.</p> <p>El trabajo en equipo y el intercambio de experiencias son elementos clave para fortalecer el Programa desde el criterio de calidad</p>	<p>capacitación a las y los funcionarios que trabajen en la atención integral del abuso, para que las PAM a quienes se dirijan los servicios sean tratadas como clientes, en ejercicio de sus derechos y deberes y conocedores de los mismos.</p> <p>4. El Equipo Coordinador, dará prioridad a los espacios de discusión y análisis de los objetivos del Programa a las Asociaciones de Pensionados y otros grupos organizados de PAM en la comunidad, con lo cual se logre que haya una real participación.</p> <p>5. El Equipo Coordinador, con la asesoría externa, aplicará métodos de acreditación y certificación, con lo cual se de seguridad y difusión de la calidad a los servicios que se brinden desde las áreas del Programa.</p> <p>6. El Equipo Coordinador, con el apoyo de la asesoría externa, diseñe, instrumentos que permitan identificar las</p>		<p>acordes con las necesidades del subprograma</p>	<p>lo referente al mejoramiento y control continuos de la calidad. (Primero, segundo y tercer semestres) MP. 100%</p> <p>4.1 Un proyecto con las acciones necesarias para lograr la participación social de los grupos organizados de PAM, en todos los ámbitos. (Primero y segundo semestres) MP. 100%</p> <p>5.1 Métodos de acreditación y certificación creados y en aplicación (Primero y segundo semestres) MP. 100%</p> <p>6.1 Instrumentos diseñados y con una normativa de uso, para que se tenga una retroalimentación constante del proceso de prestación de servicios.</p>	<p>Paz Fundación Arias para la Paz, Instituto Wem Centros Educativos, Públicos y Privados</p>
--	--	--	--	---	---

	<p>expectativas de las PAM, en cuanto a los servicios que reciben.</p> <p>7. El Equipo Coordinador, debe reconocer: *donde se está *donde se quiere estar *como llegar a donde se quiere estar</p> <p>8. El Equipo Coordinador, debe diseñar las estrategias que permitan, buscar las alianzas correspondientes, para que tanto coordinadores y directores del Programa como las y los funcionarios operativos, estén debidamente entrenadas en los procesos de mejoramiento continuo de la calidad.</p> <p>9. El Equipo Coordinador, debe buscar las alianzas para que las acciones del Programa se dirijan a lograr la satisfacción de las necesidades de las PAM, sus familias, incluyendo la oportunidad y la equidad en la prestación de los servicios</p>			<p>(Primero y segundo semestres) MP. 100%</p> <p>7.1 Actividades que desde el inicio de la etapa de implementación del Programa, permitan hacer ejercicios y tener una respuesta a las preguntas de la actividad siete, con lo cual se asegure el éxito del Programa. (Primero y segundo semestres) MP. 100%</p> <p>8.1 Entrenamiento recibido en un corto plazo y periódicamente. (Primero y segundo semestres) MP. 100%</p> <p>9.1 Estrategias elaboradas con el apoyo de la asesoría externa en un corto plazo. (Primero y segundo semestres) MP. 100%</p> <p>*Monitoreo y Auditoria Social, (C.M.LP). Corto, mediano, largo plazo.</p>	
--	---	--	--	---	--

Subprograma: Auditoria Social

Estrategia: Mecanismos de Auditoria Social y de Seguimiento del Programa

Resultado Esperado: Un proceso de Auditoria Social permanente y sistemático desde la fase de formulación y en toda la de implementación del Programa, desde dos etapas la formativa y la sumativa, con el concurso disciplinar interno y externo, a fin de tomar las decisiones pertinentes en todo momento.

Auditoria Social: Período, Mediano y Largo Plazo

Variable Sustantiva	Actividades	Período de Ejecución	Recursos Necesarios	Indicadores de Monitoreo y Auditoria Social Período. C M LP*	Corresponsabilidad
<p>Procesar las decisiones políticas y las estrategias implementadas en el Programa, auditorando la eficacia y efectividad de las mismas, con el concurso interdisciplinario.</p> <p>Considerar que la auditoria social debe llevarse a cabo considerando, valores del Programa, como la pertenencia, la suficiencia, el progreso, la eficacia, la eficiencia, los efectos y su evaluabilidad.</p> <p>Considerar que la auditoria social del Programa debe contener la información sobre necesidades, objetivos y metas del mismo, recogidas desde las fuentes de información</p>	<p>1. El Equipo Coordinador, con el apoyo de asesoría externa implementa las etapas formativa(de seguimiento o de proceso de las acciones del Programa; y sumativa(auditoria de resultados o de impacto, para mejorar y perfeccionar las áreas estratégicas del mismo</p> <p>2. El Equipo Coordinador, plantea las estrategias con el apoyo de asesoría externa, de cómo llevar a cabo el proceso de auditoria social formativa, con la metodología interdisciplinaria "desde Dentro" para incidir en las áreas del Programa.</p> <p>3. El Equipo Coordinador, establece con el apoyo de asesoría externa las directrices para llevara a cabo el proceso de Auditoria Social sumativa, con la metodología</p>	<p>Primer y segundo semestre del 2005 y Durante la implementación del Programa</p>	<p>Humanos Un Director Ejecutivo del Programa Un Equipo Interdisciplinario, con funciones de coordinación y operativas Un coordinador general para la ejecución y seguimiento del Programa. Un Equipo de Apoyo, a nivel interno y externo.</p> <p>Materiales Los necesarios para el desarrollo de cada actividad y para el desarrollo de la parte administrativa y técnica del subprograma.</p> <p>Físicos Ubicación del espacio físico para el Equipo coordinador y operativo del Programa</p> <p>Económicos Basados en el presupuesto total y en el costo de las actividades de este subprograma</p> <p>Institucionales Los logrados por medio de la coordinación interinstitucional establecida y acordes con las necesidades del subprograma</p>	<p>1 La ayuda externa de profesionales expertos en realizar auditorias sociales, para plantear los procedimientos de la misma, en la fase de implementación del Programa. (Primero y segundo semestres) MP. 100%</p> <p>2 El diseño y planteamiento de las técnicas para la recogida de la información, del procesamiento de datos y la elaboración de los informes (Primero y segundo semestres) MP. 100%</p> <p>3. Las acciones de vigilancia, monitoreo y auditoraje de la calidad de los servicios que se brindan desde la gestión del Programa.</p>	<p>CONAPAM (director-coordinador) Ministerio de Educación Ministerio de Salud CCSS Ministerio de Seguridad Pública Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Ministerio de Justicia Ministerio de Cultura Juventud y Deportes Ministerio de Vivienda Defensoría de los Habitantes IMAS INAMU Instituto Nacional de Aprendizaje IAFA JPS Cruzada de Protección al Anciano Organizaciones No Gubernamentales Universidades Estatales y no Estatales, Colegios Profesionales, Iglesias ICODER IDESPO Consejo nacional de Rehabilitación Consejo de Niñez y Adolescencia Clínicas Privadas Municipalidades Asociaciones FEGRUNAPA Empresa Privada Organismos y Organizaciones Internacionales Grupos Organizados en las Comunidades Universidad para la Paz Fundación Arias para</p>

	<p>“desde Fuera”, tanto con fines de mejora de las áreas sustantivas del Programa, como a efectos de ejercer el control del gasto económico y la justificación del mismo.</p> <p>4. El Equipo Coordinador, define 1.cuando se realiza la auditoria social del Programa como un todo, y de los subprogramas que lo integran. 2.Para que se realiza y 3. Desde donde se efectúa, con base en los métodos de auditoria social definidos.</p>			<p>*Monitoreo y Auditoria Social, (C.M.LP). Corto, mediano, largo plazo.</p>	<p>la Paz, Instituto Wem Centros Educativos, Públicos y Privados</p>
--	---	--	--	---	--

Factores de Éxito del Programa

El éxito de la implementación del Programa, depende entre otros de los siguientes factores:

- ✓ Aprobación y divulgación del Programa por parte de las autoridades del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor y de las Instituciones que conforman el Sistema PLANOVI.
- ✓ De la gestión estratégica que realicen los miembros del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor con las autoridades de Gobierno y de las Instituciones que representan, para conseguir el apoyo financiero y técnico indispensable para la implementación del Programa.
- ✓ De la integración de un Equipo Coordinador que desde el CONAPAM ejerza funciones directivas, asesoras, de coordinación, de auditoría interna entre otras y que cuente con el apoyo de asesoría interna y externa, para poder desarrollar las actividades estratégicas que han sido planteadas en el Programa.
- ✓ De la capacidad de coordinación y concertación que desarrollen las autoridades y los equipos de trabajo desde el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, con las instancias de competencia.
- ✓ Desde lo general, la disposición y efectividad que se logren en el trabajo concertado con el Sistema PLANOVI, para lograr los recursos necesarios que permitan fortalecer las Redes de atención de la VIF, desde todos los aspectos, en procura de que se brinde la Atención Integral que las personas adultas mayores abusadas y/o abandonadas requieren.
- ✓ Desde lo específico, la gestión y apoyo político para crear las Redes Locales de Atención del Abuso y/o Abandono de las Personas Adultas Mayores, que funcionarían en las Municipalidades, con un Equipo Básico de profesionales adecuadamente capacitados y entrenados para ejecutar funciones directoras, de coordinación y operativas, asesorados y supervisados por el Equipo Coordinador del Programa, y con el apoyo de el Sistema Nacional de Apoyo Integral, establecido en el Código de la Vejez.
- ✓ De la coordinación y apoyo que se pueda concertar entre las Redes de atención VIF, las Redes Locales de Atención Integral del Abuso y Abandono de las Personas Adultas Mayores y los Servicios Sociales de Apoyo.
- ✓ De la concertación y compromiso que se pueda lograr con los grupos organizados y asociaciones integradas por las personas adultas mayores, para que ellas validen las acciones propuestas en el Programa y ejerzan en lo pertinente.
- ✓ De el fortalecimiento de instancias que ya funcionan y que han tenido una participación importante en todo lo referente a la necesidad de contar con un Programa de Atención Integral del Abuso y/o Abandono.
- ✓ De la creación de un Sistema de Auditoría Social del Programa con la participación del concurso interno y externo, lo que permitirá conocer para mejorar las estrategias propuestas.
- ✓ Del compromiso y motivación por parte de los clientes internos y/o externos involucrados en la implementación de las acciones estratégicas propuestas en el Programa.

VII. Bibliografía

1. Anetzberger, J. Georgia; "Abuse, Neglect, and Self-Neglect: Issues of Vulnerability". The Vulnerable Aged; Springer, 1990.
2. American Psychological Association; "Violence and the Family"; Washington, 1996
3. Barquero Jorge A; Solano S. Elizabeth; "La Población de 60 Años y Más en Costa Rica". Dinámica Demográfica y Situación Actual. Enero 1995. San José, Costa Rica.
4. Bernaldes, M, Sergio., "Reflexiones Sobre la Vida y la Mujer". Documento, Reflexiones Psicosociológicas, Servicio Nacional de la Mujer. Chile, 1995
5. Brenes I; Méndez N; Sistematización sobre avances y desafíos, del Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar en el período 1998-2001; Instituto Nacional de las Mujeres, Área de Violencia de Género, Fundación Mundo Solidario.
6. Block, M; " The Battered Elder Syndrome", An Exploratory Study, University of Maryland Center of Aging, 1979 United States.
7. Bonilla Flory Stella; " Orientación de Poblaciones Abusadas" Ciencias Sociales; 53-62, Marzo 1993. San José, Costa Rica.
8. Bloom, Judy S; "Detecting elder Abuse", " A guide For Physicians Geriatric", June 1989.
9. Butler,. R. N; "Why Survive? Growing Old In America", New York, Harper Colophon Books, 1975
10. Caja Costarricense Seguro Social; Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología "Dr. Raúl Blanco Cervantes"; "Informe Diagnóstico y Estratégico del Hospital". 1994-1995. San José, Costa Rica.
11. Caja Costarricense Seguro Social; Gerencia de División de Modernización y Desarrollo; "Plan Estratégico Corporativo. Costa Rica, 2003
12. Camacho Villalobos, R; Ponencia para el Taller "Alternativas para la Atención del Abuso, CONAPAM". "La Aplicación Práctica en el Campo Judicial de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor", Heredia 2003
13. C. Pedrick-Cornell and R. J. Gelles, "Elder Abuse: The Status of Current Knowledge," Family Relations 31, 1982.
14. C. Homans, "Social Behavior. Its Elementary Forms"; New York: Harcourt, Brace And World. 1961
15. Comité Nacional para el Adulto Mayor, Secretaría Ejecutiva; "Informe de Gestión 1999"; República de Chile.
16. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la familia; Despacho de la Primer Dama; "Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar, PLANNOVI". Costa Rica 1996-1998
17. Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor; Fondo de Población de las Naciones Unidas; "Política Nacional para la Atención de la Persona Adulta Mayor, Plan de acción 2002-2006"

18. Chesnais Jean Claude. "El Proceso de Envejecimiento de la Población". Instituto Nacional de Estudios Demográficos de Paris. 1990
19. Coleman Peter G. Envejecimiento y problemas sociales. Psicología en el Trabajo Social, 1993
20. Datchman, Lia; "Victimización de los Ancianos"; Presentación al Sexto Congreso latinoamericano y Quinto Congreso Argentino de Geriátría y Gerontología, Buenos Aires, 1988
21. Decalmer, P; Glendenning, F. Y Marrito, A. (en preparación), "A Retrospective Study of 150 cases of Elder Abuse". 2000
22. Dirección General de Estadística y Censos; "Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de 1994". San José, Costa Rica.
23. Durán, Fabio; "Los cambios demográficos y su impacto sobre el Sistema de Salud; Sanigest Internacional; La Academia de Centroamérica, CentroPoblación, UCR. Octubre 2003
24. Edinberg, A. Mark; "Developing and Integrating Family- Oriented Approaches in Care of the Elderly Elder Abuse, Conflict in the Family". Pillemer, and Wolf, 1986
25. Fernández Ballesteros, R; "Evaluación de Programas, Una Guía Práctica en Ámbitos Sociales, Educativos y de Salud. Editorial Síntesis Psicológica, Madrid, España. 1996
26. Glay Mejía J; Consejo Nacional de Trabajo Social; Consejo Nacional para la Educación en Trabajo Social; Asociación Latinoamérica de Escuelas de Trabajo Social, Centro Latinoamericano de Trabajo Social; "Diseño de Proyectos de Bienestar Social, Un Enfoque Estratégico" Universidad del Valle Colombia. 1994
27. Giordano N H; "Elder Abuse"; A review of the literature ; Social Work, 1984. 29(3):232-236
28. Giordano NH and Giordano JA: "Elder Abuse A review of the literature. Social Work", 1984.
29. Gilliland, N; Jiménez Rodríguez, S; Journal of Developing Societies; "Elder Abuse in Developed and Developing Societies: The U.S and Costa Rica, 1995
30. Guillemard, A. M; "Conferencia Dimensión Socio Cultural del Envejecimiento";Curso Centroamericano de Gerontología Social, 1987.
31. Guillemard, A . Marie: "Análisis comparativo de las Políticas de Vejez en Europa". Col, Servicios Sociales No. 16. INSERSO, Madrid 1992
32. God Kiu Michael; "A case comparison y analysis of Elder Abuse and Neglect Aging and Human development;" Vol 28 (3) 207-225, 1989.
33. Goldsmith J;" A Review of abuse against the elderly, Testimony before us." House Select Committee on Aging, Washington, Dc. January 31, 1978.
34. Halamandaris, V. J; Fraud and Abuse in Nursing Homes, en J, I. Kosberg (comp), Abuse and Maltreatment of the Elderly: Cause and Interventions, Boston, John Wright, 1983
35. Hamilton, Gail P; " Prevent Elder Abuse", .Journal of Gerontological Nursing, Vol 15.N 3, 1989.

36. "Políticas para el envejecimiento saludable en América Latina", OPS. HelpAGE Internacional julio 2002
37. Hernández Cañas Anabelle; "Estudio de los Antecedentes Comunicacionales y de Interacción Familiar que Determinan la Situación Actual en una Población de Ancianos Incorporados al Hospital de Día del Blanco Cervantes". 1989. San José Costa Rica.
38. Hickey Tom; "Mistreatment of the Elderly in the Domestic Setting. An Exploratory Study"; AJP, Mayo 1981, Vol 71
39. Hudson. F, Margaret; "Elder Mistreatment. Current Research"; "Elder Abuse, Conflict in the Family"; Pillemer and Wolf. 1986.
40. Instituto Nacional de Servicios Sociales, INSERSO, . "Los Contextos Condicionantes del Apoyo Informal en España". 1995
41. J. Dowd. "Aging as Social Exchange: A Preface to Theory, "Journal of Gerontology 31, 1975.
42. J. Gelles and M. A. Straus. "Determinants of Violence in the Family: Toward a Theoretical Integration". In Contemporary Theories About the Family, de W. R. Burr et al. New York: Free Press. (1979).
43. Jiménez Rodríguez S; " Características de la Población Mayor Atendida en el Servicio de Trabajo Social"; Un Estudio de Casos. Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología "Dr. Raúl Blanco Cervantes". San José, Costa Rica. 1990.
44. Jiménez, Rodríguez, S; " El abandono e institucionalización de las personas adultas mayores, atendidas en el Servicio de Hospitalización del Hospital Nacional de Geriatria "Dr. Raúl Blanco Cervantes"; Costa Rica, 1999
45. Jiménez, Rodríguez, S; "El abuso encontrado en las personas adultas mayores que asisten al Servicio de Consulta Externa, del Hospital Nacional de Geriatria "Dr. Raúl Blanco Cervantes"; Costa Rica, 1998.
46. Jiménez, Rodríguez, S; "El proceso de envejecimiento y las personas adultas mayores"; documento didáctico presentado en el Curso: Gestión de Servicios Sociales para Personas Adultas Mayores y Personas con Discapacidad; ASCODI; OISS, San José, Costa Rica. 2004
47. Jiménez, Rodríguez, S; "Situación Social de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica", documento didáctico presentado en el Curso: Gestión de Servicios Sociales para Personas Adultas Mayores y Personas con Discapacidad; ASCODI; OISS, San José, Costa Rica. 2004
48. Jhonson, Tanya; "Critical issues in the definition of Elder Mistreatment". "Elder Abuse, Conflict in the Family", Pillemer and Wolf. 1986.
49. Jones Leffrey; " Emergency Department Protocol For the Diagnosis and Evaluation of Geriatric Abuse"; Annals of Emergency Medicine. October 1998Pillemer, and Finkelhor; "The prevalence of elder Abuse;" A Random Sample Survey; Gerontologist, vol 28, Feb. 1988
50. Kayser, Jones; citado en Monk, A; "Gerontological Social Service : Theory and Practice", en A. Monk (comp), Handbook of Gerontological Services, New York, Columbia University Press. 1990

51. Kessel Sardinias, H; "Estoy asistiendo a un anciano maltratado"?; Unidad de Valoración y Cuidados Geriátricos, Hospital Torrecárdenas. SAS; Geriatrianet, Revista electrónica de Geriátria, Vol.4 Núm. 1 año 2002
52. Lau. E. Kosberg; "Abuse of the Elderly by Informal Care Providers"; Practice and research issues. Paper presented at the 31 st. annual meeting of the Gerontological Society. Dallas. Texas, 1978.
53. Ley No 7935, "Ley Integral para la Persona Adulta Mayor y su Reglamento" ; Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. 2002
54. Malinchak A. A; "The scope of the elderly victimization". Aging March 1978
55. McCall, G.J. y Simmons, J.L; "Identities and Interactions", New York, Free Press. 1966
56. Martínez Maroto, A; "Malos tratos y personas mayores". Un Enfoque Jurídico, Editorial para la Revista de la Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. E-mail: ammaroto,arrobamtas.es. IMSERSO, Madrid, España
57. Moya Bernal, A; Barbero Gutiérrez, J; "Malos tratos en personas mayores" Marco Ético. Imsalud, Atención Primaria; Madrid España. 2000
58. Ministerio de Salud de Chile; Organización Panamericana de la Salud; "Comunidades Seguras en los Municipios Siglo XXI"; Plan Institucional de Atención y Prevención de la Violencia y Promoción de formas de Convivencia Solidaria. Marzo 1996
59. Ministerio de Salud, CCSS, AyA, INS, cooperación Técnica de OPS/OMS,"Política Nacional de Salud; 2002-2006, República de Costa Rica
60. Naciones Unidas; Consejo Económico y Social; Comisión de Desarrollo Social; Examen de del proyecto de documento final de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Informe del Secretario General acerca de "El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial. 2002
61. Naciones Unidas, Comisión de Desarrollo Social; Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento "Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento" , 2002
62. Organización Mundial de la Salud; "Voces Ausentes, opinión de las personas mayores sobre el maltrato al mayor. Ginebra, Suiza. 2001
63. Organización Mundial de la Salud; Informe Mundial de Violencia; Capítulo 5; "El maltrato de las personas mayores". 2002
64. Organización Mundial de la Salud; Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud, Envejecimiento y Ciclo Vital; Traducido para la Revista Especializada de Geriátria y Gerontología 2002; 37 (S2): 74-105, por Dr. Pedro J.; Regalado D. Médico Geriatra. "Envejecimiento activo: un marco político".
65. Organización Panamericana de la Salud; "La Salud de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica". Edición OPS. 2003
66. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud; 25° Conferencia Sanitaria Panamericana; 50° Sesión del Comité Regional; "Salud de las Personas de Edad, Envejecimiento y Salud, un cambio de paradigma". Washington, DC septiembre de 1998

67. Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; "Equidad de Género y Políticas de Reforma del Sector Salud; 1999
68. Organización Mundial de la Salud, Informe de un Grupo Científico de la OMS, sobre la Epidemiología del Envejecimiento; "Aplicaciones de la Epidemiología al Estudio de los Ancianos", Ginebra 1984
69. Perrone. R. Nannini. M; "Violencia y abusos sexuales en la familia, un abordaje sistémico y comunicacional". Editorial Piados. 1998
70. Peter D. F. Glendenning; "El maltrato a las personas mayores", compiladores Editorial Piados. 2000.
71. Phillips, R. Linda; "Theoretical Explanations of Elder Abuse." Competing Hypotheses and unresolved Issues. "Elder Abuse, Conflict in the Family". Pillemer, and Wolf, 1986.
72. Phillips, R. Linda, "The Fit of Elder Abuse with the Family Violence Paradigm and the Implications of a Paradigm Shift for Clinical Practice", Public Health Nursing. 1988
73. Pillemer, A. Karl; "Risk Factors in Elder Abuse: Results from a Case Control Study." Elder Abuse, Conflict in the Family. Pillemer and Wolf. 1986.
74. Phillips, L. R. y Rempusheski, V. F; "Caring for the the Frail Elderly at Home. Towards a Theoretical Explanation of the Dynamics of Poor Quality Family Care", I Advances in Nursing Science. 1986
75. Pillemer, "Dangers of Dependency: New Findings on Domestic Violence Against the Elderly" Paper present at the American Sociological Association, Washington. DC. (1985).
76. Pillemer, K. A y Moore, D.: "Abuse of Patients un Nursing Homes: Findings from a Survey of Staff", The Gerontologist, n29 (3). 1989
77. Pillemer K and Finkelhor. " Domestic Violence Against the Elderly;" A paper prepared for the Surgean General's Work Shop On. Violence and Public Health, Leesport, Virginia, October 27-29.1989.
78. Pillemer and Finkelhor;" Causes of elder Abuse Caregiver" Stress versus Problem Relatives"; American Orthopsychiatric Association, 1999.
79. Pillemer and Wolf; "Elder Abuse, Conflict in the Family; Auburn House Publishing Company; Dover, Massachusetts. 1996
80. Picado Espinoza, L; "Factores biosicosociales asociados con el abuso al anciano dentro de la familia, institucionalizados en horario diurno en el Hospital Nacional de Geriátría "Dr. Raúl Blanco Cervantes". Universidad de Costa Rica, Maestría en Gerontología, 1998
81. Pietro De Nicola, Instituto de Gerontología e Geriátría dell' Universita' di Pavia Italia "Geriatric". 1985
82. Pedrick, Cornell C. and Gelles, R.J. Elderly Abuse: "The Status of Current Knowledge Family Relations, 1982
83. Podnieks. E; "Elder Abuse: It's Time We Did Something about It", en B Schlesinger y R. Schelesinger (comps), "Abuse of the Elderly". Toronto: University of Toronto Press 1988

84. Podnieks, E y Pillemer, K. A; "Survey on Abuse of the Elderly in Canada", Toronto Ryerson Polytechnic Institute, 1989
85. Programa Mejoramiento Continuo de la Calidad, Sector Salud. Plan Nacional de Garantía de Calidad del Sector Salud; Comisión de Mejoramiento Continuo de la Calidad del Sector Salud. 2001-2004. San José Costa Rica.
86. Proyecto de Ley Código de la Vejez, Texto Modificado; Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor; Comisión Redactora del Código de la Vejez. Octubre del 2004
87. Ramírez, O; "Envejecimiento poblacional y características de las personas de edad costarricenses". Manuscrito presentado en la Jornada de Demografía. Octubre 2003. Academia de Centro América-Centro Centroamericano de Población. San José, Costa Rica.
88. Ramírez, O; "Arreglos de Convivencia de la población adulta mayor". Manuscrito presentado en el Simposio Costa Rica a la luz del Censo 2000. Agosto 2002. Academia Nacional de Ciencias. Centro Centroamericano de Población; Estado de la Nación; Instituto Nacional de Estadística y Censos. San José. Costa Rica
89. Ramsey-Klawnsnik, H; Elser : "Sexual Abuse": Preliminary Findings, Journal of Elder Abuse and Neglect. 1991
90. Robinson Donald; "How can we Protect our elderly?" Parade Magazine. February, 1985
91. Rodríguez, P. "El Apoyo Informal en la Atención a las Personas Mayores", Baura, J. C; Rodríguez, P y Rubio, R, Personas Mayores Dependientes y Apoyo Informal, Universidad Internacional Antonio Machado, Jaén, 1995.
92. Rodríguez, P., "El Apoyo Informal en la Atención a las Personas Mayores", en Baura, J.C., Rodríguez, P, y Rubio, R., "Personas Mayores Dependientes y el Apoyo Informal", Universidad Internacional Antonio Machado, Jaén 1995
93. Rojas Lizano, Sandra; "Situación de la población de 60 años y más en Costa Rica"; Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. 2000
94. Rojas Molina, B; Federación Cruzada de Protección al Anciano; Área Técnica Trabajo Social-Psicología; "Guía para la Detección y atención de la Violencia contra las Personas Adultas Mayores; Costa Rica, 2001
95. Rosemayr, L: "Depéndanse et relation familial á domicile et institución", Enveillissement et qualité de vu, U.N. C.C.A.S.F., Paris, 1992
96. Rowledge And Kegan Paul. "Old People in the Industrial Societies" . London 1999
97. Shanas, L; "Older people and this family": The New pioneers Jounce of Marriage and the family. 1980.
98. Salgado R, Larroca, S, Anáriz, T; Strada, J; "Reflexiones sobre la vejez en el mundo contemporáneo, miradas sobre el principio de autonomía". Actas de las Jornadas Argentinas e Iberoamericanas de Bioética; Asociación Argentina de Bioética. La Plata, noviembre 2000.
99. Sánchez Hidalgo, Efrain. "La Psicología de la Vejez". Puerto Rico: Editorial Universitaria. 1971

100. Sánchez del Corral, U, F; Ruipérez C, I; "Violencia en el anciano" Hospital Central de Cruz Roja, Servicio de Geriatría; Equipo de Soporte y Apoyo en Domicilio, Madrid, España. 2003
101. Semino, L; "Reflexiones sobre puntos críticos para evitar el gerontocidio en Argentina e Iberoamérica; Red Nacional Argentina de Asociaciones de Adultos Mayores y Organismos que trabajan con el Sector. Argentina. 2002-2003
102. Stathopoulos, P. A; "Consumer Advocacy and Abuse of Elders in nursing Homes"; en J.I Kosberg (comp), "Abuse and Maltreatment of the Elderly": Causes and Interventions, Boston, John Wright, 1983
103. Sterns, P, Old Age Family Conflict. The Perspective of the Past, en K; A. Pillemer y R.S. Wolf (comps); Elder Abuse: Conflict in the Family, Dover, Mass; Auburn House Publishing Co, 1986
104. Taylor, F; "La problemática del abuso en el seno familiar de Adultos Mayores asistentes a los Centros de Atención Diurnos de Pavas", Universidad de Costa Rica, 1998.
105. Toshio Tataru, PH.D; "Elder Abuse"; An Emergency National Problem O.WL. 1989-99
106. Toronto Rape Crisis Centre; "Las Mujeres Mayores y el Abuso Sexual". Toronto, 1996.
107. Vousden, M; "Nye Bevan Would Turn in his Grave"; Nursing Times. 1987
108. Wolf. S Rosalie, PHD; "Elderly Abuse"; Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC.2007, 1991.
109. Yanguas J; Leturia, J; Leturia, M; "Intervención Psicosocial en Gerontología" Manual Práctico; Editorial Caritas, 1998

Anexos

Anexo 1

Perfil de las Personas Adultas Mayores en Condición de Abuso o maltrato en Costa Rica⁹⁴

La consideración de los aspectos ambientales, en el planeamiento de estructuras que conduzcan al conocimiento e intervención de situaciones de déficit para las personas mayores, permite poder evaluar con un significado más amplio las condiciones que se producen en los contextos o escenarios, y que afectan directamente la vida de las personas en especial las mayores. En este sentido los datos obtenidos y seleccionados de diversas fuentes, permiten diseñar un perfil de la situación de las personas mayores, para identificar los factores de riesgo que propician el maltrato y el abandono de esta población.

La situación de abuso o maltrato a las Personas Mayores

Es importante mencionar que la misma no se da sólo en contra de personas mayores enfermas o inválidas, sino en aquellas independientes, sea que se encuentren aisladas del entorno social o no, con recursos económicos o en situación de pobreza. Sin embargo la teoría refiere que en personas aisladas del contexto social, es más probable que se produzca el abuso.

En el caso de los mayores, se pueden identificar factores sociales, que se combinan para propiciar situaciones de violencia, una realidad muy traumática e impactante. Entre ellos se encuentran:

- Los cambios en la estructura social
- El aumento del individualismo y la independencia
- El envejecimiento mismo
- Las actitudes hacia las personas de más edad, con discapacidad, con pobreza, desempleados
- Falta de recursos comunitarios, de normativas y capacitación para que los equipos de atención primaria vigilen integralmente a las personas mayores
- El agotamiento de las personas que brindan cuidados
- Los ciclos de violencia intrafamiliar.

Las personas mayores, son víctimas de abuso o maltrato físico, psicológico, sexual, patrimonial; desatención de manos de sus familiares más cercanos, lo que ha sido demostrado. Las causas de esta situación no están suficientemente estudiadas en el mundo, sin embargo a nivel del país, se reconocen una serie de factores propiciadores o factores de riesgo, producto de algunas investigaciones, del estudio de casos y de las intervenciones, a partir de los cuales se pueden

⁹⁴Este documento se elaboró con el propósito de a) conocer la situación de las Personas Adultas Mayores en general y cuales factores al interior de la misma pueden propiciar el abuso y b) entender la situación de las personas abusadas, por Jiménez Rodríguez S; año 2003.

elaborar e implementar estrategias integrales para detener la discriminación por la edad, la violencia, y promover acciones para que los derechos de las personas mayores se reconozcan.

Cualquiera de los tipos de abuso mencionados pueden producir manifestaciones como:

- Lesiones recurrentes o sin explicación
- Problemas médicos a los que no se les da una atención oportuna
- Higiene insuficiente
- Malnutrición
- Deshidratación
- Depresión, tristeza, paranoia, baja autoestima, retraimiento o miedos exagerados, ambivalencia, confusión, resignación y agitación
- Insomnio, privación de sueño, necesidad de un sueño excesivo
- Cambios en el apetito, pérdidas o ganancias de peso sin explicación
- Aislamiento impuesto, social o físico
- Mal uso de medicamentos, o sedación extrema
- Incapacidad de la persona mayor, para hacer frente a sus pagos, retiradas de dinero inexplicables o súbitas de su cuenta de ahorros, incongruencia entre los bienes de la persona mayor y las condiciones en que vive; mucho interés de la familia por conocer que tiene la persona mayor y por manejar sus bienes

También hay una serie de condiciones asociadas a un alto riesgo de abuso o que sugieren maltrato potencial, las cuales deben considerarse:

- Deterioro cognitivo grave
- Deterioro físico acelerado
- Depresión
- Mención de castigo por las personas mayores o cuidadores
- Familias con historial de violencia
- Aislamiento de la persona cuidadora
- Rechazo de ayudas externas
- Control por parte de persona(s), de los asuntos económicos u otros bienes de las personas mayores
- Incongruencia en la información que proporciona la familia, la persona cuidadora y la persona mayor
- Que la persona mayor no desee permanecer donde está viviendo
- Que la familia u otras personas, no puedan satisfacer las necesidades de la persona mayor.

La negación y las percepciones equivocadas acerca de los tipos de abuso o maltrato contra las personas mayores, está privando a muchas del apoyo y la protección a que tienen derecho. Pero los derechos de esta población son vulnerados de diversas formas que no se denuncian ni se reconocen.

La Magnitud del problema

En Costa Rica, no se dispone de información que permita hacer una estimación adecuada del número de personas adultas mayores víctimas de abuso o abandono. La información al alcance proviene de diversas fuentes, originadas principalmente en el reporte de casos atendidos, encuestas, investigaciones, datos que se muestran a continuación.

Datos obtenidos de investigaciones:

Una investigación llevada a cabo con 328 personas mayores en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Dr. Blanco Cervantes,⁹⁵ en 1996, acerca del "Abuso en las Personas Mayores" permitió conocer la frecuencia y las formas del abuso o maltrato, características del mismo y algunos factores que podrían condicionar o propiciar las conductas violentas en contra de las personas mayores atendidas en este Centro. Se consideró una muestra aleatoria de 328 personas mayores y se logró entrevistar también a 228 personas que se consideraron cuidadoras de las personas mayores de la muestra.

Algunos de los datos obtenidos en esta investigación son los siguientes.

Un 86,2% de las Personas Mayores, vive con otras personas, de las cuales la mayoría son hijos, (as), cónyuges, nietos (as); y del 12,1% que viven solas, el 72,5%, tienen una relación cercana con algún pariente y el 10% con amigos y vecinos.

El estado civil de las personas mayores entrevistadas muestra que, un 37,1% están casadas o viven en unión libre, en este sentido la literatura afirma que un alto porcentaje de agresores (as), son los cónyuges (entre estos los varones) y que probablemente el problema de agresión ha sido parte del pasado de ambas personas; en el estudio se comprobó que al menos 10 cónyuges (varones) cometen abuso.

La edad de las y los entrevistados. Un 67%, son mayores de 75 años, edad considerada de más riesgo por lo vulnerables que pueden ser, a mayor edad; el 70% tienen un nivel educativo bajo, con primaria incompleta la mayoría; un 34,7% no tienen ningún tipo de pensión y un 30,9% de los pensionados, lo son del Régimen no Contributivo por Monto Básico, RNC, cuyo monto en colones era de 8.000 al momento del estudio.

El 69,8% realizan con independencia los actos de la vida diaria, un 19,2% los realizan con dificultad y un 6,4% con extrema dificultad o están inmovilizados. Un 84,4%, tienen una condición psíquica normal, un 8,4% tienen desorientación y un 3,6% probable demencia. En la evaluación del estado mental, un 68,4% tienen improbable demencia, un 20,1% probable demencia y un 1,8% muy probable demencia. El estado emocional demuestra que, en un 42,7% de ellas hay fuerte sospecha de depresión.

De los siguientes datos se puede observar que las personas mayores sufren de un tipo o de varios tipos de abuso físico, psicológico, sexual, patrimonial. **Al respecto:**

- Un 4% del total de la muestra manifestaron ser agredidas físicamente y en forma continua.
- Un 13,8% del total de la muestra son agredidas psicológicamente en la forma activa.
- Un 5 % (15) reconocen que han sido despojadas de dinero o propiedades, es decir con abuso patrimonial, y de este número el 40% hizo la denuncia a la autoridades.
- Un 1,3% se han visto obligadas(os) a aceptar caricias, un 2,3% a mantener relaciones sexuales. En este sentido un 2,5% han recibido abuso sexual.

El total de los casos de abuso activo, en donde las personas presentan un sólo tipo o forma de maltrato es de un 19,2% (63 personas), dato tomado de las entrevistas a las personas mayores, las cuales informaron también cómo estaban siendo maltratadas.

Sin embargo las personas cuidadoras entrevistadas, en comparación con los datos suministrados por los mayores, reportaron más casos de abuso, llevado a cabo por ellas, y por otros parientes, en total 27 casos más, por lo que **el total de los casos de abuso sumarían 90, un 27,4% del total**

⁹⁵ Jiménez, Rodríguez S. Las Personas Mayores y el Abuso. Estudio realizado en el Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología "Dr. Raúl Blanco Cervantes" 1998. Costa Rica.

de la muestra. De estos 27 casos no se conoce el tipo de agresión. Si se logró establecer que de las 90 personas agredidas, el 78,8% tienen una cuidadora principal.

La mayoría de estos abusos se dan en las casas donde viven las personas mayores y por miembros de la familia cercana.

Otra de las investigaciones realizadas que muestra la situación de abuso en los mayores, es la realizada por Taylor, F (1998), acerca de la "Problemática del abuso en el seno familiar de Adultos Mayores asistentes a los Centros de Atención Diurnos de Pavas".

Conclusiones obtenidas de esta investigación:

Se evidencia "que una gran mayoría de las personas estudiadas viven con sus familiares' que tanto los familiares como los mayores estudiados reportan abiertamente una elevada incidencia de abuso familiar; que existe mayor presencia de abuso en la vejez, cuando este se experimenta en otras etapas de vida (niñez, matrimonio); que entre los principales problemas que enfrentan las personas mayores abusadas, destacan: desprotección, abandono, depresión, problemas familiares y económicos, de acuerdo a su percepción.

Que las relaciones de las personas mayores con sus familiares son malas en la mayor parte de la población estudiada, que se llevan mejor con los familiares de la familia extensa y no de convivencia y que preferirían vivir solas, pues de todas maneras sienten soledad aunque están acompañadas y deben aislarse para evitar confrontaciones, así como pasar por alto cosas que lastiman.

También el consumo de alcohol, otras drogas son parte de la vida familiar de estas personas, además de las malas relaciones familiares y los problemas económicos."

Las personas mayores, son víctimas de abuso o maltrato físico, psicológico, sexual, patrimonial; desatención de manos de sus familiares más cercanos, lo que ha sido demostrado. Las causas de esta situación no están suficientemente estudiadas en el mundo, sin embargo a nivel del país, se reconocen una serie de factores propiciadores o factores de riesgo, a partir de los cuales se pueden elaborar e implementar estrategias integrales para detener la discriminación por la edad, la violencia, y promover acciones para que los derechos de las personas mayores se reconozcan.

Otro estudio con personas mayores del Hospital de Día⁹⁶, determinó que entre mejor sea el trato que se le brinda a la persona mayor en el hogar, el abuso es menor.⁹⁷

Denuncias interpuestas en diferentes instituciones:

En cuanto a las denuncias por maltrato, estas estadísticas son difíciles de obtener, debido especialmente al subregistro y a la inexistencia de un Sistema de Información disponible. De los datos suministrados en el 2003, se tiene que en el año 2001, se recibieron por la línea 911, 311 llamadas solicitando ayuda por agresión a personas mayores, en el 2002, se recibieron 346 llamadas, llamadas que han ido en aumento.⁹⁸

El Ministerio de Salud, tenía reportados en el año 2001, 66 casos de abuso. En el 2002, 120 casos, 2003, 180 casos.

El Consejo de la Persona Adulta Mayor, recibió durante el 2002, 80 denuncias por abuso. En el 2003, hasta el mes de octubre, había recibido 70 denuncias.

⁹⁶ Servicio Hospital de Día. Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. R. Blanco Cervantes. Costa Rica.

⁹⁷ Picado Espinoza Lilliana. Factores Biosicosociales Asociados con el Abuso al Anciano Dentro de la Familia. 1999. Costa Rica.

⁹⁸ Instituto Nacional de la Mujer. Área de Género. 2002. Costa Rica.

Consideración:

En cuanto a casos reportados es evidente el subregistro existente, y la carencia de una base de datos única. En lo que respecta a casos detectados o denunciados, se reconoce que este es un problema que permanece invisibilizado. No existen aún, procedimientos estandarizados a nivel nacional, para la detección y atención de las situaciones de abuso; ni la preparación, ni el suficiente recurso humano para atender a las personas mayores con este problema tan compleja.

Quienes son las víctimas del abuso o maltrato.

La vulnerabilidad de las personas mayores abusadas, está relacionada con las características del individuo y con las características de los sistemas de atención, las leyes y los servicios de protección; pero la vulnerabilidad no empieza o termina con las características de las víctimas, ni la solución de los problemas del abuso está en simplemente cambiar las víctimas ni sus circunstancias, se requiere de un enfoque multifacético, que considere a las personas víctimas de abuso, en el contexto de la familia, de las políticas y de las prácticas establecidas para prevenir y tratar a la persona mayor. Estas deben reflejar un entendimiento apropiado de la etiología y de la dinámica del problema.

El abuso a las personas mayores ocurre en diversos escenarios: en el hogar, en las instituciones y en general en cualquier sitio de la comunidad donde se encuentre. Puede ocurrirle a cualquier persona, sin distinción de edad, sexo, estado civil, condición de salud, credo religioso, color, situación económica. Sin embargo como se mencionó anteriormente, la vulnerabilidad está asociada y evidentemente en la sociedad actual, encontramos grupos vulnerables y factores de riesgo que aumentan la posibilidad de sufrir maltrato.

Al respecto, del estudio de casos y de las investigaciones realizadas en el país, se extraen características de la población mayor abusada que, como se detalla a continuación son de mayor homogeneidad en el grupo de mujeres mayores. Sin embargo encontramos factores de riesgo y características específicas tanto en el grupo de varones como de mujeres mayores y sus familias lo que se detalla a continuación.

Personas abusadas: características homogéneas, para ambos sexos

- Se trata de personas mayores, en su mayoría del sexo femenino
- Mujeres en su mayoría casadas, o viudas
- Mujeres en su mayoría de baja escolaridad, primaria incompleta
- Mujeres en su mayoría mayores de 70 años
- Mujeres en su mayoría no tienen pensión, o reciben del RNC
- Mujeres en su mayoría con condición económica de dependencia, pobres o muy pobres
- Mujeres en su mayoría de ocupación, oficios domésticos
- La mayoría de mujeres viven con familiares
- La mayoría de mujeres no reciben apoyo de otras personas fuera del núcleo familiar
- La mayoría de mujeres han sufrido en el pasado malos tratos
- La mayoría con trastornos emocionales, como depresión
- La mayoría de mujeres con independencia física y capacidad mental funcional
- La mayoría de mujeres tienen problemas de salud
- La mayoría de mujeres con dificultad para tomar decisiones
- La mayoría de mujeres mantienen escasa funcionalidad social
- La mayoría de mujeres viven con una persona con problemas de alcoholismo
- La mayoría de mujeres no tienen vivienda propia
- La mayoría de las mujeres tienen familias con historial familiar de relaciones con una dinámica conflictiva

- La mayoría de mujeres tiene deficiente comunicación con la persona que la agrede.

Personas Abusadoras: en el grupo homogéneo

- En su mayoría varones
- En su mayoría cónyuges, seguido de hijos
- En su mayoría cónyuges mayores de 70 años
- En su mayoría son hijos solteros o separados de sus esposas
- En su mayoría, de hijos con problemas de alcoholismo o drogas
- En su mayoría los cónyuges han sido agresores de muchos años
- En su mayoría cónyuges e hijos viven con la persona mayor
- En su mayoría la persona mayor es dependiente económicamente del cónyuge
- En su mayoría los cónyuges y los hijos agresores son de baja escolaridad
- En su mayoría los hijos que agreden tienen bajos ingresos económicos
- En su mayoría tanto cónyuges como hijos, agreden físicamente
- En su mayoría estas personas han mantenido una dinámica familiar conflictiva
- En su mayoría tienden a aislar a la persona mayor, no desean que tenga contactos externos

Personas abusadas: Características del grupo vulnerable⁹⁹

- Se trata de Personas mayores, varones y mujeres
- La mayoría mayores de 75 años
- La mayoría solteras o en condición de viudez
- La mayoría de baja escolaridad, primaria incompleta
- La mayoría en condición de pobreza, dependientes económicamente
- La mayoría de estas personas viven con familiares
- La mayoría de estas personas no cuentan con apoyo externo, bien sea familiar, de servicios institucionales o de otras personas
- La mayoría de estas personas tienen problemas de salud, padecen enfermedades como demencia, Parkinson, trastornos cerebrovasculares, síndromes de inmovilización, deterioro cognitivo
- La mayoría de estas personas tienen pérdida en la capacidad funcional física y mental, por lo que son dependientes, requieren ayuda para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.
- La mayoría de estas personas permanecen aisladas, en sus hogares
- La mayoría de estas personas tienen, problemas para comunicarse, y/o pérdida de audición, de visión, del habla, del entendimiento, no controlan la orina, ni la evacuación intestinal.
- En la mayoría de los casos los familiares manifiestan deseos de institucionalizar a las personas mayores

Personas abusadoras: en el grupo vulnerable

- En su mayoría del sexo femenino
- En su mayoría, hijas de la persona mayor
- En su mayoría mayores de 45 años
- En su mayoría casadas o divorciadas

⁹⁹ El grupo vulnerable, son personas mayores que por su condición de edad, estado civil, escolaridad, situación económica, situación de salud, de pérdidas funcionales, tienen mayor riesgo de sufrir abandono y/o maltrato.

- En su mayoría de oficios domésticos
- En su mayoría habitan en viviendas en regulares o malas condiciones
- En su mayoría con primaria completa y otros estudios
- En su mayoría viven con la persona mayor
- En su mayoría con buena salud física y mental, aunque muestran síntomas de agotamiento, por cuidar por períodos prolongados
- En su mayoría con una sobrecarga de tareas
- En su mayoría con signos evidentes de tensión, frustración, desesperación
- En su mayoría atienden a la persona mayor, por decisión de otras personas o porque no tienen otra alternativa
- En su mayoría no han recibido entrenamiento para atender personas mayores con problemas de salud y que necesitan cuidados
- En su mayoría no reciben remuneración económica por atender a la persona mayor, ni apoyo familiar
- En su mayoría con poca o ninguna funcionalidad social
- En su mayoría con dinámicas familiares conflictivas
- En su mayoría fueron víctimas de violencia en el hogar de crianza
- En su mayoría se sienten deprimidas
- En su mayoría cometen actos negligentes con las personas mayores y abuso psicológico

Consideraciones

- Estas condiciones, deben propiciar “un abordaje del envejecimiento con políticas que se integren a las estrategias presupuestarias, al financiamiento de sectores como la educación, salud, desarrollo social, para que se tomen en cuenta debidamente los grupos de población que están envejeciendo y desde luego los más vulnerables”¹⁰⁰
- La negación y las percepciones equivocadas acerca de los tipos de abuso o maltrato contra las personas mayores, está privando a muchas del apoyo y la protección a que tienen derecho. Pero los derechos de esta población son vulnerados de diversas formas que no se denuncian ni se reconocen.
- Como se puede deducir, uno de los problemas más serios que tiene la persona mayor en la actualidad es el abuso o maltrato a que se ve sometida, pero también se ve muy afectada con la violencia intrafamiliar la cual es considerada como un serio problema de salud pública en muchos países.
- La violencia es el maltrato de unos miembros contra otros, e incluye una variedad de relaciones que van más allá de la consanguinidad y el matrimonio. En el caso de los mayores se pueden identificar otros factores sociales, que se combinan para propiciar que la situación de abuso sea una realidad en sus vidas. Algunos de estos factores que se citan en este párrafo, ya fueron mencionados anteriormente; los cambios en la estructura y función familiar, el mayor número de personas de edad y más longevas, la mayor vulnerabilidad, la dificultad en los procesos de adaptación, y el poco interés que ha mostrado la comunidad ante sus necesidades.
- La complejidad en el estudio, detección y tratamiento del problema del abuso o maltrato en las personas mayores, es debido, en parte, a que se trata de conductas que no son fácilmente observables por otras personas fuera de la familia, no son conductas típicas y a veces no dejan evidencia. Algunos autores consideran que la dificultad se debe a la variedad cultural.

¹⁰⁰ “Políticas para el envejecimiento saludable en América Latina, OPS. HelpAGE Internacional julio 2002

- También a que exista un desconocimiento del proceso de envejecimiento y a que se confundan enfermedad o situaciones traumáticas con vejez.
- La carencia de valoraciones integrales de la situación de las personas mayores, desconocimiento del manejo de las situaciones de abuso, la inexistencia de procedimientos estandarizados para atender a las personas víctimas de abuso, lo insuficiente de los servicios de apoyo en la comunidad, evidencian la necesidad de estructurar estrategias de atención y de investigación..
- Lo que si está claro es que el abuso en contra de la persona mayor es uno de los tipos de maltrato familiar difícil de estudiar, como ya se mencionó, y al igual que otros problemas familiares, por ser aspectos que involucran la sensibilidad de las personas.
- Es estudiado como una forma de violencia familiar, ya que las personas de edad que viven con otros, tienen más riesgo de ser abusados, en comparación con aquellos que viven solos.

Con respecto a la situación de abandono

Características:

Una de las razones de peso para el ajuste o el cambio de residencia, es la incapacidad, porque esta obliga a las personas a trasladarse, algunas veces de forma inesperada y otras contra su voluntad, a ambientes diferentes, particularmente a contextos institucionales, donde a menudo tendrán que pasar el resto de sus vidas; aunque esto se realiza por su “propio bien”, si se les juzga incapaces de cuidar de ellos mismos en sus propios hogares; el resultado final podría ser mucho peor que dejarles a ellos solos: por ejemplo más deterioro y la pérdida de interés en la vida .

Se ha producido una concienciación creciente sobre en que medida los cambios ambientales pueden contribuir a crear enfermedades físicas y desordenes psiquiátricos. Incluso cuando es voluntario y tenga efectos favorables, hay datos que indican que el cambio de hogar puede minar la salud de una persona. Hay también una gran variación entre las relaciones de los individuos, así que es importante descubrir que factores podrían predecir la capacidad para ajustarse fácilmente a nuevos lugares.¹⁰¹

En este sentido, la personalidad es también importante, y los ambientes institucionales pueden ser buenos para un tipo de ancianos pero no para otro.

En el país, según el Censo del 2000, 3606 personas adultas mayores viven en instituciones, Hogares para Ancianos, lo que representa el 1,2% del total de esta población. El porcentaje de personas mayores que viven en estas instituciones aumenta conforme aumenta su edad, y viven más varones que mujeres.¹⁰²

Antecedentes

Demuestran los datos, generalmente obtenidos de los Centros de Salud del país, y de los Hogares de Ancianos, que el problema del abandono es conocido, que ha sido tratado y que incluso se han identificado factores de riesgo. Faltan investigaciones que profundicen en el problema para buscar explicaciones y respuestas al porqué de esta grave situación; que en el sentir de quienes

¹⁰¹ Coleman Peter G. Envejecimiento y problemas sociales. Psicología en el Trabajo Social, 1993

¹⁰² La Salud de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica. Edición OPS. 2003.

atienden esta problemática, es multicausal y está relacionada con los cambios que se han dado en ámbitos fundamentales para la vida de los costarricenses, como ha quedado establecido

La sociedad maneja una serie de estereotipos y prejuicios negativos, de las personas mayores. por ejemplo, considerarlos enfermos, no productivos, seniles, incapaces de aprender, de tener poca inteligencia y serios problemas de memoria, entre otros. Igual ocurre con el estereotipo acerca de la edad, que se convierte en una vergüenza decirla e incluso se considera una descortesía preguntarla; la discriminación se observa entre otros aspectos, en la jubilación obligatoria, la que produce una pérdida de status, pérdida de autoestima y disminución progresiva de los ingresos.

En estudios Norteamericanos se ha encontrado también, que las personas de edad sufren de privación en los aspectos relacionados con la calidad de vida, albergue, alimentación, salud, recreación, ya que tienen menores ingresos económicos, colocándolos en desventaja con respecto de otros grupos de la población, y que las personas mayores son un tercio más pobres que los demás grupos estudiados.

Estas consideraciones sirven de base para fundamentar la diversa problemática social que surge como consecuencia del desequilibrio en el orden social, y que afecta a un importante número de personas mayores.

Uno de los resultados de esta problemática, es el abandono, a que se ven sometidas las personas mayores y cuyas características han sido estudiadas, especialmente a través del impacto que esta situación provoca en los centros de salud del país; han sido fundamentales, para pensar en futuras investigaciones.

Se han identificado también, aspectos que se constituyen en factores de riesgo de abandono tales como: inactividad, desinterés familiar, poca comunicación, pérdida en la capacidad de autocuidado, de la capacidad funcional, hacinamiento, pobreza, carencia de redes de apoyo, y conflictos familiares, entre otros.

Del análisis de casos¹⁰³ se han identificado también, dos patrones de acción familiar los cuales se han conceptualizado como: **abandono voluntario**, en el cual la familia se convierte en un grupo negativo, propiciador de la pérdida de relación social; de la función física y de negligencia en la atención, acompañado generalmente, del deseo de institucionalizar.

El otro patrón caracterizado, **es el abandono involuntario**, se produce generalmente por presiones en el seno de la familia, presión económica, mínimos recursos humanos para brindar los elementos básicos de atención, que le permitan mantenerse integrado al medio familiar y comunitario con una buena calidad de vida.

El impacto en la calidad de vida, cuando se producen ambas situaciones, es el mismo, negativo y generalmente lleva a la persona mayor a la enfermedad, a la ruptura con el entorno social, (aislamiento social). Ambas situaciones, requieren de atención inmediata, y casi siempre debe institucionalizarse a las personas afectadas, en Hogares para Ancianos, pues la respuesta familiar es pobre y ambigua y las redes comunitarias no están suficientemente organizadas para hacerle frente a la situación; fundamentalmente si hay pérdida de función física, psíquica y enfermedades crónicas.

Una diferencia notable, entre ambos patrones de comportamiento, es que en el abandono involuntario (en muchos casos) se mantiene el afecto hacia la persona mayor y algún grado de responsabilidad familiar.

Toda persona en la sociedad tiene su lugar y merece el respeto y la atención necesaria, sin discriminaciones de ninguna índole; paradójicamente una mirada sobre el orden social imperante

¹⁰³ Jiménez Rodríguez S. Estudio de casos, de la práctica profesional. Hospital Dr. Blanco Cervantes. Trabajo Social.

parece demostrar que la sociedad actual fija principalmente su atención en los niños, en los jóvenes y en los adultos; las personas de edad avanzada tienden a ser relegados a un segundo plano, a causa de su relativa utilidad en la estructura productiva.

A estas personas la política social les ofrece apoyo a través de centros como Hogares para Ancianos, o lugares similares, sustitutos del hogar y de la vida familiar original, esto porque la persona de edad avanzada se convierte en muchos casos en una carga para la familia y la sociedad; pero no les ofrece servicios que les permita aún, a pesar de sus limitaciones físicas, continuar en su entorno.

Debido a las condiciones socioeconómicas actuales, los hogares se convierten en centros de grandes carencias afectivas y materiales, que como se mencionó anteriormente, no son apoyados por el Estado con programas de Bienestar Social, y no se da una búsqueda de soluciones conjuntas, acordes con la realidad, equitativas y justas para los mayores, quienes también podrían trabajar de lleno en la solución de sus problemas si se les brinda la oportunidad.

En un estudio realizado por el Instituto de Estudios Sociales en Población y la Universidad Nacional de Costa Rica en 1981, acerca de la administración de los Hogares de Ancianos, los administradores de dichos centros ante la pregunta, **cuál es el principal problema que enfrentan las personas mayores en el país**, respondieron: el rechazo familiar, no pueden trabajar porque no tienen la fuerza de antes, falta de preparación de las personas hacia la vejez, la percepción de que no sirven para nada, perder sus facultades físicas, el abandono y la poca atención hacia ellos, el desamor y la soledad, la marginación, la falta de cariño y comprensión, no hay dinero para construir más centros de atención, para tender más ancianos.

Lo anterior sirve de referencia también, para entender el aumento observado de personas mayores en condición de abandono que se encuentran en el sistema hospitalario; así como el aumento en la demanda de solicitudes de ingreso a los Hogares de Ancianos, que desborda la capacidad que estas instituciones pueden ofrecer, (debido generalmente a sus condiciones económicas y a la falta de personal capacitado).

Las solicitudes son realizadas directamente por los familiares de las personas mayores, por lo que estos centros se han visto en la necesidad de contratar profesionales en Trabajo Social que realicen la investigación social, para llegar a un diagnóstico real de la situación, y decidir de esta manera si califican dentro de los parámetros de la institución, para ser ingresados o no, con lo cual han debido variar también los requisitos de admisión a dichos Centros.

Magnitud del problema

En 1992, se realizaron dos estudios, acerca de los Ancianos abandonados en los Centros de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, uno llamado Los Ancianos Abandonados que Atiende la CCSS, el cual es un estudio situacional en Regiones y Hospitales Nacionales.

De este primer estudio se logró comprobar que existían 626 ancianos en condición de abandono, siendo la distribución la siguiente: Región Central Sur un 17,25%, Región Central Norte 17,25%, Región Chorotega 10,22%, Región Huetar Atlántica 8,46%, Región Brunca 7,83%, Región del Pacífico Central 2,73%, Región Huetar Norte 2,4%, Hospital Calderón Guardia 13,41%, Hospital México 12,46%, Hospital San Juan de Dios 7,99%.

El segundo estudio es el que realiza la Comisión Permanente de Estudio y Seguimiento de los Programas de Jubilación y Tercera Edad de la CCSS, llamado Estudio de Ancianos Terminales Abandonados al Egresar de los Centros Hospitalarios de la CCSS, (1992). Para efectos de éste, se seleccionaron 12 centros médicos de la Institución; y los más representativos de las diferentes zonas regionales. Las variables estudiadas fueron las siguientes:

1.- Demográficas: sexo, edad, estado civil, condición de asegurado, nivel educativo y fuente de ingreso.

2.- Salud y Servicios de Atención al Anciano: servicios recibidos por las personas mayores en los Centros Médicos, facilidad del Centro Médico para el paciente, personal asignado para la atención, frecuencia de ésta, número de hospitalizaciones, estancia promedio, causas de consulta y hospitalización, tratamiento requerido.

3.- Características generales de la muestra: número de hijos, personas responsables del paciente al momento de ingresar al hospital, ubicación al egresar del hospital, factores sociales incidentes en la condición de abandono.

Resultados:

Del total de 49 casos estudiados, un 79,7% tenían 70 o más años. Un 38,8% eran solteros, y viudos el 34,7%. El 46,9% tienen pensión del Régimen no Contributivo, en tanto un 20,4% eran asegurados por el Estado, 10,2%, pensionados del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y de un 22,4% se desconoce su condición de asegurado. En lo que se refiere al nivel educativo el 87,8% tenía primaria incompleta, el 2% la primaria completa y un 10% sin respuesta.

En el 100% de los casos el principal servicio que brinda Trabajo Social en los Hospitales, a esta población, se centra en la valoración social, le sigue la coordinación con los Centros Diurnos con un 89,8% y la capacitación con un 38,8%. De la muestra valorada por Trabajo Social en el 75,5% la principal causa de consulta fue por problemas sociales. El 79,6% habían sido hospitalizados entre 5 y 8 veces. La estancia promedio fue de 44,9% entre 1-18 días, 28,6% entre 19-37 días, sumándose, a lo anterior, la frecuencia del reingreso, lo que conlleva a largas estancias hospitalarias.

La causa más frecuente de hospitalización son los "problemas sociales", con un 75,5%, le siguen las úlceras externas, con un 20,4%, accidentes vasculares, con un 12,2% y cáncer con 10,2%. De los casos que se anotaron como problema social el 54,1% requirieron la institucionalización en un Hogar de Ancianos. De los que no fueron tratados por situaciones sociales, el 66,7% egresaron hacia sus respectivos hogares; pero a un 33,3% si fue necesario reubicarle.

Resulta preocupante que un 78,4% de los ingresados por "problema social", no recibieran atención por parte de los familiares, convirtiéndose esta situación en un claro factor de riesgo social; y más preocupante aún que la misma causa se encontró en el 91,7% de los casos que no fueron atendidos por "problema social".

Cuando se interrogó a las familias, por la causa de esta situación, un 56,8% manifestaron que era debido a la situación económica; el porcentaje subió a 83,3% en los casos no determinados como problema social, lo que demuestra que la situación económica es un claro factor causal. De todos los casos, un 55,1% no tienen hijos; y cuando se investigó si existía una persona responsable, se encontró que un 36,7% de la población estudiada no la tenía, el 22,4% eran conocidas, no parientes, el 16,3%, otros parientes, 14,3% hijos y un 8,2% el cónyuge.

Al agrupar todas las características se concluyó que un 63,3% de la muestra estudiada, en la población de mayores abandonados, tenía insuficiencia de recursos económicos; el 38,3% con carencia de vivienda, un 36,7% no recibía atención de ninguna persona conocida, no pariente, y un 81,6% no recibía atención de un pariente. Además, sólo un pequeño porcentaje ingresó por una enfermedad terminal. Las conclusiones de este trabajo fueron las siguientes:

- Un alto porcentaje de las personas mayores estudiadas son solteras o viudas. Más de la mitad de las personas estudiadas son pensionadas del Régimen No Contributivo. La

mayoría de estas personas no están satisfaciendo sus necesidades básicas, debido a la insuficiencia económica en sus fuentes de ingreso.

- En un 49% de los casos, los centros médicos acuden a la coordinación con hogares de ancianos, como ~~parte de una alternativa de solución~~ para ubicar al paciente abandonado.
- Entre la multicausalidad de patologías que intervienen en la hospitalización de las personas de la muestra, se observa que los problemas sociales fueron la variable más sobresaliente. Se da la existencia de una problemática social ligada al abandono y a la insuficiencia de recursos económicos que generan un impacto negativo en las personas mayores.
- Es importante subrayar los altos porcentajes, dentro de los factores incidentes en la situación de abandono, de la no atención del paciente, por parte de familiares o personas conocidas no familiares, ello puede indicar la apatía y la indiferencia con que nuestra sociedad, y especialmente la familia, está tratando al anciano; el que debe valerse por sí mismo sin el apoyo y preocupación de las personas que lo rodean.
- Ligado al estado de abandono que sufre el anciano, está la insuficiencia de los recursos económicos con que cuentan estas personas, lo cual genera, amén de otros aspectos, la carencia o mala condición de la vivienda en que habitan. (1992).

Otro estudio significativo de la situación, es el realizado por el Servicio de Trabajo Social del Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes, entre los años de 1987 a 1989, de los casos atendidos y valorados por las Trabajadoras Sociales de este servicio.

Los resultados muestran que del total de pacientes en condición de abandono (150), un 65,8% fueron hombres y un 43,1% fueron mujeres. En cuanto a las edades el 15,6% estaban en el grupo entre los 66 y 77 años; entre 78 y 83 años, un 33.3%, entre 84 y 89 años, un 21.5% y entre 90 y 95 años, un 9.8%, lo que evidencia que los grupos de mayor edad están en mayor riesgo de ser abandonados.

En cuanto al estado civil un 50,9% son solteros, un 27,4% viudos y casados un 17,6%, dato conocido en la población atendida por dicho Hospital.

La mayoría de las personas mayores en condición de abandono, provienen del área metropolitana, un 80,3%; un 58,8% convive con familiares y el 41,1% viven solas.

El aspecto económico también, fue investigado encontrándose que un 43% de la población mayor estudiada no recibe ingresos, y del resto, el 37.2% son pensionados del Régimen No Contributivo (cuyo monto actual es de aproximadamente C7.000,00).

En un trabajo de investigación¹⁰⁴, que se realizó en el Hospital Blanco Cervantes, acerca del ambiente y del contexto familiar que inciden en la condición de abandono y de institucionalización de las personas mayores hospitalizadas y sus respectivas familias. Con una muestra de 60 familias. Se obtuvieron los siguientes datos:

¹⁰⁴ Jiménez Rodríguez S. Abandono e Institucionalización de las Personas Mayores que ingresan al Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes. 1996. Costa Rica

Quienes son las víctimas de abandono

La subpoblación en Riesgo de Abandono, constituye el 30% de las personas mayores incluidas en la muestra. Con los datos obtenidos, se elaboró, el siguiente perfil:

Perfil Socio Demográfico

- El 31% de las personas mayores viven en San José
- El 50% de las personas mayores son mujeres y el 50% varones
- El 21,6% de ellas y ellos son mayores de 80 años
- El 15% de ellas y ellos son mayores de 80 años
- El 15% de personas mayores son viudas
- El 13,3% de ellas y ellos tienen primaria incompleta
- El 18,3% de las personas mayores están jubiladas, el 45% del Régimen No Contributivo por Monto Básico.

Perfil de la Estructura Familiar

- El 13,3% de las personas mayores viven en grupos de 4 o 5 miembros. A medida que aumenta el No de miembros, el riesgo de abandono disminuye, o bien si los grupos son integrados por uno o dos miembros, disminuye.
- El 15% de las y los mayores viven en hogares donde los hijos / as son los y las jefes jefas de familia.
- El 26,5% viven con familiares
- El 11,6% viven en la casa de sus hijos / as
- El 18,3% viven con familiares pobres o muy pobres
- El 13,2% de las personas mayores viven en viviendas muy pequeñas
- El 11,6% viven en viviendas en muy malas condiciones
- El 23,3% en casas que requieren de reparación

Perfil de la Interacción Familiar

- El 18,2% de las personas mayores se encuentran al margen de la comunicación
- El 13,3% de ellas y ellos son “queridas y protegidas”
- El 16,6% según los familiares, deben estar en un Hogar de Ancianos
- El 21,7% de las personas mayores son apreciadas
- El 15% tuvieron malas relaciones con sus parejas en el pasado
- El 13% tienen malas relaciones con las hijas y los hijos en el pasado
- En el presente el 15% tienen regulares o malas relaciones con la familia y el 13,3% muy buenas
- El 18,3% de las y los mayores nunca o casi nunca comen en familia
- El 28,3% nunca o casi nunca pasean en familia
- El 25% nunca o casi nunca participan en la solución de problemas
- El 30% nunca o casi nunca van al cine o a actividades culturales
- El 15% nunca o casi nunca ven televisión acompañados / as
- El 13,3% nunca o casi nunca asisten a fiestas

Si las personas mayores tienen roles al interior de la familia, disminuye el riesgo de abandono, en este sentido:

- El 6,6% de las personas mayores, cuando ejerce el rol de autoridad
- El 6,6% cuando ejerce el rol de proveedor
- Solo un caso cuando ejerce el rol de cuidador, de ama de casa, de educador, de padre o madre, de conciliador
- Pero en general, los roles son ejercidos por pocas personas mayores
- Los roles menos ejercidos son el de ama de casa, y el de cuidador o cuidadora; los más el autoridad y proveedor (a)

La frecuencia de contactos sociales del grupo familiar, en el estudio es positiva, pero no disminuyó los casos de riesgo de abandono, con lo cual se comprueba lo dicho en la teoría, que el número de miembros, la frecuencia de contactos no son garantía de calidad de contactos, para las personas mayores.

Perfil del Apoyo Familiar y Social

- Al interior de la familia: se consultó por el tipo de apoyo que se da entre todos los miembros, al respecto cuando este es de tipo emocional, el riesgo de abandono es mayor, (en el 16,6%), si es económico el riesgo de abandono es de un 8,3%, si es instrumental o doméstico disminuye a un 3,3%. cuando la familia apoya a las personas mayores para que hagan visitas o vayan a un Centro Diurno, el riesgo de abandono disminuye.
- Entre mayor sea el número de horas que la familia pasa con las personas mayores, más alto es el porcentaje de riesgo de abandono
- El 18,3% de quienes están en riesgo de abandono, no son ayudadas en actividades de la vida diaria. Si las personas mayores requieren ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria el riesgo de abandono aumenta
- El 25% de las personas en riesgo de abandono, deben ser ayudadas en ABVD.
- Si la persona cuidadora, es la pareja, el riesgo de abandono es de un 5%. Si es la hija. el riesgo de abandono aumenta a un 6,6%. Si la cuidadora es remunerada, hay 0 casos en riesgo de abandono. Si es una hija con otros familiares el riesgo de abandono es de 6,6%

En el estudio se evidenció que:

- Nueve personas cuidadoras, son las respectivas parejas
- Quince personas cuidadoras en forma permanente son hijas, tres de manera esporádica
- El apoyo externo que recibe la familia, se produce de la familia extensa y si se trata de ayuda económica, el riesgo de abandono, es de un 10,6%; si es emocional disminuye a un 6,6%. si la ayuda es instrumental disminuye a un 3,3%.

El apoyo proveniente de la red vecinal, es emocional y no disminuye el riesgo de abandono. A mayor satisfacción de la familia con el apoyo que recibe, el riesgo de abandono es menor.

Perfil de Responsabilidad Familiar:

- El 23,3% de personas en riesgo de abandono, no serían dejadas en el hospital
- El 30% de personas en riesgo de abandono, están en alto riesgo de ser institucionalizadas; pero tres personas en no riesgo de abandono también
- El 20% de personas en riesgo de abandono, están bien atendidas según los familiares

Del 26,3% de personas en riesgo de abandono, los familiares afirmaron tener resueltas las necesidades básicas, como vivienda, economía, alimentación, apoyo emocional, atención de salud.

Perfil del Estado de Salud

- El riesgo de abandono aumenta en la medida que la condición de salud se deteriora.
- El riesgo de abandono aumenta, si las personas mayores tienen enfermedades crónicas
- Más de la mitad de las personas en riesgo de abandono, tienen problemas en la capacidad mental
-

Perfil de Actividad de las personas mayores

- A menor actividad de las personas mayores, el riesgo de abandono es mayor, el 25% están inactivas, el 5% activas

Perfil de Recursos Comunitarios

- La mayoría de las y los consultados, no conocen recursos comunitarios, o refieren que estos recursos no existen.
- En aquellas comunidades en las que existen, los mismos no son utilizados por las personas consultadas, incluyendo los específicos para personas mayores.

Conclusiones

- De los estudios revisados, se puede concluir, que las personas mayores son dependientes económicamente, lo que pareciera es una fuerte razón para que ellas, tengan que vivir con otras personas. Esta situación podría influir para que tengan menos poder en la toma de decisiones.
- La pérdida de actividad, la enfermedad, la dependencia, encontradas en un alto porcentaje de las personas mayores en los estudios, podrían ser el reflejo de situaciones psicosociales y socioeconómicas difíciles, las cuales interrelacionadas, pueden aumentar el riesgo de abandono.
- Menos de la tercera parte de las personas mayores, son jefes / as de familia, pero cuando desempeñan esta posición en el seno familiar, el riesgo de abandono encontrado es menor.¹⁰⁵
- La mayoría de las comunidades en donde viven las personas mayores, no cuentan con servicios de apoyo, zonas verdes o parques a donde acudir.

¹⁰⁵ Jiménez Rodríguez S. Abandono e Institucionalización de las Personas Mayores que ingresan al Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes. 1996

- El mayor número de personas en riesgo de abandono, son aquellas que están al margen de la comunicación familiar y tienen deterioro mental.¹⁰⁶
- Más de la mitad de las personas mayores, tenían contacto con sus hijas e hijos; y los familiares en general, tienen una imagen bastante positiva de los mayores.. Sin embargo la mitad de las personas en riesgo de abandono, son “queridas y protegidas”.¹⁰⁷
- La mitad de las personas mayores, tuvieron relaciones difíciles con los cónyuges, la tercera parte con los hijos /as; y en estos casos aumenta el riesgo de abandono..
- La familia y en menor porcentaje las personas mayores, cuentan con una red amplia de relaciones, sin embargo en el estudio¹⁰⁸, no se encontró que fueran suficientes para disminuir el riesgo de abandono

En cuanto al apoyo, el más importante para las familias y las personas mayores, proviene, en primer lugar de las propias familias, en segundo lugar de la familia extensa; luego de vecinos, amigos. En este sentido si el apoyo que se brinda es de tipo instrumental, el riesgo de abandono es menor que si el apoyo es emocional o económico

- Es clara la importancia del apoyo social para las personas, en especial las mayores. En el estudio pareciera que el apoyo que reciben las familias es insuficiente, fundamentalmente cuando predominan las necesidades de atención permanente. No aparece en el estudio la interrelación entre la red formal y la informal
- A mayor necesidad de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, o actividades de la vida diaria instrumentales, el riesgo de abandono aumenta
- De la población estudiada, podría decirse que en general es un grupo en riesgo. Pero podrían considerarse tres grupos, uno que presenta factores de riesgo, los cuales pueden ser tratados con mayor oportunidad para evitar daño; el segundo grupo, que se encuentra en alto riesgo, debido a las situaciones que presenta y que por su impacto ya han causado deterioro, y un tercer grupo, el cual presenta daño, de forma irreversible, con las consiguientes complicaciones para él o ella y su familia
- El riesgo de abandono y de institucionalización, están presentes en aquellos casos en los que hay deterioro en la salud, principalmente cuando hay pérdida en la capacidad funcional y requieren de cuidados parciales o totales.
- El riesgo de abandono, está presente, aún cuando en la actualidad hayan relaciones de afecto. Por lo que pareciera que el riesgo de abandono, se relaciona más con el deterioro funcional, el cuidado y los aspectos socioeconómicos, aunque influyen las relaciones pasadas.

Recomendaciones

- Crear políticas integrales que contemplen la organización de la atención de la salud y el desarrollo de redes de apoyo a la Persona Mayor y la familia.
- Evitar que se afiance y perpetúe la imagen social negativa hacia las personas mayores; de las que en general, se piensa como grandes demandantes de servicios de atención. Sin

¹⁰⁶ IDEM.

¹⁰⁷ IDEM

¹⁰⁷ IDEM.

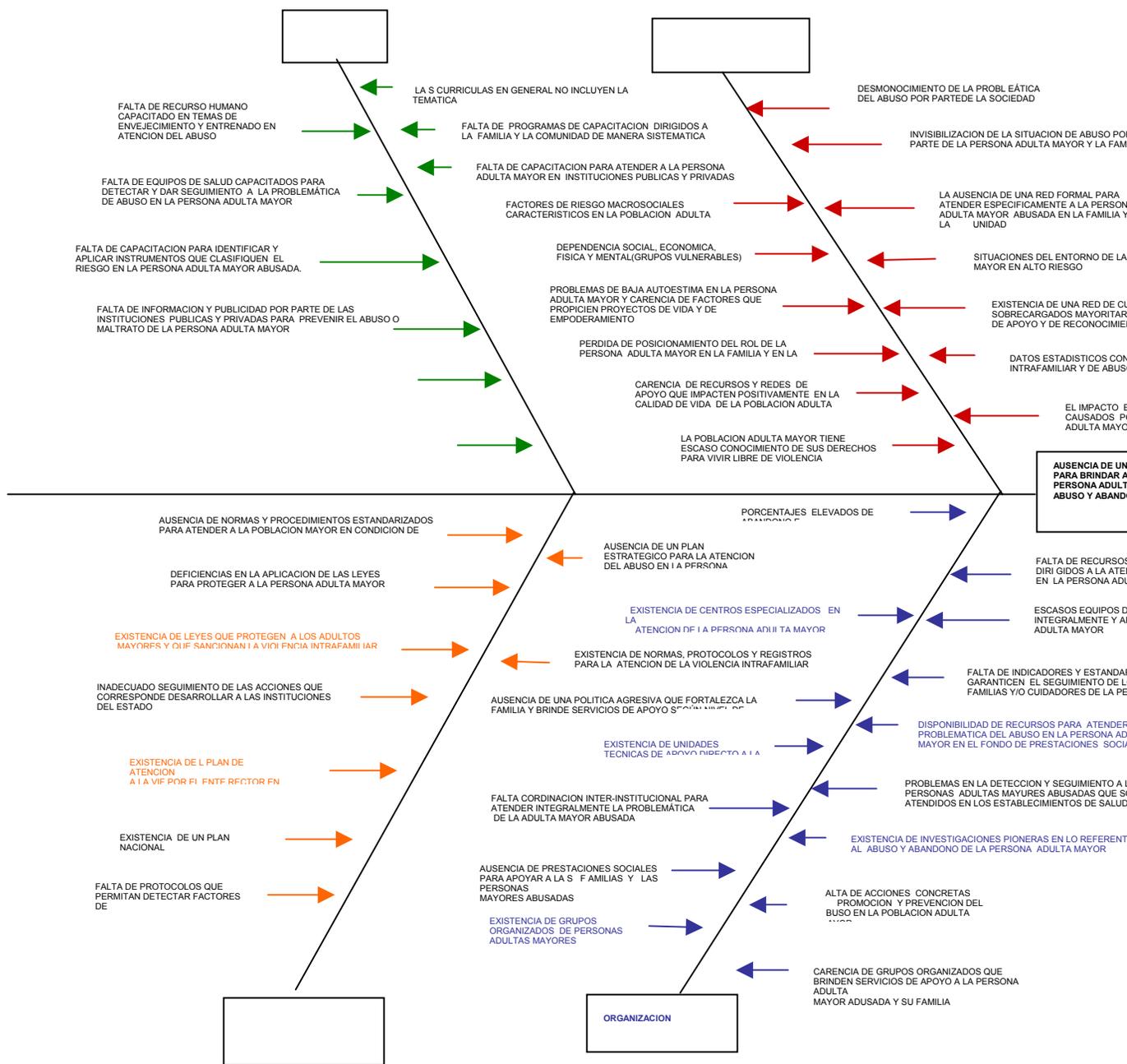
embargo cuando requieren de alguna ayuda, o son dependientes, quienes brindan los cuidados, son personas de la red informal.

- Crear y fortalecer programas dirigidos a las personas cuidadoras
- Utilizar instrumentos que permitan la adecuada valoración de la situación social de las personas mayores. Con el fin de disminuir el ingreso a los hogares de ancianos
- Convertir los Hogares de Ancianos, en Centros de Atención Múltiple, para brindar otros servicios a quienes lo requieran por su condición, evitando con ellos la institucionalización permanente

Anexo 2.

ESQUEMA - DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE PERSONA ADULTA MAYOR EN CONDICION DE

Elaborado



Anexo 3.

Aspectos importantes que se deben considerar para la detección y atención del abuso:

- La operacionalización de un concepto, en este caso el abuso; (al respecto en el cuadro 1-A que se muestra a continuación, se especifican una serie de conductas que pueden ser clasificadas como maltrato)
- la construcción de métodos que permitan medir los eventos observables a través de las conductas manifiestas. En este sentido es necesario decidir que el sufrimiento existe y que es un acto totalmente contrario a lo actos que se realizan para el mantenimiento de la calidad de vida de la persona mayor, cuando esto sucede.
- El otro paso es, cómo valorar la severidad del maltrato. Una vez determinada la severidad del informe, acerca del grado en que el maltrato amenaza la vida, es necesario medir también la intensidad y densidad de las conductas manifiestas.

La determinación de que el sufrimiento es real, puede ser realizada por una valoración objetiva, de qué es necesario para mantener la calidad de vida de la persona mayor, en combinación con una valoración objetiva del subjetivo estilo de vida, y la dinámica diaria que toma lugar entre la persona mayor y otros(as) con quien él o ella están asociados. Sí, de esta evaluación se concluye que el sufrimiento experimentado por la persona mayor es real, y que en alguna de sus formas y grados el abuso toma lugar, se debe entonces estar preparado para identificar las conductas manifiestas y usar las variables intensidad y densidad.

La intensidad consiste de dos medidas: a) la frecuencia de ocurrencia del maltrato y b) la severidad de este típico episodio. La densidad es determinada por el número de formas de maltrato que pueden ser identificadas en un caso. El grado de intensidad es lo más potencialmente dañino del maltrato, el grado de densidad el más atrincherado en el sufrimiento, y el más complicado para medidas correctivas. La frecuencia de ocurrencia da una medida de la severidad del maltrato. El método seguro, propuesto para tener esta información, es a través de tres preguntas relacionadas con respecto al tiempo de ocurrencia de los hechos:

Cuántas veces ha ocurrido el maltrato en el último mes, en los tres últimos meses, y en los últimos seis meses. Del conteo de los números obtenidos en las tres preguntas, se puede obtener un buen dato de la frecuencia de la ocurrencia.

La segunda medida de intensidad puede ser la severidad del maltrato. Esta medida puede requerir de ser valorada objetivamente, pero solo después de tener un claro entendimiento de la naturaleza de como operan las dinámicas de los involucrados en el maltrato.

Lo que el profesional puede definir como maltrato, puede no serlo para el participante; puede que lo que el participante define que no es maltrato, sea maltrato y requiera de algún tipo de medida de intervención.

En un caso de maltrato las subcategorías especificadas en el cuadro 1A, pueden necesitar de ser evaluadas en las categorías medio, moderado o severo maltrato. Cuando la severidad de las conductas es combinada con la frecuencia de ocurrencia, se puede predecir la intensidad del maltrato.

La densidad puede ser medida por el grado en que las varias categorías se superponen en los actuales casos de maltrato. (ver figura 1B). En esta figura se presentan un set de teorías, en un arreglo de las cuatro categorías de maltrato contra las personas mayores.

Los círculos superpuestos están juntos, variando los niveles hasta muy en el centro del círculo, en donde las cuatro categorías ocurren juntas.

El grado, el número de formas de conductas de maltrato, entre ambas y en el cruce de categorías, es lo más complejo del problema y lo más difícil para desenredar. Si los profesionales son incapaces de identificar la complejidad de la situación y examinan las conductas representadas en la figura 1B, separadamente las áreas de tratamiento pueden resultar más explícitas. Como se explica en la base de la figura, una categoría de la conducta representa mínima densidad, alguna combinación de dos o más puede ser medida como moderada densidad, tres categorías pueden ser consideradas como alta densidad, y todas las cuatro puede significar extrema densidad.

Esta esquemática representación indica la extensión del uso de técnicas de intervención necesitadas, así como la amplitud de servicios de ayuda requeridos. En este caso la medida de las formas de eventos observables, es el telón de fondo de la definición causal.

La definición intrínseca de maltrato, incluye todo el espectro del maltrato y además incluye el auto abuso y el abuso que los demás cometen contra los mayores. La definición extrínseca real, llamada así por el nombramiento de las conductas que pueden ser clasificadas en el maltrato a la persona mayor, propone rangos del maltrato que pueden ser identificados como una o más manifestaciones de conductas, categorizadas como circunstancias físicas, psicológicas, sociales, o legales .

La medición de las categorías facilita la medición de los procesos. Porque la definición intrínseca significa, los parámetros de las circunstancias del abuso a la persona mayor, y quien califica a la víctima o al abusador; en cambio la definición extrínseca real nombra la conducta concreta entre los parámetros designados.

Cuadro 1^a: La definición extrínseca del abuso o maltrato a la Persona Adulta Mayor (conductas manifestadas)

Físicas	Psicológicas	Sociales	Legales
I.- Salud y maltrato (referente a la medicación y cuidados) <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia • Excesiva • Irregular • Incorrecto(a) (indebido) • Inadecuado(a) • Duplicado(a) • Negativo(a) 	I.- Humillación <ul style="list-style-type: none"> • Falsedad • Culpabilizar • Ridiculizar 	I.- Aislamiento <ul style="list-style-type: none"> • Retiro involuntario de interacciones sociales • Retiro voluntario de interacciones sociales • Supervisión inadecuada • Soporte social inadecuado 	I.- Explotación material <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de dinero (mal empleo) • Pérdida de propiedades (mal empleo) • Pérdida de posesiones (mal empleo) • Pérdida de seguridad (mal empleo) • Bloquear el acceso a posesiones • Bloqueo al acceso a la seguridad • Bloquear el acceso a dinero
II.-Impedimento corporal <ul style="list-style-type: none"> • Malnutrición • Deshidratación • Demacrado • Mala higiene • Drogadicción • Sueño / descanso inquietos(as) • (perturbados(as)) • Fatiga inexplicable • Baja o alta temperatura • Ventilación inapropiada • Dificultad para mejorar 	II.- Hostigamiento <ul style="list-style-type: none"> • Por teléfono • Intimidación • Amenazas • Instigar (hechos poco a poco) • Gritar 	II.- Confusión de roles <ul style="list-style-type: none"> • Conflicto de roles • Dispersión de roles • Inversión de roles • Disolución de roles 	II.- Explotación de la persona <ul style="list-style-type: none"> • Negación del derecho de auto determinación de la persona mayor competente • Negación del derecho de auto determinación de la persona mayor incompetente • Servidumbre involuntaria

Físicas	Psicológicas	Sociales	
III.- Ataque corporal <ul style="list-style-type: none"> • Quemaduras • Laceraciones o escoriaciones • Magulladuras • Fracturas • Dislocaciones • Verdugones • Heridas • Sarpullidos • Adolorido • Torceduras • Traumas internos • Conductas suicidas • Asalto sexual • Dominio físico 	III.- Manipulación <ul style="list-style-type: none"> • Información obstaculizante • Información falsificada • Dependencia irracional (no razonable) • Interferencia con la toma de decisiones 	III.- Estilo de vida incompatible <ul style="list-style-type: none"> • Falta de privacidad • Desorganización doméstica • Entorno inseguro • Mala asignación del espacio • Abandono 	III.- Robo <ul style="list-style-type: none"> • Quitarle dinero • Quitarle propiedades • Quitarle posesiones • Quitarle seguridad • Extorsión de propiedades • Extorsión de posesiones • Extorsión de seguridad

