



**Gestión económica
de la
salud mental
en
mujeres adultas mayores**

Mery Santana





FLACSO
REPUBLICA DOMINICANA



REPUBLICA DOMINICANA
SUPERATE

Gestión económica de la salud mental en mujeres adultas mayores

Mery Santana





FLACSO
REPÚBLICA
DOMINICANA



REPUBLICA DOMINICANA
MINISTERIO DE SALUD
SUPERATE

Gestión económica de la salud mental en mujeres adultas mayores

Mery Santana





Gestión económica de la salud mental en mujeres adultas mayores

Mery Santana

República Dominicana, 2024

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Programa República Dominicana
(FLACSO-RD)

Calle José Joaquín Pérez N°106, Gascue, Santo Domingo, República Dominicana

flacso.edu.do | flacso@flacso.edu.do

ELABORACIÓN DE INFORME Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Mery Santana Heredia

APOYO EN TERRITORIO

Kherys Sánchez

Leandro Horel Peña

EDICIÓN PUBLICADA COMO PRODUCTO DEL CONVENIO ENTRE
FLACSO REPÚBLICA DOMINICANA Y EL PROGRAMA PRESIDENCIAL SUPÉRATE



FLACSO
REPÚBLICA
DOMINICANA



REPÚBLICA DE LA
DOMINICANA
SUPÉRATE

DIRECTORA GENERAL DEL PROGRAMA PRESIDENCIAL SUPÉRATE:

Gloria Reyes Gómez

COORDINACIÓN TÉCNICA DEL CONVENIO:

Carlos De Peña Evertsz

(MAYO 2022 - JULIO 2023)

DISEÑO DE PORTADA Y DIAGRAMACIÓN:

César Steven Toribio | INOA STUDIO

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra en formato impreso, multicopiado o digital, sin la autorización escrita del autor y de las instituciones propietarias de la presente edición.



Gestión económica de la salud mental en mujeres adultas mayores

Mery Santana



Contenido

Introducción	8
Objetivos	11

Métodos propuestos	12
---------------------------	-----------

Revisión de la literatura	13
Envejecimiento, paulatino pero irremediable	13
Envejecer y empobrecer	14
El envejecimiento y la pobreza tienen cara de mujer	16
Vejez y salud mental	17
Suicidio como problemática social	18
Una mirada al suicidio desde la economía	19

Fallas identificadas de la gestión de la salud (mental)	22
Inversión	22
Cobertura de seguros médicos	24

Comparabilidad Internacional	26
Leyes a favor del bienestar del adulto mayor en América Latina	27
Políticas públicas para las personas adultas mayores en América Latina y el Caribe	30
¿Qué se puede aplicar en República Dominicana?	34

Entrevistas a expertos **35**

Entrevistas a cuidadoras	40
Resultados de las entrevistas	41

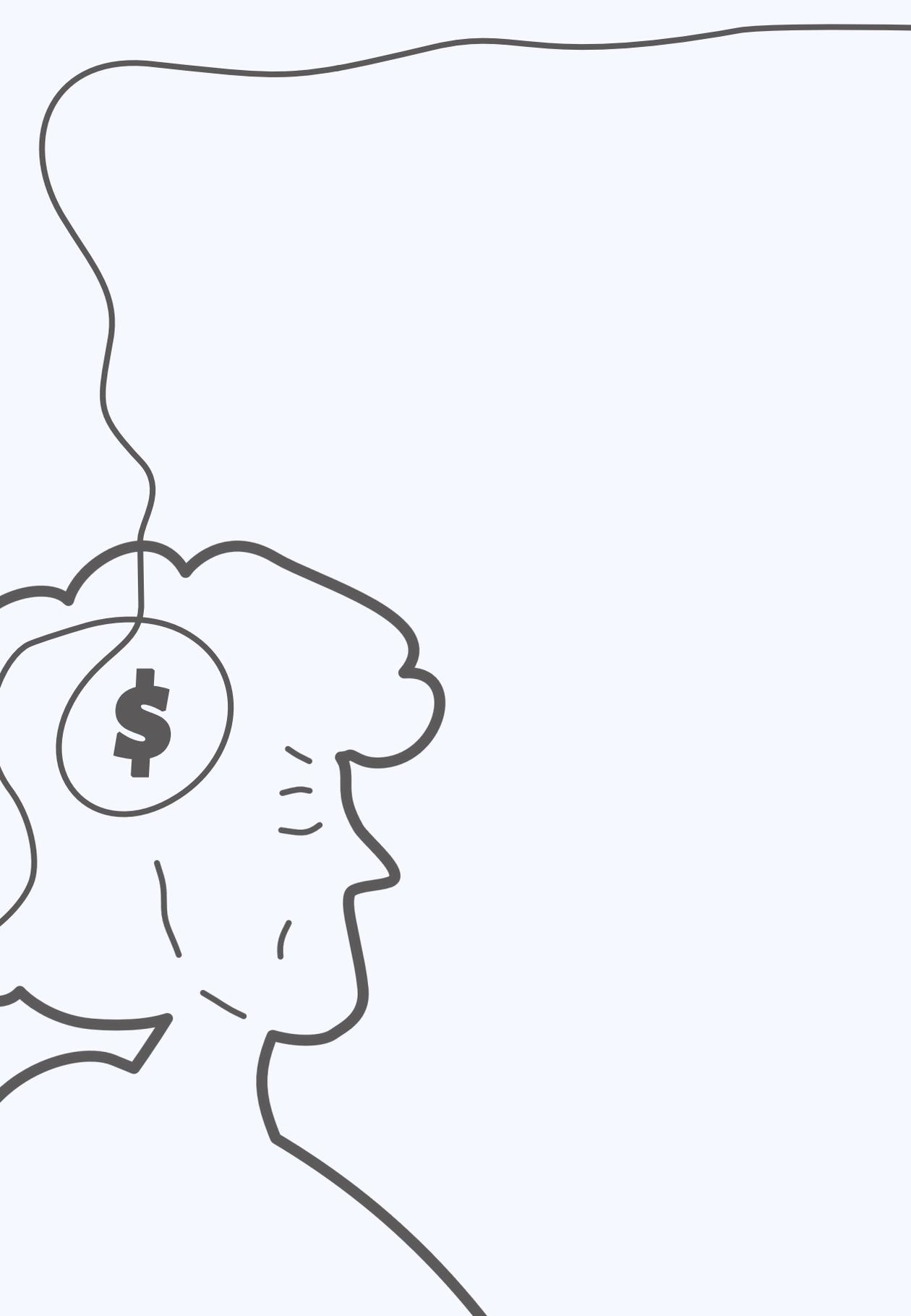
Propuesta de política pública **43**

Apoyo económico al adulto mayor	44
Inclusión social	46
Plan de implementación	47

Recomendaciones **50**

Bibliografía **52**

Anexos **55**





Gestión económica de la salud mental en mujeres adultas mayores

Mery Santana

El siguiente documento contiene la propuesta de política pública a desarrollar sobre la gestión económica de la salud mental en mujeres adultas mayores en República Dominicana. Para la investigadora el tema reviste gran importancia al entender que la vinculación de la salud con la economía no debe ser comercial, como colocar un símbolo de dinero a la salud y bienestar de la población, sino social y estratégico, es decir, diseñar soluciones de políticas públicas basadas en evidencia para optimizar el uso de los recursos y, finalmente, impactar de manera positiva la vida de las personas.

Introducción

Históricamente se ha destacado la importancia de la salud como elemento base para el desarrollo. El logro de “una vida larga y saludable” forma parte de distintas mediciones de bienestar como es el caso del índice de desarrollo humano (IDH), donde la esperanza de vida al nacer es uno de los componentes de esta medición. No obstante, la integralidad de la salud ha cobrado fuerza en las últimas décadas, reconociendo la salud mental como elemento importante para alcanzar el bienestar.

En el marco de mejorar las mediciones sobre bienestar, se entendió necesario de vincular la economía con la salud. Bajo el entendido que la salud un bien escaso y su mantenimiento es imprescindible para la calidad de vida, se hace necesario una gestión óptima de los recursos para satisfacerla. Aquí cobra vida la economía de la salud, como es llamada a esta rama, la cual promueve el uso eficiente de los recursos, principalmente públicos, dirigidos a la salud desde la prevención, detección y tratamiento de enfermedades.

Con el objetivo es optimizar la forma en que se gastan los recursos se logra bienestar económico y social. Desde esta perspectiva, para maximizar la salud y el bienestar de la sociedad es necesario el análisis de los datos, así como proveer a los tomadores de decisiones de información relevante y actualizada que les permita identificar las mejores opciones para el uso de los recursos disponibles. (Martin Knapp, 2020)

Al orientar la mirada a esta temática se pretende reconocer la importancia de caminar hacia la paridad de la salud física y mental, entendiendo la salud mental como elemento central para alcanzar el bienestar de las personas y la sociedad como conjunto.

Partiendo de esto, la salud mental ha llamado el interés de las agendas políticas alrededor del mundo. Desde los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) distintos países han acordado trabajar y destinar recursos para promover la salud y el bienestar (ODS 3), a la vez que se presta especial atención a las enfermedades no transmisibles donde se incluyen los trastornos mentales; reconociendo la salud integral como esencial para alcanzar el desarrollo sostenible.

Esta agenda propone para 2030 “reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.” La relevancia de este postulado puede explicarse desde distintas perspectivas, siendo una de estas el incremento de las enfermedades mentales y el costo económico asociadas a estas.

Esta investigación parte del concepto de salud mental entendido como el “estado de bienestar que permite a los individuos desarrollar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades.” (Galvis, 2018). Al asumir esta definición se entiende el hecho que los trastornos mentales tienen un efecto adverso en la vida de las personas al interferir con su desarrollo académico, productividad laboral, su vida en familia y comunitaria, a la vez que afecta la salud y bienestar de quienes realizan su cuidado de manera no remunerada.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen trastornos mentales denominados “comunes” por su alta prevalencia en la población. En el caso de la depresión sostiene que alrededor del 3.8% de la población mundial padece trastorno depresivo, siendo estos aproximadamente 280 millones de personas en todo el mundo; siendo más común en mujeres que en hombres. Se destaca también que la depresión figura en momentos específicos de la vida como durante el embarazo o luego del parto, ascendiendo al 10% de las mujeres en esta condición. Asimismo, en el caso de los adultos mayores el 5.7% de estos experimenta depresión. (Organización Mundial de la Salud, 2023)

La OMS destaca también “el alto precio” de los trastornos mentales, ya que representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial. La depresión se sitúa en la tercera posición como principal causa de morbilidad, representando un 4.3% a nivel mundial; al verlo por nivel de ingreso de los países, aquellos con ingreso bajo y medio representan 3.2% y 5.1%, respectivamente. (Organización Mundial de la Salud, 2011). Para 2030 se espera que la depresión se coloque como la principal causa de morbilidad a nivel mundial. (Organización Mundial de la Salud, 2023)

Rescatando el dato de que alrededor del 5.7% de las personas adultas mayores sufren depresión y vinculándolo con el incremento de la esperanza de vida al nacer, la longevidad de la población y la baja en la fecundidad que experimentan las naciones, se entiende el interés de prestar especial atención a la población adulta mayor. Es por esta razón que la presente propuesta centra su atención en la persona adulta mayor y en la necesidad de diseñar políticas públicas para mejorar las dinámicas sociales y servicios que reciben en el último tramo de su vida.

Desde las ciencias sociales el envejecimiento va más allá de ser una etapa de la vida y se convierte en un fenómeno socio-demográfico cargado de exclusión y discriminación por razón de la edad. Según como se vea la vejez incidirá en las políticas públicas y acciones sociales en general que se

realice para este grupo que “históricamente casi ausente, invisibles en la agenda pública.” (Ludi, 2011)

¹ Artículo 61 constitución dominicana. Disponible en <https://acortar.link/ldoFhG>

Esta iniciativa se sustenta en la visión que brinda la constitución dominicana a la salud¹ aun cuando no mencione de manera específica a la salud mental, si sostiene la visión de la salud como derecho de todos (as) y la integralidad de la misma.

Igualmente se apoya en la Ley sobre Salud Mental no. 12-06 donde se habla de manera específica sobre la salud mental en el caso dominicano. En esta se estipula la salud como “bien público que debe ser promovido, protegido y satisfecho por el Estado a través de políticas públicas, planes de salud mental y medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial, educativo y de otra índole que serán revisadas periódicamente.” Así mismo reconoce la salud como un bien de importancia social y la salud mental como parte integral del bienestar físico, psicológico y social de la persona. (Ley sobre Salud Mental 12-06, 2006)

Este documento cuenta con varios acápites que de manera lógica explican la relevancia de estudiar esta problemática social, así como las posibles alternativas de solución que se planean implementar en el marco de este proyecto. Presenta los objetivos del estudio, el contexto sobre la relevancia del tema; destaca las fallas identificadas en la gestión de la salud mental en República Dominicana. Asimismo, destaca los comentarios de expertos en la materia y plantea propuestas de políticas públicas innovadoras para impactar al adulto mayor de forma integral.

La OMS destaca también “el alto precio” de los trastornos mentales, ya que representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial. La depresión se sitúa en la tercera posición como principal causa de morbilidad, representando un 4.3% a nivel mundial; al verlo por nivel de ingreso de los países, aquellos con ingreso bajo y medio representan 3.2% y 5.1%, respectivamente. (Organización Mundial de la Salud, 2011). Para 2030 se espera que la depresión se coloque como la principal causa de morbilidad a nivel mundial.

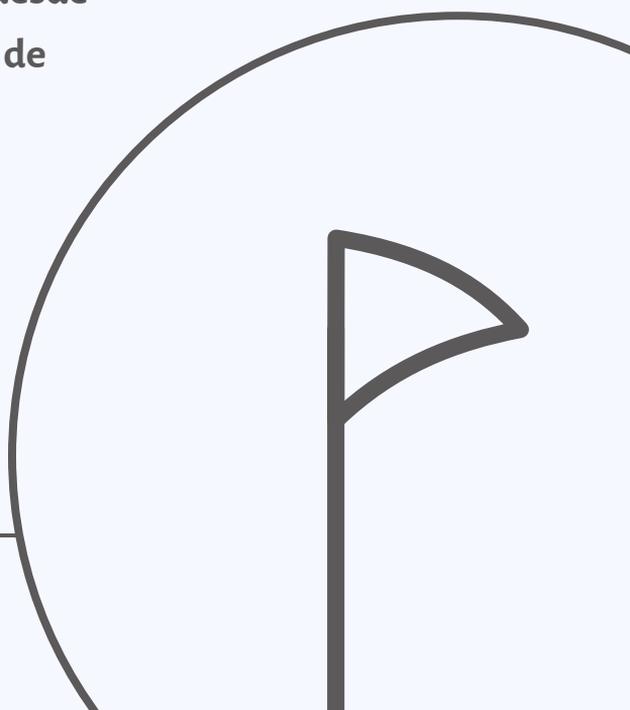
Objetivos

GENERAL

- **Diseñar propuestas de políticas públicas innovadoras en materia de salud mental para mujeres mujeres adultas mayores.**

ESPECÍFICOS

- **Realizar una aproximación sobre la gestión económica de la salud mental en personas adultas mayores en la República Dominicana, desde una mirada económica y de políticas.**



Métodos propuestos

En el marco de esta propuesta se realizó una revisión detallada de la literatura disponible la cual contribuyo a comprender la interrelación entre la salud mental, la economía y la vejez, principalmente de las mujeres.

Se complementó la revisión de literatura con entrevistas a expertos en distintas ciencias sociales y humanas, a fin de obtener una visión ampliada de la problemática desde miradas distintas pero complementarias. Fueron entrevistados un sociólogo, un doctor en demografía, una psicóloga, una gerontóloga, entre otros especialistas. De igual manera, fueron realizados acercamientos con personas vinculadas a fundaciones que presten servicios sobre salud mental y/o personas de la tercera edad, así como otras personas interesadas en el tema.

Adicionalmente, fue realizado un levantamiento de información con entrevistas a profundidad a mujeres adultas mayores que cuidan personas con condición, diagnosticada o no, de salud mental, así como familiares de mujeres adultas mayores que padecen una condición de salud mental. Se eligió el Distrito Nacional como el espacio geográfico para realizar las entrevistas a la población señalada.

(...) la vejez se vive distinta según el entorno social, género, lugar de residencia, posición social; no obstante, la vejez suele presentarse como un “factor de exclusión más que de privilegios” **al marginalizar al adulto mayor de la esfera pública (mercado laboral, principalmente) y relegarlos al espacio privado (...)**



Revisión de la literatura

Envejecimiento, paulatino pero irremediable

El incremento de la esperanza de vida al nacer, la longevidad de la población y la baja en la fecundidad que experimentan las naciones ha motivado a prestar especial atención a la población adulta mayor, su dinámica social, demanda de servicios y su salud mental. En el marco de este estudio se considera persona adulta mayor aquella mayor a 60 años de edad.

Desde las ciencias sociales el envejecimiento va más allá de ser una etapa de la vida y se convierte en un fenómeno socio-demográfico cargado de exclusión y discriminación por razón de la edad. Según como se vea la vejez incidirá en las políticas públicas y acciones sociales en general que se realice para este grupo que "históricamente ha estado casi ausente, invisibles en la agenda pública." (Ludi, 2011)

Bien es cierto que la vejez se vive distinta según el entorno social, género, lugar de residencia, posición social; no obstante, la vejez suele presentarse como un "factor de exclusión más que de privilegios" al marginalizar al adulto mayor de la esfera pública (mercado laboral, principalmente) y relegarlos al espacio privado, donde aportan mano de obra gratuita para el cuidado del hogar y sus miembros. (Osorio, 2008) El llamado "viejismo" siendo la discriminación y segregación hacia la población vieja, está relacionada al miedo que tienen las personas a envejecer, es decir, se distancian de las personas mayores quienes constituyen un retrato posible de su futuro. (Ludi, 2011)

La vejez esta revestida de dependencia del cuidado de los hijos u otros allegados. Sin embargo, debido al cambio en la dinámica familiar referente a la caída de la natalidad se ha experimentado una crisis en el cuidado, donde se hace necesario la intervención estatal y del sector privado para la desfamiliarización de los cuidados y repartir la carga de responsabilidad sobre la atención de las personas mayores.





(...) la persona en condición de vulnerabilidad socioeconómica se enfrenta a una prospectiva de bienestar social nulo al no tener garantizado incluso los derechos más básicos.

Dicho esto, el envejecimiento está relacionado con vulnerabilidad social, el cual se acentúa en contexto de pobreza. Según Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) la vulnerabilidad social no es más que el resultado de las experiencias de vida cuando los grupos más débiles no pueden enfrentar las consecuencias del patrón de desarrollo vigente. Estas consecuencias impactan directamente en ellos y su perspectiva de vida. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2001)

De manera general, la vulnerabilidad se asocia a carencias de la población y puede verse en temas de salud, hogar, servicios básicos, etc., estas condiciones de acceso o no están condicionadas al nivel socioeconómico de la personal. Es decir, la persona en condición de vulnerabilidad socioeconómica se enfrenta a una prospectiva de bienestar social nulo al no tener garantizado incluso los derechos más básicos.

En el caso de las personas adultas mayores (pobres), la vulnerabilidad social se hace evidente en materia de empleabilidad, ya que a su edad deberían estar fuera del mercado laboral y ser beneficiarios de una pensión o jubilación. Sin embargo, debido a los ingresos limitados con los que cuentan, retirarse del mercado laboral deja de ser una opción, por lo que se dedican a trabajos informales. También se destaca el caso de aquellas personas que nunca tuvieron un empleo formal, por lo que no cuentan con opción a pensión por vejez; esta situación les obliga a continuar buscando fuentes de ingreso aun a su edad. (Bernardino Jaciel MONTOYA-ARCE, 2016)

Envejecer y empobrecer

La llamada “muerte social” que se relaciona con la vida adulta luego de la tercera edad, transforma al adulto mayor en un ser socialmente visto como necesitado y frágil, demandante de ayuda y atención, dejando de lado su rol de ciudadano y de ente social productivo. La discriminación que se asocia al envejecimiento, donde se considera que, al llegar a la edad socialmente fijada para jubilación, la persona deja de ser un productivo, significa “exclusión social relacionada con el derecho a un ingreso y la



participación económica en diferentes instituciones y ámbitos sociales.” Esta situación crea, muchas veces, barreras para la satisfacción de necesidades, la superación de la pobreza, el desarrollo de potencialidades y el desenvolvimiento social. (Osorio, 2008)

El problema social que representa el envejecimiento este entrelazado con el empobrecimiento que este grupo poblacional experimenta. Envejecer significa la disminución significativa de los recursos por concepto de ingreso, cuando quien fuese empleado formal pasa a recibir en su jubilación alrededor del 75% de los ingresos que anteriormente percibía como salario. (Ludi, 2011) Adicionalmente, implica que quienes se dedicaban al sector informal, quedan desprotegidos al estar fuera de la red de protección social, sin seguro médico y acceso a pensión digna, siendo obligados a continuar realizando labores como venta ambulante, aun cuando sus energías se están viendo disminuidas.

El envejecimiento en contextos de pobreza se entrelaza no solo con la trasmisión generacional de la pobreza, donde estas personas quien hoy son personas adultas mayores, posiblemente han pasado toda su vida residiendo en sectores marginales, con los inconvenientes propios que estos presentan en acceso a servicios básicos, educación, seguridad ciudadana, etc., a la vez que, su círculo familiar experimenta una situación socioeconómica parecida, pudiendo incluso llegar a repetir este patrón en la vejez.

A esto puede agregarse el trabajo de cuidado no remunerado y como la persona adulta mayor, así como su círculo familiar, apuesta a los más jóvenes y su desarrollo para cambiar la realidad en la que viven por lo que su energía y tiempo suele dedicarse al trabajo no remunerado y de cuidado. Según datos de la Oficina Nacional de Estadística (ONE), las mujeres entre 60-74 años dedican aproximadamente 28 horas semanales al trabajo doméstico no remunerado, mientras que las mujeres de 75 años y más destinan aproximadamente 17 horas a la semana a este tipo de actividad. (Oficina Nacional de Estadística, 2018)



La llamada “muerte social” que se relaciona con la vida adulta luego de la tercera edad, transforma al adulto mayor en un ser socialmente visto como necesitado y frágil, demandante de ayuda y atención, dejando de lado su rol de ciudadano y de ente social productivo.



El envejecimiento y la pobreza tienen cara de mujer



Por cada 100
hombres en
condición de
pobreza,
existen 135 mujeres
entre 20 a 59 años
que viven en esa
misma realidad.

El envejecimiento, visto desde las ciencias sociales y humanas, es más que solo un proceso de transformación física, sino un fenómeno socio-demográfico donde se llevan a cabo distintas dinámicas sociales. En el caso dominicano, según las estimaciones de la población realizadas por la ONE para el 2023, el 11.8% de la población residente en el país corresponde a 60 años de edad o más, es decir, 1,266,436 personas; de estas 657,548 son mujeres adultas mayores, es decir el 6.13% de la población dominicana.

Esta población enfrenta realidades diferenciadas, por su edad, pero también por ser mujer. Según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en 2022, la feminización de la pobreza en la República Dominicana ascendió a 135.6, es decir por cada 100 hombres en condición de pobreza, existen 135 mujeres entre 20 a 59 años que viven en esa misma realidad.

Si bien el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD) no presenta los datos de pobreza por grupos de edad, sino por regiones y sexo, se puede apreciar que la tasa de pobreza monetaria general para 2022 fue de 29.4 para las mujeres, frente al 25.8 correspondiente a los hombres; en el caso de las mujeres superó el valor de la tasa nacional de pobreza monetaria general, a saber, de 27.2. (Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, 2023)

**POBLACIÓN DOMINICANA
CON 60+ AÑOS**

1,266,436

**MUJERES DOMINICANAS
CON 60+ AÑOS**

657,548

Estos datos invitan a la reflexión sobre la vejez dominicana y su realidad social, entendiendo que se enfrentan a la pobreza, perpetuada durante toda la vida, y lo que esto significa para la tercera edad donde se presentan desmejora física y mental.

Vejez y salud mental

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen trastornos mentales denominados “comunes” por su alta prevalencia en la población. En el caso de la depresión sostiene que alrededor del 3.8% de la población mundial padece trastorno depresivo, siendo estos aproximadamente 280 millones de personas en todo el mundo; siendo más común en mujeres que en hombres. Se destaca también que la depresión figura en momentos específicos de la vida como en el caso de los adultos mayores el 5.7% de estos experimenta depresión. (Organización Mundial de la Salud, 2023) En el caso de la ansiedad, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) un 3,6% sufría trastorno de ansiedad, afectando alrededor de 264 millones de personas. (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2017). El informe presenta el incremento que estas enfermedades experimentaron en un periodo de diez años (2005-2015), siendo de 18.4% y 14.9% respectivamente.

La OMS destaca “el alto precio” de los trastornos mentales, ya que representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial. La depresión se sitúa en la tercera posición como principal causa de morbilidad, representando un 4.3% a nivel mundial; al verlo por nivel de ingreso de los países, aquellos con ingreso bajo y medio representan 3.2% y 5.1%, respectivamente. (Organización Mundial de la Salud, 2011). Para 2030 se espera que la depresión se coloque como la principal causa de morbilidad a nivel mundial.

Es necesario mencionar al suicidio como resultado de situaciones de salud mental no atendidas, ya sea en el tiempo necesario, con la intensidad requerida o de la calidad necesaria. En el caso dominicano, para 2021 se registraron 670 suicidios de los cuales el 14% correspondió a personas mayores de 60 años, es decir, 94 casos. Se destaca que de estos el 92% fueron hombres que atentaron contra su vida. (Oficina Nacional de Estadísticas, 2021)



Es necesario mencionar al suicidio como resultado de situaciones de salud mental no atendidas, ya sea en el tiempo necesario, con la intensidad requerida o de la calidad necesaria.

280 millones

**SUFREN DE DEPRESIÓN
A NIVEL MUNDIAL**

**SUFREN DE ANSIEDAD
A NIVEL MUNDIAL**

264 millones



Dentro de los factores de riesgo del suicidio se encuentran discriminación, sentido de aislamiento, abuso, violencia y relaciones conflictivas, trastornos mentales, dolores crónicos, consumo nocivo de alcohol, pérdidas financieras, entre otros.

EN 2021 SE REGISTRARON

670

SUICIDIOS EN REPÚBLICA DOMINICANA

Suicidio como problemática social

El suicidio es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) una problemática de salud pública, siendo la salud mental parte importante para lograr la salud integral y el bienestar de la persona.

El suicidio es un fenómeno multifactorial, es decir, para explicar sus causas no se pueden analizar los elementos por separado sino ver el hecho como consecuencia de un conjunto de situaciones que al relacionarse entre sí produce un trágico resultado. Estos factores, según las principales teorías genéricamente aceptadas, pueden ser ambientales, sociales, psicológicos, culturales y genéticos.

Es prevenible. Según la OMS/OPS para lograr su prevención debe ser una prioridad multisectorial que incluya no solo el sector salud sino también los de educación, empleo, bienestar social, justicia y otros. A demás que debe adaptarse al contexto cultural y social, a fin de que los esfuerzos estén focalizados en la realidad de cada país. (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 2014)

DE LOS CUALES

94

CORRESPONDIERON A PERSONAS MAYORES DE 60

Dentro de los factores de riesgo del suicidio se encuentran discriminación, sentido de aislamiento, abuso, violencia y relaciones conflictivas, trastornos mentales, dolores crónicos, consumo nocivo de alcohol,

pérdidas financieras, entre otros. (Prevención del Suicidio: Un Imperativo Global, 2014)

Este argumento resulta de especial interés ya que, en el caso dominicano, para 2021 se registraron 670 suicidios de los cuales el 14% correspondió a personas mayores de 60 años, es decir, 94 casos. Se destaca que de estos el 92% fueron hombres que atentaron contra su vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), presenta al suicidio como una prioridad de salud pública, por lo que ha elaborado varios documentos destacando este hecho como “una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida.” (Organización Mundial de la Salud , 2018)

Una mirada al suicidio desde la economía

El economista Gary Becker analizo el suicidio desde la perspectiva económica. Indicó que las personas estiman costos y beneficios en todas las decisiones que toman, incluso en aquellas que parecen impulsivas; basado en esto argumenta que el suicidio es una decisión racional la cual se toma luego de evaluar el valor presente de la vida futura.

Con esto sostiene que cuando la persona observa que su vida a futuro continuará transcurriendo en la infelicidad, es decir, el valor presente de su vida futura es nulo o negativo, la persona optará por terminar con su vida. La decisión del suicidio dependerá de cómo el individuo valore el futuro, mentalidad que rige la economía. (Centro de Divulgación del Conocimiento Económico para la Libertad , 2014)

La decisión del suicidio puede estar influenciada por el bienestar que la persona estime tendrá en el futuro y cómo valore en la actualidad ese futuro. De la mano de esto, la decisión del suicidio podría ser postergada hasta después que ocurra un momento de felicidad transitoria que se vislumbra en el futuro. Así mismo, otra posible influencia al momento de realizar un análisis costo-beneficio del suicidio son las creencias religiosas de la persona. En el caso del cristianismo, la persona puede desistir de su elección al pensar que perderá la vida eterna y se irá al infierno.

En cualquier caso, el suicidio genera externalidades, generalmente negativas, para las personas cercanas a las víctimas, dejando afecciones emocionales y en ocasiones situaciones económicas a las cuales hacer frente.



(...) cuando la persona observa que su vida a futuro continuará transcurriendo en la infelicidad, es decir, el valor presente de su vida futura es nulo o negativo, la persona optará por terminar con su vida.

La decisión del suicidio dependerá de cómo el individuo valore el futuro, mentalidad que rige la economía.



Dentro de las conclusiones destaca que mientras más crezca Chile, económicamente hablando, del modo desigual en que lo hace, será más propenso al incremento de la tasa de suicidios.

Como solución presenta la reestructuración de una política dirigida a prevenir los suicidios repensando el modelo de desarrollo e interviniendo la salud mental.

Por otra parte, investigaciones recientes han relacionado variables económicas con el suicidio. Tal es el caso de la Revista Latinoamericana de Psicología, la cual presentó un artículo donde expone que la dinámica social y económica en Chile, muy atada a la globalización, produce crecimiento económico; sin embargo, esto no va de la mano con mejoras en las condiciones de salud mental. Este artículo considera al suicidio como indicador de desarrollo, al entender que la desigualdad económica y de acceso a servicios como la salud, la precarización laboral y el debilitamiento de las redes sociales es evidencia de que la dinámica económica sin desarrollo económico y social no está encaminado al bienestar. (Moyano Díaz, Emilio; Barría, Rodolfo, 2006)

Esta publicación sostiene entre las hipótesis explicativas que “el incremento del suicidio en Chile se alude al crecimiento económico globalizado de los últimos 20 años”; esto debido a que el trabajo absorbe la mayor parte del tiempo de las personas, a la vez que genera tensiones e inestabilidad, provocando aislamiento y menos vida familiar. Las personas tienen una vida más longeva, la cual se ve acompañada, en muchos casos, de enfermedades y soledad, incremento en el abuso del alcohol y las drogas, depresión (su extremo es el suicidio).

Dentro de las conclusiones destaca que mientras más crezca Chile, económicamente hablando, del modo desigual en que lo hace, será más propenso al incremento de la tasa de suicidios. Como solución presenta la reestructuración de una política dirigida a prevenir los suicidios repensando el modelo de desarrollo e interviniendo la salud mental.

En la región se realizó otra investigación sobre la relación suicidio-economía, esta vez analizando el caso de Colombia. Prestando atención a determinantes económicos como el nivel educativo, la probabilidad de desempleo y la presencia de conflicto armado afecta las decisiones suicidas, esta investigación sostiene que se produce aumentos en las muertes por suicidios cuando incrementa el desempleo, hay poca interacción social o la persona se auto aísla y cuando existan conflictos armados, los cuales reducen el ingreso esperado y el contacto social de los individuos, por tanto, reducen la utilidad en valor presente de la vida. No obstante, la investigación también

concluye que “un aumento en el nivel de escolaridad de los individuos incrementa el ingreso esperado y, por tanto, su utilidad en valor presente lo que reduce la fracción de suicidas en la sociedad. (Karina Andrea Cruz Parra, 2006)

Otro estudio que aborda este tema con una mirada económica es “Impacto del Ciclo Económico en las Tasas de Suicidio, Estados Unidos 1928-2007”, el cual concluye que el suicidio incrementa en periodos de recesión económica y declina en los momentos de expansión. Sostiene, igualmente, que los problemas económicos pueden impactar en como las personas se sienten sobre sí mismas y su futuro de la misma manera que lo hace la relación con familiares y amigos; puede llegar a perturbar comunidades enteras. (Centro de Control y Prevención de Enfermedades, 2011)

De manera general, lo anteriormente expuesto es solo un ejemplo de cómo la literatura ha estudiado y documentado como la vejez, el aislamiento y las precariedades económicas pueden ser detonantes de suicidio, principalmente en personas que ya vienen batallando con situaciones de salud mental. En el caso de las personas adultas mayores, son personas que cumplen estas características, ya que se convierten en dependientes de personas ocupadas y cansadas por las dinámicas laborales, académicas y sociales de manera general, son exiliados del entorno de toma de decisiones y relegados al espacio doméstico.

Resaltando lo que menciona en la agenda 2030 y su interés de reducir las muertes por enfermedades mentales, es necesario intervenir a tiempo y destinar los esfuerzos en las personas más propensas a sufrir problemas mentales y suicidios. Por tanto, el diseño de políticas públicas para la vejez, pretende mejorar su calidad de vida y aspiración de bienestar, a la vez que se convierte en reivindicación social para el adulto mayor y el aporte que brinda en su comentario para la sociedad como conjunto.



Resaltando lo que menciona en la agenda 2030 y su interés de reducir las muertes por enfermedades mentales, es necesario intervenir a tiempo y destinar los esfuerzos en las personas más propensas a sufrir problemas mentales y suicidios.

Fallas identificadas de la gestión de la salud (mental)



Según una investigación realizada en la pasada década, (...) se entiende que para el año 2010, el Estado dominicano dispuso solamente del 0.61% del gasto total en salud para abordar la problemática de salud mental.

Este porcentaje colocó a República Dominicana como uno de los países de América Latina con la inversión en salud mental más baja de la región.

La salud mental como problemática social requiere de acciones estatales y privadas para el logro del bienestar colectivo. Dicho esto, existen algunas fallas que han sido identificadas en la gestión de la salud mental, las cuales se exponen a continuación con el fin último de sentar las bases para el diseño de planes, proyectos y políticas públicas para mejorar la vida de la población como conjunto, y en lo que atañe a esa investigación, brindar calidad de vida a las personas adultas mayores.

Inversión

En la ley que establece el Presupuesto General de la Nación referente al año en curso, 2023, indica que para el sistema de salud se ha asignado un total de RD\$ 275,378,926,642, este monto deberá distribuirse entre todas las necesidades del sistema sanitario, entre ellas la mejora en la calidad de los servicios y la atención oportuna y de calidad a la salud mental. Si bien es cierto que la suma es cuantiosa, no se cuenta con un desglose que indique la proporción que será destinada a salud mental propiamente. Sin embargo, la historia muestra que el futuro no es muy alentador.

RD\$ 275,378,926,642

**PARTIDA ASIGNADA AL SISTEMA DE SALUD EN
EL PRESUPUESTO DOMINICANO DEL 2023**

Según una investigación realizada en la pasada década, la cual, hacía referencia a la visión económica de la salud mental en el país, se entiende que para el año 2010, el Estado dominicano dispuso solamente del 0.61% del gasto total en salud para abordar la problemática de salud mental. Este porcentaje colocó a República Dominicana como uno de los países de América Latina con la inversión en salud mental más baja de la región; donde para la fecha otros países destinaban mayores proporciones, siendo ejemplo Jamaica con 6.04%, Costa Rica con 2.91%,

Honduras y Guatemala con 1.61% y 1.46%, respectivamente. (Society for Family Health (SFH/PSI), Ministerio de Salud Pública y Servicio Nacional de Salud, 2018)

De igual manera, el Atlas de Salud Mental- perfil República Dominicana, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sostiene que para 2013 el gasto por habitante destinado a salud mental fue de US\$0.09, correspondiéndose a 4.9 pesos dominicanos. Esta cantidad si bien reducida, se contrasta con el gasto total en salud per cápita para el mismo

RD\$4.9 pesos

GASTO EN SALUD MENTAL POR HABITANTE EN R.D.

Asimismo, según el estudio anteriormente mencionado, para el año 2017 el monto destinado a salud mental por el país quedaba nuevamente por debajo del punto porcentual (0.73%), manteniendo la brecha abismal con el promedio de América Latina y el Caribe de 8%.

Esta dinámica presupuestaria impacta de manera directa al personal que presta el servicio, así como la motivación de jóvenes a formarse como nuevos profesionales en el área de salud mental. Según datos del Servicio Nacional de Salud, para 2018 se contaba con 549 trabajadores especializados en salud mental para atención ambulatoria y hospitalización, de estos 410 eran psicólogos clínicos y 139 psiquiatras. Una de las limitantes que presenta la atención a salud mental es que la mayoría de los profesionales se concentran en zonas metropolitanas de Santo Domingo, convirtiéndose en una barrera de acceso para las personas que demandan esos servicios y se



Según datos del Servicio Nacional de Salud, **para 2018 se contaba con 549 trabajadores especializados en salud mental para atención ambulatoria y hospitalización, de estos 410 eran psicólogos clínicos y 139 psiquiatras.**

INVERSIÓN EN SALUD MENTAL EN LATINOAMÉRICA COMO PORCENTAJE DEL PRESUPUESTO DE SALUD.

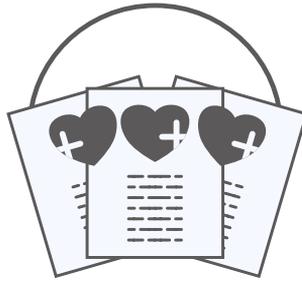




Importante destacar que quienes acceden a profesionales expertos en salud mental para ser acompañados en los procesos que estén lidiando en la vida, lo hacen a través de sus propios recursos, ya que las **Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) presentan coberturas mínimas o inexistentes para las consultas psicológicas y psiquiátricas en los planes básicos, siendo necesario contratar un plan superior para acceder a este servicio.**

encuentran en otras localidades. De igual manera, cuando se hace referencia a los profesionales de la salud que trabajan en esta área, se observa baja cantidad, es decir, que un profesional de la salud mental tendría que atender una cantidad sobrehumana de personas, de estas decidir buscar el servicio. Para ser exactos, según los datos disponibles, República Dominicana contaba con solo cuatro (4) psicólogos por cada 100,000 habitantes; mientras que se contaba solo con 1.3 psiquiatras por cada 100,000 habitantes. (Society for Family Health (SFH/PSI), Ministerio de Salud Pública y Servicio Nacional de Salud, 2018, pág. 33)

Cobertura de seguros médicos



Los distintos acuerdos, leyes y planes que han sido mencionados son un reflejo de los compromisos que han sido asumidos por el país en materia de salud mental (ODS, END 2030, la Ley 12-06, etc.) Sin

embargo, para lograr mejoras significativas y honrar dichos acuerdos y compromisos es necesario prestar atención a la promoción y prevención de la salud mental e incluirlos en los espacios de discusión y toma de decisiones.

Bien es cierto que la salud mental aun esta estigmatizada, no es menos cierto que muchas personas, principalmente personas jóvenes reconocen su relevancia e intentan incorporarlo a los servicios médicos que demandan. Importante destacar que quienes acceden a profesionales expertos en salud mental para ser acompañados en los procesos que estén lidiando en la vida, lo hacen a través de sus propios recursos, ya que las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) presentan coberturas mínimas o inexistentes para las consultas psicológicas y psiquiátricas en los planes básicos, siendo necesario contratar un plan superior para acceder a este servicio.

A continuación, se listan las principales ARS de República Dominicana y la cobertura que estas brindan en materia de salud mental.

1. ARS SENASA.



El seguro nacional de salud, mejor conocido como SeNaSa es la ARS del Estado dominicano, estando dividida en la parte subsidiada (con acceso a centros públicos) y la parte contributiva, donde la persona esta empleada en un espacio formal donde se le descuenta la contribución al seguro da salud tanto al empleador como al empleado.

En su plan Larimar, siendo este un plan privado opcional que la persona contrata, si cuenta con cobertura a salud mental, tanto consultas psicológicas y psiquiátricas de un 80% hasta RD\$3,000 por año. Esta cobertura resulta insuficiente, ya que las persona debe acudir a terapia varias veces al año, idealmente de manera semanal, resultando que el monto disponible se agote en menos de un mes con solo dos o tres consultas.

RD\$3,000

MONTO DE COBERTURA ANUAL OFRECIDA POR SENASA EN SU PLAN LARIMAR

2. ARS HUMANO.



El plan básico de Humano, llamado Primera de Humano, no cuenta con cobertura para atención a la salud mental. Sin embargo, para sus planes de mayor nivel esta ARS si ofrece cobertura en salud mental, de manera específica en consultas psicológicas y psiquiátricas. Esta cobertura implica desde un 80% de cobertura de los honorarios médicos dentro de la red de prestadores por cinco (5) años, hasta reembolso entre 90% y 100%. (ARS Primera) (ARS Humano, n.d.)

RD\$ 0

MONTO DE COBERTURA ANUAL OFRECIDA POR HUMANO EN SU PLAN BÁSICO PRIMERA DE HUMANO

3. ARS UNIVERSAL Y ARS MAPFRE



Estas ARS no presentan cobertura de consultas a especialistas de salud mental en su plan básico de salud, siendo consistente con el resto de las ARS quienes dejan fuera del plan de salud a la salud mental. Con esto se entiende que desde las instancias privadas que brindan el seguro de

RD\$ 0

MONTO DE COBERTURA ANUAL OFRECIDA POR UNIVERSAL Y MAPFRE EN SUS PLANES BÁSICOS



Estos datos actualizados sostienen la necesidad de modificar la cobertura de los planes básicos, donde se incluya la gestión de la salud mental, reduciendo así el gasto de bolsillo de la persona que le interesa buscar el servicio y debe costearlo por sus propios medios.

salud, esto siendo una empresa o negocio asociado a la salud de los ciudadanos, se presenta con menor importancia la atención oportuna a la salud mental de los afiliados. (ARS Universal, 2023) (ARS MAFRE, n.d.)

Estos datos actualizados sostienen la necesidad de modificar la cobertura de los planes básicos, donde se incluya la gestión de la salud mental, reduciendo así el gasto de bolsillo de la persona que le interesa buscar el servicio y debe costearlo por sus propios medios. Al destinar esfuerzos por mejorar el acceso y alcance de la salud integral, donde se incluye la salud mental, en la población dominicana, se impactará de manera positiva no solo la vida de quien demanda el servicio, sino de su entorno, a la vez que se crea la oportunidad de obtener una salud integral para la población al acercar la salud mental a sus vidas.

Asimismo, estas fallas identificadas se transforman en desafíos pendientes y oportunidades de mejora a ser enfrentados con el diseño e implementación de políticas públicas de calidad, participativas y flexibles.

Comparabilidad Internacional

Este apartado contiene una mirada a la región de América Latina y el Caribe buscando contextualizar donde están en temas de protección y/o priorización al adulto mayor. Para esto, se divide el análisis en dos (2) segmentos. El primero aborda las leyes y normativas existentes en los países y el segundo acápite las acciones puntuales o políticas públicas para las personas adultas mayores.

Leyes a favor del bienestar del adulto mayor en América Latina

Distintos países de la región han realizado avances en materia regulatoria sobre la visión que debe tener la sociedad para la personas adultas mayores. Se destaca República Dominicana y Costa Rica con leyes vigentes desde finales de la década de los 90's, mientras que otros países han promulgado leyes sobre este tema hace relativamente poco tiempo, como es el caso de Venezuela y El Salvador, ya que sus leyes sobre vejez datan solo del 2021.

En el cuadro siguiente se aprecia que las leyes disponibles en materia de protección del adulto mayor recaen de manera generalizada en lo mismo, es decir, mencionan garantía y protección de derechos, así como igualdad de oportunidades y vida digna. Sin embargo, las leyes y políticas públicas no avanzan al mismo ritmo que lo hace la dinámica poblacional.

220 millones

**CANTIDAD DE PERSONAS ADULTAS MAYORES
ESPERADAS EN AMÉRICA LATINA PARA 2060**

Según el informe Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores, los procesos demográficos y con esto el envejecimiento poblacional avanza de manera acelerada en la región. “Por ejemplo, América Latina y el Caribe experimentó en medio siglo un envejecimiento poblacional parecido al registrado en Europa en dos siglos.” (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2022)

Se espera que para 2060 la cantidad de personas adultas mayores que resida en la región superará la de Asia y Oceanía, alrededor de 220 millones de personas. Asimismo, se estima que al final de este siglo la proporción de adultos mayores en América Latina y el Caribe represente casi el 40% del total de la población (ver gráfico en páginas 34 y 35).

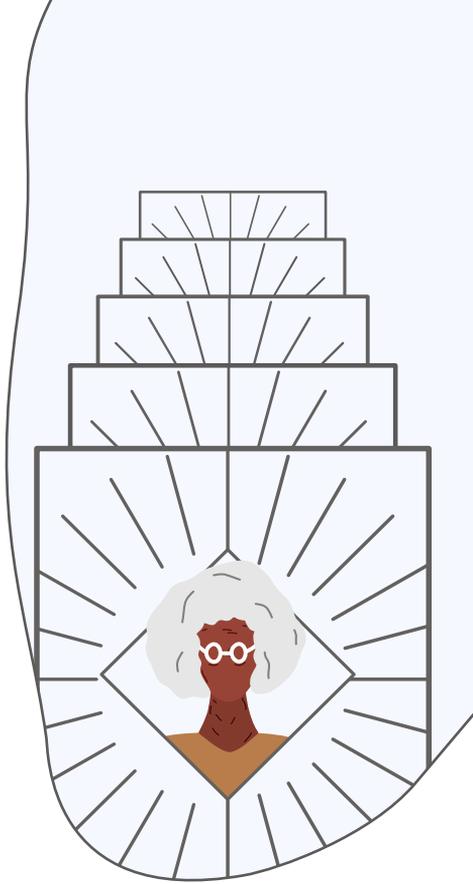


TABLA 1. AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (19 PAÍSES): LEYES ESPECIALES SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES.

FUENTE: Informe Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de S. Huenchuan, "Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013", Documentos de Proyectos (LC/W.566), Santiago, CEPAL, 2013 y de los informes de los países.

1. Argentina (2017)

Ley 27360 - Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

2. Bolivia (2013)

Ley 369. Ley General de las Personas Adultas Mayores que regula los derechos, garantías y deberes de las personas adultas mayores, así como la institucionalidad para su protección.

3. Brasil (2003)

Ley núm. 10741 del 1 de octubre de 2003 que dispone sobre el Estatuto de la persona adulta mayor.

4. Chile (2012)

Ley 20523 de 2011 que modifica la Ley 19828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor de 2002.

5. Colombia (2008)

Ley 1251. Proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez.

6. Costa Rica (1999)

Ley 7935. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor uno de cuyos objetivos es garantizar a las personas adultas mayores igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos.

7. Ecuador (2019)

Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores que promueve, regula y garantiza la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos específicos de las personas mayores, en el marco del principio de atención prioritaria y especializada, expresados en la Constitución de la República, instrumentos internacionales de derechos humanos y leyes conexas, la y garantiza la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos específicos de las personas mayores, en el marco del principio de atención prioritaria y especializada, con enfoque de género, movilidad humana, generacional e intercultural.

8. El Salvador (2021)

Ley Especial para la Protección de los Derechos de la Persona Adulta Mayor que garantiza, protege y promueve el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de la persona mayor, por medio de programas, planes, políticas y normas que contribuyan a su inclusión en la sociedad.

9. Guatemala (2019)

Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad. Decreto núm. 80-96.

10. Honduras (2006)

Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados que fomenta y tutela el desarrollo de las personas mayores y jubiladas, garantizando el ejercicio de sus derechos y sancionando a las personas naturales o jurídicas que infrinjan esta Ley.

11. México (2002)

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2002 que garantiza el ejercicio de los derechos de las personas mayores y establece las bases y disposiciones para su cumplimiento.

12. Nicaragua (2010)

Ley del Adulto Mayor que establece el régimen jurídico e institucional de protección y garantías para las personas adultas mayores, con el fin de garantizar el efectivo cumplimiento de lo establecido en el artículo 77 de la Constitución.



13. Panamá (2020)

Ley 149, que modifica la ley 36 del 2016.

14. Paraguay (2002)

Ley 1885. Ley de las Personas Adultas. Tutela los derechos e intereses de las personas mayores, entendiéndose por tales a las personas mayores de 60 años.

15. Perú (2016)

Ley 30490. Ley de la Persona Adulta Mayor, que establece un marco normativo que garantice el ejercicio de las personas mayores, a fin de mejorar su calidad de vida y propiciar su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural de la nación.

16. República Dominicana (1998)

Ley 352-98. Ley sobre Protección de la Persona Envejeciente. Sienta las bases institucionales y establece los procedimientos que permiten la protección integral de la persona adulta mayor. Este es el segmento de la población que requiere mayor atención, por su naturaleza vulnerable, por lo que no puede ser objeto de discriminación alguna debido a su edad, salud, religión, credo político o razones étnicas.

17. Uruguay (2019)

Ley 18.617. Instituto Nacional del Adulto Mayor.

18. Venezuela (2021)

Ley Orgánica para la Atención y Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores.



Políticas públicas para las personas adultas mayores en América Latina y el Caribe

Sin embargo, resulta interesante como cada nación le otorga una visión diferenciada a como abordará las políticas públicas para proteger a los adultos mayores. Como se observa en la tabla a continuación, Argentina prioriza el presupuesto para los hogares de ancianos, mientras que otros países concentran sus esfuerzos en medicina preventiva y visita periódicas de seguimiento. Distinta es el caso de República Dominicana, la cual diseña una premiación a la trayectoria de la persona adulta mayor y su labor social; en este caso más allá de protección y garantía de derechos también se le otorga importancia a la satisfacción personal, al reconocimiento público y a lo que esto puede impactar de manera positiva al adulto mayor.

TABLA 2. AMÉRICA LATINA (6 PAÍSES): EJEMPLOS DE ACCIONES PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES.

FUENTE: Informe Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de S. Huenchuan, "Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013", Documentos de Proyectos (LC/W.566), Santiago, CEPAL, 2013 y de los informes de los países.



Argentina

Resolución 934/2001 del Ministerio de Salud de la Nación, que establece la norma de organización y funcionamiento en cuidados paliativos.

Disposición de refuerzos presupuestarios para las residencias de larga estadía.

Brasil

Prácticas integradas y complementarias de salud (PICS). Recursos terapéuticos que buscan la prevención de enfermedades y la recuperación de la salud, con énfasis en la escucha acogedora, el desarrollo del vínculo terapéutico y la integración del ser humano con el entorno y la sociedad.





Chile

Examen de medicina preventiva de la persona mayor a domicilio.

Comunas Amigables con las Personas Mayores. Realización de diagnósticos participativos con la finalidad de que los cambios que se han de implementar respondan a las necesidades de las personas mayores residentes en el territorio objeto de la intervención.

Escuela de Formación para Dirigentes Mayores. Distribución de tabletas, provisión de acceso a Internet móvil (para quienes no contaban con Internet en sus hogares) y capacitación en su uso mediante la realización de talleres de alfabetización digital.



Costa Rica

Programas de visitas domiciliarias, consultas telefónicas, videoconferencias y despacho de medicamentos a domicilio para garantizar la atención de las personas mayores.

Sistema Nacional de Atención de Personas Adultas Mayores Víctimas de Violencia.



Panamá

Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) (Gaceta Oficial, núm. 28805-B, del 27 de junio de 2019). El Ministerio de Salud (MINS) y la Caja del Seguro Social (CSS) cuentan con un sistema de atención de salud denominado Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), que brinda asistencia en las regiones del interior del país por medio de consultas virtuales y videollamadas y ofrece consultas médicas a través del Programa de la Tercera Edad.

Centro de Distribución de Medicamentos. Distribución de medicamentos a domicilio para pacientes con enfermedades crónicas, mayores de 65 años y pacientes con condiciones de salud asociadas a inmunosupresión, para enfrentar la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) durante los primeros meses.

República Dominicana

Premio Anual al Adulto Mayor. Se reconoce la trayectoria de las personas mayores que ayudan o realizan aportes sociales en favor de otras personas mayores en cualquier ámbito



A vertical line on the left side of the page contains three dark grey silhouettes of countries: Argentina at the top, Cuba in the middle, and Mexico at the bottom. The line curves around the silhouettes.

Analizar las políticas públicas existentes en la región orientada al adulto mayor invita a pensar que iniciativas adicionales pueden ser llevadas a cabo para garantizar el bienestar, desarrollo y satisfacción personal de la persona adulta mayor. A continuación, se presentan otras iniciativas destacadas en la región a favor del adulto mayor:

ARGENTINA CUENTA CON EL PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL el cual pretende ayudar a las personas mayores a emplearse, así como a otras personas que tenga cierta dificultad al acceder al empleo formal. Con esta iniciativa el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social cubre parte del salario a ser pagado a este trabajador, lo cual motiva a las empresas a sumarse y obtener este beneficio.

CUBA CUENTA CON UN PROGRAMA QUE FACILITA LA REINCORPORACIÓN AL EMPLEO de personas pensionadas, logrando recibir simultáneamente el pago de la pensión y el salario por su trabajo actual.

MÉXICO DISEÑO EL PROGRAMA SERVICIO DE VINCULACIÓN PRODUCTIVA donde pretende otorgar un empleo formal según su capacidad, oficio y habilidades a la persona adulta mayor. Con esto se busca aprovechar la experiencia del adulto mayor y que este reciba un salario por su capacidad y enseñanza.



COLOMBIA CUENTA CON ESTRATEGIA CIUDADES, ENTORNOS Y RURALIDADES SALUDABLES (CERS) donde se busca reducir los años de vida perdidos por enfermedades no transmisibles a través de generar hábitos de vida saludables.



CHILE CUENTA CON UNA POLÍTICA NACIONAL PARA EL ADULTO MAYOR con la cual pretende cambiar la visión sobre la vejez y brindar dignidad de vida en los últimos años. Para lograrlo “La sociedad chilena debe aprender a percibir y valorar el patrimonio moral y experiencial, como también la riqueza espiritual y cultural de que son portadores los Adultos Mayores.” (Comité Nacional para el Adulto Mayor).

Se destaca el Voluntariado país de mayores donde los adultos mayores brinda sus saberes y acompañamiento socioeducativo a niños y niñas de familias de escasos recursos. (Poblete, 2018)

¿Qué se puede aplicar en República Dominicana?

Ahora bien, partiendo de las políticas públicas expuestas anteriormente, surge la pregunta de cuales de estas podrían ser replicables en el país. A continuación, se presentan un listado de iniciativas de políticas públicas sugeridas para ser repensadas y ejecutadas en el territorio nacional.

1

VIVIENDAS ASISTIDAS.

Son complejos habitacionales diseñados específicamente para adultos mayores con el objetivo de que estos mantengan su autonomía mientras se reducen los riesgos de vivir solos.

2

ESPACIOS DE RECREACIÓN.

Aprovechar los espacios públicos para el esparcimiento de los adultos mayores a través de cursos, talleres, actividades deportivas y artísticas.

3

VISITAS DOMICILIARIAS.

Seguimiento constante al adulto mayor, sus necesidades y circunstancias a través de visitas domiciliarias realizadas por personal capacitado.

4

FORMACIÓN DE LÍDERES COMUNITARIOS ADULTOS MAYORES.

Aplicar esta política utilizando las capacidades, experiencias y respeto de la comunidad por el adulto mayor para formarlos como líderes comunitarios.

5

MICRONUTRIENTES.

Repensar el componente del programa Supérate llamado micronutriente para que sea aplicado a personas adultas mayores. Es decir, la entrega periódica de suplemento vitamínicos al adulto mayor como complemento de su dieta.

Entrevistas a expertos

En el marco de esta investigación fueron seleccionados profesionales de diversas áreas a fin de obtener una visión ampliada de la problemática desde miradas distintas pero complementarias.

*Fueron entrevistados el demógrafo **Julio César Santana**, la gerontóloga **Georgina Brito**, el sociólogo **Jeffrey Lizardo**, la psicóloga clínica **Nidia Santana** y el señor **Rodrigo Segura**, quien preside una fundación vinculada a la persona adulta mayor.*

A continuación, serán resaltados las opiniones más relevantes de estos expertos. Para información adicional, ver el acápite de anexos.

- **VER LA VEJEZ COMO COMPLEJA.** Es erróneo agrupar a todos los adultos mayores en el rango de 60 años y más, ya que es un grupo etaria muy amplio. Es necesario reconocer que la vejez presenta distintas problemáticas según mayor sea la persona, por lo que debe abrirse el espacio de discusión para la cuarta edad, siendo esta de 80 años en adelante y su dinámica de vida.
- **DEBIDO A LA LONGEVIDAD DE LAS PERSONAS,** es decir, a la ampliación de la base de la pirámide demográfica, se espera que las personas adultas mayores puedan organizarse como grupo y lograr tener presencia en los espacios donde se reclaman acciones sociales. Al organizarse tendrán mayor capacidad de gestionar demanda y hacer propuestas para el beneficio del colectivo al que representan.
- **DESDE LA POBREZA LA VEJEZ SE VIVE DISTINTA.** Partiendo desde cómo están construidas las principales zonas metropolitanas, donde no se dio la planificación de la expansión de la ciudad. Se construyó pared con pared y en ese momento no importaba no tener vistas o altos escalones, porque las personas pasaban todo el día fuera en sus dinámicas laborales y académicas; sin embargo, llegados los años donde la persona sale del mercado laboral y pasa mucho más tiempo confinado en el hogar, se convierte en cuesta arriba pasar los días en una casa encerrado a la vez que resulta dificultoso movilizarse sin ayuda de alguien más, esto debido a la manera en que fueron distribuidos los espacios, los callejones, los escalones, las construcciones en colinas, etc.



Es necesario reconocer que la vejez presenta distintas problemáticas según mayor sea la persona, por lo que debe abrirse el espacio de discusión para la cuarta edad, siendo esta de 80 años en adelante y su dinámica de vida.

SOBRE LA COMPLEJIDAD DE LA VEJEZ



Envejecer en República Dominicana es muy difícil, es por esto que los pobres tienen más riesgo de padecer un trastorno mental como la depresión y la ansiedad porque enfrentan más dificultades en la vida, pero también tienen menos acceso a un cuidado o tratamiento adecuado.

**SOBRE LA VEJEZ
EN LA POBREZA**

- **PARA UNA PERSONA TENER ESTABILIDAD EMOCIONAL DEBE POR LO MENOS ALCANZAR A TENER CUBIERTOS SUS GASTOS MÍNIMOS DE ALIMENTACIÓN, ALOJAMIENTO, MEDICACIÓN.** Envejecer en República Dominicana es muy difícil, es por esto que los pobres tienen más riesgo de padecer un trastorno mental como la depresión y la ansiedad porque enfrentan más dificultades en la vida, pero también tienen menos acceso a un cuidado o tratamiento adecuado.
- **NECESIDAD DE DISEÑAR POLÍTICAS PÚBLICAS FOCALIZADAS AL ADULTO MAYOR,** reconociendo su historia y no implementando políticas tubulares. Entre ellas, se sugiere el cobro de un impuesto mínimo a las compras por internet que sean destinados a políticas de cuidados del adulto mayor.
- **IMPLEMENTAR PROYECTOS HABITACIONALES DE VIVIENDAS ASISTIDAS ADAPTADOS PARA ADULTOS MAYORES.** Puerta ancha para que quepa una silla de rueda. Apoya brazos, iluminación, cocinas con una o dos hornillas, gabinetes bajitos. Se les va asignando cuidadores.
- **LUGARES DE RECREACIÓN PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES.** Con horarios y actividades específicas; por ejemplo, clase de pintura en el parque, ajedrez, etc.
- **DISEÑAR UNA LEY PARA ESTANDARIZAR QUIENES PUEDEN OFRECER LOS CUIDADOS,** indicando las capacidades mínimas que estos deben tener.
- **LOS SEGUROS DE SALUD NO CUBREN LA COMPRA DE PAÑALES NI OXÍGENO** si la persona está recibiendo los cuidados desde su hogar; solo se recibe la cobertura si está internado en algún centro de salud. Esta situación representa un gasto de bolsillo directo para el la persona adulta mayor y su familia.
- **EN REPÚBLICA DOMINICANA NO SE IMPARTE LA CARRERA DE GERONTOLOGÍA.** Por lo que los interesados deben prepararse en el exterior. Sin embargo, personas de distintas áreas del saber pueden ser gerontólogos. Un psicólogo, médico y abogado puede hacer gerontólogo, ya que se aplican los conocimientos a esas disciplinas para brindar una visión ampliada de las necesidades de los adultos mayores.

- **ANUALMENTE SE GRADÚAN ENTRE 4-8 PROFESIONALES EN GERIATRÍA;** entendiendo que deben pasar un total de 8 años de estudios, incluyendo la residencia. Dicho esto, el país cuenta como solo 161 geriatras a 2023.
- **LAS PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS POR LAS QUE ACUDEN A CONSULTA CON ADULTOS MAYORES** son por síntomas de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad, también es común ver trastornos neurocognitivos como la demencia y la enfermedad de Alzheimer.
- **AL TIEMPO QUE AUMENTA LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, LAS ESTRUCTURAS SOCIALES DE SOPORTE FAMILIAR SE VAN DEBILITANDO DE UNA MANERA MUY ACELERADA.** Ya el 21% de los hogares son unipersonales, donde hay muchos adultos viviendo solos sin el soporte familiar tradicional.
- **LA LONGEVIDAD VA ACOMPAÑADA POR UN ELEMENTO CRUCIAL QUE ES EL DE LA CALIDAD DE VIDA,** que va a depender de: a) nivel de actividad y autonomía de los adultos mayores, b) sistema de protección social, c) sistema de salud, d) contexto, entre otros factores. Partiendo de que el mercado laboral desecha al adulto mayor, estos se enfrentan a un panorama de desprotección y exclusión social que se traduce en: a) baja calidad de vida, b) alta prevalencia de enfermedades, en particular, las crónicas, c) reducción en la esperanza de vida, d) altos niveles de pobreza y otras vulnerabilidades, etc.
- **FORTALECER LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL Y DE SALUD PARA GARANTIZAR LA INCLUSIÓN SOCIAL, AUTONOMÍA, BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES.** Esto pasa por un sistema de cuidados que promueva el ejercicio pleno de su ciudadanía. Un sistema de cuidados que sea un continuo de las prestaciones de salud que reciben los adultos mayores. El sistema de salud debe garantizar cobertura universal para este segmento de la población, enfocada a la protección financiera y la garantía efectiva de prestaciones de salud basada en las necesidades y carga de enfermedad de los mismos.
- **LA POBREZA DISMINUYE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES** provocando un deterioro en su esperanza de vida, a la vez que genera un círculo vicioso que provoca más exclusión social de esta población.



El sistema de salud debe garantizar cobertura universal para este segmento de la población, enfocada a la protección financiera y la garantía efectiva de prestaciones de salud basada en las necesidades y carga de enfermedad de los mismos.

SOBRE EL SISTEMA DE SALUD Y LA VEJEZ



(El envejecimiento poblacional) genera un reto importante para el sistema de salud, ya que aumenta la demanda por atención de personas con limitaciones físicas y enfermedades crónicas no transmisibles, cuya prevalencia aumenta con la edad.

**SOBRE EL
ENVEJECIMIENTO
DE LA POBLACIÓN
DOMINICANA**

- **LA POBREZA GENERA MÁS DEPENDENCIA EN ESTA POBLACIÓN.** La pobreza literalmente "mata."
- **LA TENDENCIA AL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL SE MANTENDRÁ DURANTE LOS PRÓXIMOS AÑOS** y tiene consecuencias importantes en el nivel socioeconómico, el estado de salud y la calidad de vida de la población. Además, genera un reto importante para el sistema de salud, ya que aumenta la demanda por atención de personas con limitaciones físicas y enfermedades crónicas no transmisibles, cuya prevalencia aumenta con la edad.
- **CON RESPECTO AL ESTADO OCUPACIONAL, ESTAR DESEMPLEADO, INACTIVO O TENER PROBLEMAS ECONÓMICOS,** se correlaciona con peor estado de salud si se compara con la población con algún tipo de ocupación o actividad económica regular, incluso los gastos en salud se incrementan inversamente en función al nivel socioeconómico, pasando de un 10% del ingreso del hogar en gastos de salud (nivel socioeconómico alto) a más del 30% de los ingresos totales de un hogar de nivel socioeconómico bajo.
- **SER POBRE LIMITA EL ACCESO A SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA O INCLUSO A ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR,** las personas mayores por debajo de la línea de pobreza tienen clara la importancia de la actividad física y la nutrición para un envejecimiento saludable, pero expresan barreras o imposibilidad de acceso debido a la priorización de gastos. A su vez, el ser pobre limita la participación en actividades o programas para prevenir el deterioro cognoscitivo, por lo que se incrementa la probabilidad de desarrollar deficiencias cognitivas o empeorar su condición de salud mental en adultos mayores bajo la línea de pobreza.
- **SERVICIOS DE CUIDADO, EL 13,5% DE LOS HOGARES DEL PAÍS TIENE AL MENOS UN ADULTO MAYOR CON ALGUNA DISCAPACIDAD,** la dificultad para desplazarse es la principal (46,4%), le siguen la ceguera parcial (39,2%) y la sordera parcial (23,5%). Los servicios de cuidado permanente son en extremo costosos por lo que las personas mayores pobres presentan imposibilidad de acceso a éstos. (en muchos hogares del país, es el adulto mayor quien provee el cuidado a otros miembros de la familia, sin importar su condición de salud).

- **CERCA DEL 34,3% DE LOS INGRESOS DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL PAÍS PROVIENE DE SU TRABAJO;** sin embargo, esta cifra es casi la misma que el 34,8% cuyo ingreso depende de la ayuda de familiares, el 23% tienen fuentes informales de ingreso y solo cerca del 8% de los adultos mayores del país disfruta de una pensión.
- **LA COBERTURA DEL SISTEMA PENSIONAL ES DE CERCA DEL 20% EN LAS ZONAS URBANAS Y DE APENAS EL 7% EN ZONAS RURALES.** Si se analiza el nivel de pobreza de los adultos mayores se observa que el 17% de las personas mayores que reciben pensión está por encima de la línea de pobreza, el 6% de las personas mayores en condición de pobreza moderada reciben una pensión, mientras que solo el 3% de personas mayores en condición de pobreza extrema la reciben.
- **SE SUGIERE ACTUALIZAR LA LEY DE PROTECCIÓN A LA PERSONA ENVEJECIENTE (352-98)** ya que el entorno y contexto social en el que fue diseñada dista mucho de lo que sucede hoy en día (incluso después del Covid-19).
- **DEBE HABER UNA POLÍTICA DE INCLUSIÓN TECNOLÓGICA** de los adultos mayores.
- **DESARROLLO DE UNA ENCUESTA DE USO DEL TIEMPO EN HOGARES** y principalmente en aquellos donde haya presencia de adultos mayores. Esto para ser respondido a través de una política de cuidado.
- **ESTABLECER POLÍTICAS DE SALUD,** pensión, cuidado, ahorro y educación teniendo en cuenta la feminización de la vejez.



Solo el 3% de personas mayores en condición de pobreza extrema reciben una pensión.

SOBRE LA COBERTURA DEL SISTEMA PENSIONAL

Entrevistas a cuidadoras

Se realizó un levantamiento de información con entrevistas a profundidad a mujeres adultas mayores que cuiden, sin retribución alguna, a personas con condición, diagnosticada o no, de salud mental, así como familiares de mujeres adultas mayores que padecen una condición de salud mental. Se eligió el Gran Santo Domingo como el espacio geográfico para realizar las entrevistas a la población señalada.

En primera instancia, para ser seleccionada a la entrevista se debía cumplir con criterios adicionales como pertenecer a un hogar que reciba el subsidio Aliméntate gestionado por el Programa Supérate. Sin embargo, al no poder acceder a una cantidad significativa de personas en cumplimiento de estos criterios, se decidió ampliar los criterios de elegibilidad a personas que no pertenezcan a hogares Supérate.

A continuación, se presentan los criterios de elección y exclusión para estas entrevistas:

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Hogar recibe subsidio Aliméntate.
- Hogar ubicado en el Gran Santo Domingo.
- Hogar con mujeres adultas mayores (mayor a 65 años) padeciendo alguna enfermedad mental.
- Mujer mayor a 65 años ejerciendo el rol de cuidadora de algún miembro de su familia que padezca alguna enfermedad mental indistintamente la edad y el sexo del familiar.
- Mujer indistintamente la edad ejerciendo el rol de cuidadora de alguna mujer mayor a 65 años que padezca alguna enfermedad mental.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- La mujer cuidadora no sea parte del núcleo familiar ni viva en el hogar.



Resultados de las entrevistas

CUIDADORA 1

María, 55 años.

Cuida de su madre de 92 años, quien padece de alzhéimer.

En una de las entrevistas realizadas por la investigadora, se conversó con la señora **María**², mujer de 55 años quien cuida a su madre de 92 años la cual padece alzhéimer. María vive en casa de su madre junto a su hijo adolescente y su esposo, esto para facilitar el cuidado de la misma y estar siempre disponible.

Su madre trabajó por muchos años en servicio doméstico remunerado; mientras que sus últimos años en el mercado laboral fue conserje en un centro de enseñanza básico. Ya con la vejez no solo desarrolló alzhéimer, sino otros temas de salud como diabetes, artritis, quistes en los riñones, problemas de circulación, entre otros. Estas situaciones de salud reducen su capacidad motora e incrementa su dependencia para realizar tareas simples como bañarse y comer sola.

De manera específica, su condición de alzhéimer empeoró luego de la muerte de su esposo hace nueve años y continúe deteriorándose de manera gradual. La señora María cuida de su madre desde ese momento, indicando que los últimos tres años han sido los más difíciles, ya que su madre llora mucho en sus momentos lucidos al darse cuenta en que se ha convertido en una persona que no recuerda a sus hijos, sin fuerza y dependiente, que su vida se ha reducido a estar en una silla todo el día, cuando ella era una mujer muy trabajadora y enérgica.

María indica que su madre se convirtió en prioridad. Ella la cuida todos los días menos martes y viernes cuando se desplaza a casa de sus hermanas a trabajar como servicio doméstico remunerado (lavando y limpiando), mientras ellas van y la relevan del cuidado de su madre.

Indica que gracias a que cuentan con seguro privado, el gasto de bolsillo en atención médica es reducido; a la vez que su madre solo es medicada para la presión, por lo que solo compran mensualmente esa pastilla.

² El nombre ha sido cambiado por confidencialidad.

María indica que su madre se convirtió en prioridad.

Ella la cuida todos los días menos martes y viernes cuando se desplaza a casa de sus hermanas a trabajar como servicio doméstico remunerado (lavando y limpiando), mientras ellas van y la relevan del cuidado de su madre.

CUIDADORA 2

*Martha, 60 años.***Cuida de su madre de 77 años, quien padece de alzhéimer.**

Con respecto a los gastos médicos, el gasto de bolsillo de ese hogar asciende a 15 mil pesos mensuales para cubrir los medicamentos que su madre requiere; estos deben ser comprados en la farmacia ya que no están disponibles en la botica popular o Farmacia del pueblo.

La segunda persona entrevistada es **Martha**, una mujer de 60 años que cuida a su madre de 77 años quien sufre de alzhéimer. Martha fue hija de madre adolescente, enfrentándose a las situaciones que el contexto social trae consigo. Su vida se ha puesto en pausa para cuidar a su madre quien sufrió un accidente cerebrovascular, mejor conocido como ACV y luego iniciaron los síntomas de alzhéimer. Adicional a esto, la madre de Martha no puede caminar desde hace unos años aun cuando tiene prótesis en las rodillas.

Anteriormente la ayudaba una hermana, sin embargo, esta ha presentado un aumento considerable de peso, lo que ha reducido su movilidad y, por tanto, se capacidad de cuidar a su madre dependiente.

Esta situación de cuidado implica que la señora Martha no pueda trabajar fuera del hogar, por lo que actualmente se dedica a la venta de ropa interior y cualquier otro artículo que pueda vender para el sustento de su casa. Con respecto a los gastos médicos, el gasto de bolsillo de ese hogar asciende a 15 mil pesos mensuales para cubrir los medicamentos que su madre requiere; estos deben ser comprados en la farmacia ya que no están disponibles en la botica popular o Farmacia del pueblo.

Martha indica que ha conseguido una farmacia que ofrece los medicamentos a menos precio, por lo que en la última compra solo gastó RD\$7,300 pesos en medicinas para su madre, donde se incluye medicina para el alzhéimer, para la oxigenación del cerebro, para la presión arterial, entre otras.

De manera general, el cuidado de su madre ha impactado en la vida de Martha ya que está cada vez dispone de menos tiempo para sí misma, desde tiempo de ocio o recreación hasta tiempo para atender compromisos personales. Adicional al cuidado de su madre, también es responsable de su nieta de 3 años de edad, a quien atiende mientras su única hija va a trabajar.

Propuesta de política pública

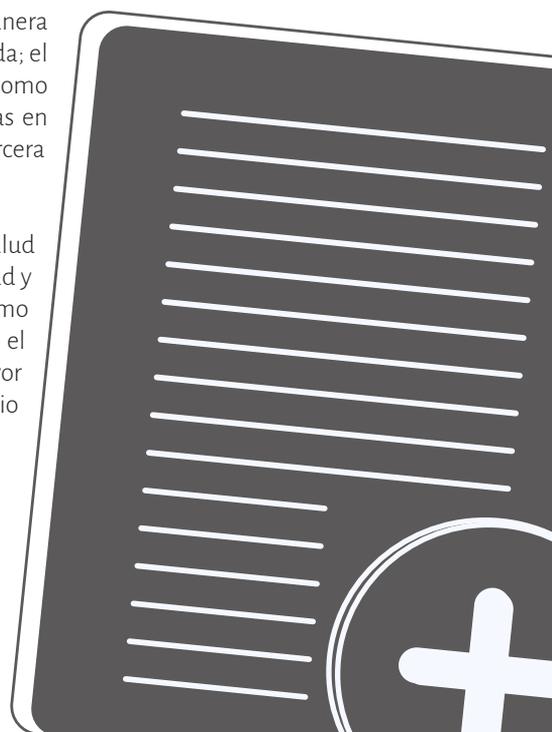
La salud mental, así como las dinámicas sociales y demografías requieren un abordaje holístico. Debido a esto, las ciencias sociales en su interés por entender y aportar al bienestar general de la persona y la sociedad, plantea políticas públicas orientadas a distintos sectores de la vida como educación, empleo, cuidados y productividad.

En el marco de lo anterior, y sobre el entendido de que la salud mental es una problemática tanto médica como social, este acápite presenta una propuesta integral de política pública para generar bienestar en la persona adulta mayor, especialmente en las mujeres.

Sosteniendo la intención de brindar una propuesta innovadora para esta temática, orientada principalmente en el desarrollo humano, esta propuesta contará con dos componentes complementarios, uno orientado a la salud mental y garantía de derechos, mientras el segundo a la inclusión del adulto mayor en actividades sociales.

Junto con estos componentes, la política incluye el levantamiento de una encuesta nacional a la persona adulto mayor, con el objetivo de conocer de manera puntual a este grupo poblacional y su dinámica de vida; el objetivo final es la utilización de sus resultados como insumo para diseñar otras políticas públicas, basadas en evidencia, que mejore la vida de las personas de la tercera edad actuales y futuras.

Con esta política se pretende diseñar un sistema de salud integral que reconozca la salud mental como prioridad y esta sea incluida en las agendas de gobierno como indispensable para alcanzar el bienestar social y el desarrollo humano, a la vez que incluya al adulto mayor al contexto social, a la toma de decisiones y al espacio productivo.



Apoyo económico al adulto mayor

Este componente busca brindar un apoyo económico de libre disposición a las familias con personas adultas mayores que sufran algún trastorno mental, así como al adulto mayor que se dedique a cuidar a un familiar directo que padezca alguna condición de salud mental.

Este componente de la política se sustenta en los gastos de bolsillo en los que incurren los hogares para intentar brindar calidad de vida y dignidad a su familiar quien padece una condición de salud mental. A la vez que experimentan las fallas del sistema de salud y de las políticas de gestión de salud mental, incluyendo aquí la cobertura de los seguros de salud privados.

El “Bono adulto mayor”, nombre que sustenta este componente de la política, sugiere gravar de un impuesto del 5% a las compras por internet superiores a US\$ 100 y hasta US\$ 300 o su equivalente en pesos dominicanos, siendo esto entre 5 y 15 dólares. Estos fondos serán destinados a proveer en formato de bono un apoyo económico, a las familias que cumplan los criterios expresados anteriormente, a la vez que no dependa de fondos estatales permitiéndole su sostenibilidad económica, fuera del presupuesto nacional.

A partir de los US\$ 300 de compra por internet correspondiente a un solo pedido, el impuesto solo se incrementará en un dólar adicional en donación por cada cien dólares consumidos. Adicional a esto, las personas podrán realizar aportes voluntarios junto con sus compras, indistintamente el monto, estando explicado que los fondos recolectados serán utilizados para mejorar la vida de personas adultas mayores con alguna condición de salud mental y/o de sus familias.

Las compras en comercios de alimentos estarán exentas del cargo del impuesto. Sin embargo, estará habilitado la opción de donaciones para que la persona de así decidirlo pueda aportar al fondo de adultos mayores.

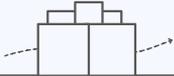
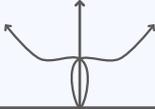
Es necesario que la persona cuente con una certificación del Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS) que valide que, dada su condición de salud mental, la persona



no puede desarrollarse de manera normal y requiere atención y medicación especial para su dinámica de vida. Esto a fin de validar el grado de discapacidad que el trastorno mental le ha causado a la persona, a la vez de optimizar la selección de beneficiarios.

Se propone que el monto a transferir en concepto de ayuda económica a la persona adulta mayor sea de RD\$ 5,000. El monto fijado será transferido a la persona por medio de la entidad bancaria donde tenga una cuenta de ahorro a su nombre. Es necesario que el titular de la cuenta de ahorro se corresponda con la persona titular del bono.

DE MANERA RESUMIDA, ESTE COMPONENTE SE EXPLICA:

 <p>IMPUESTO</p> <p>5%</p> <p>A LAS COMPRAS POR INTERNET PARA BENEFICIAR A LA PERSONA ADULTA MAYOR</p>	 <p>ELEGIBLES:</p> <p>MUJERES ADULTAS MAYORES QUE CUIDAN UN FAMILIAR CON TRASTORNO MENTAL, ASÍ COMO LAS FAMILIAS CON MUJERES ADULTAS MAYORES QUE CUIDAN UN FAMILIAR CON TRASTORNO MENTAL, ASÍ COMO LAS CON PROBLEMAS MENTALES.</p>
 <p>APOYO ECONÓMICO DE LIBRE DISPOSICIÓN</p> <p>LA PERSONA PODRÁ UTILIZARLO EN LOS ESPACIOS COMERCIALES QUE ASÍ DECIDA.</p>	 <p>MONTO PROPUESTO:</p> <p>RD\$5,000</p> <p>DEPOSITADO MENSUALMENTE EN UNA CUENTA DE BANCO A LA PERSONA ELEGIDA.</p> <p>REQUERIDO</p> <p>CERTIFICACIÓN DEL CONADIS</p> <p>QUE VALIDE QUE, DADA SU CONDICIÓN DE SALUD MENTAL, LA PERSONA NO PUEDE DESARROLLARSE DE MANERA NORMAL Y REQUIERE ATENCIÓN Y MEDICACIÓN ESPECIAL PARA SU DINÁMICA DE VIDA.</p>

Inclusión social

El segundo componente de la política hace referencia a la inclusión social de la persona adulta mayor. Este se basa en luchar contra la llamada muerte social y presentar el espacio público como lugar seguro para la persona adulta mayor.

Este componente incluye diversas actividades para potenciar la vida pública del adulto mayor. Algunas de estas son:

Talento plateado

Pretende emplear a los adultos mayores en los centros de Infotep para que estos compartan sus experiencias en el ejercicio de distintos oficios como cocina, tapicería, plomería, entre otros. Asimismo, Talento plateado ofrecerá conversatorios con adultos mayores destacados de la comunidad a fin de que estos cuenten su vida y compartan su sabiduría ante un público receptivo.

Actividades recreativas

Se propone diseñar un programa de actividades recreativas y culturales para los adultos mayores, es decir, actividades pensadas para ellos. Entre estas se incluyen clases de teatro, poesía, ajedrez, pintura, zumba, entre otras.

Acercamiento a la tecnología

Este programa pretende acercar a los adultos mayores a la tecnología con el fin de brindar conocimiento y autonomía a los mismos. Desde enseñar cosas sencillas como a realizar un video llamada o enviar un mensaje de texto, hasta revisar sus cuentas de banco o realizar algún trámite gubernamental.

Cuota para los adultos mayores

Se propone habilitar un espacio para los adultos mayores en los espacios de toma de decisión participativa; esto con el objetivo de que los adultos mayores sean escuchados y se vean representados en un espacio de toma de decisiones participativas.

Plan de implementación

Las acciones sugeridas como políticas públicas en este documento pretende mejorar la calidad de vida y brindar bienestar a la persona adulta mayor y su familia. Para lograrlo, se propone una implementación gradual para ambos componentes, a continuación, se expone en detalle:

Componente de Bono adulto mayor

Iniciaría con un proceso de identificación de las personas que cumplan los criterios para ser elegidas. Luego de esto, será necesario la certificación del CONADIS sobre el nivel de discapacidad que tenga la persona.

Esta iniciativa será trabajada de la mano con campañas de radiocomunicación para sensibilizar a los ciudadanos sobre la importancia de estas donaciones y el impacto que tendrá en personas con cierta condición de vulnerabilidad.

Iniciaría con un proceso de identificación de las personas que cumplan los criterios para ser elegidas. Luego de esto, será necesario la certificación del CONADIS sobre el nivel de discapacidad que tenga la persona.

Es necesario un acercamiento con los actores principales para sentar las bases de futuras alianzas estratégicas que faciliten y viabilicen la realización de esta política.

100 PERSONAS

Cantidad inicial que se pretende impactar mensualmente.

Componente de Inclusión social

Se sugiere realizar un piloto en comunidades del Gran Santo Domingo donde existan centros de INFOTEP así como parques, escuelas y salones multiuso.

En este piloto se medirá la cantidad de asistencia a las actividades ofertadas, entre otros indicadores, a fin de evidenciar la efectividad o no de la política.

ACTORES VINCULADOS

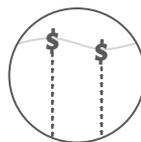
Entre los actores identificados como parte importante de esta política, se encuentran:

ACTORES	ROL
AYUNTAMIENTO	Coordinador de las actividades recreativas en los parques de las distintas comunidades
CONADIS	Certificador de la discapacidad que tenga la persona según trastorno mental que padezca
CONAPE	Colaborador para la identificación de adultos mayores en condición de vulnerabilidad
MINISTERIO DE DEPORTES Y RECREACIÓN	Proveedor de los maestros para impartir las distintas actividades físicas de interés
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	Proveedor de los salones de clase de las escuelas de las comunidades para impartir los cursos y talleres de interés
MINISTERIO DE CULTURA	Proveedor de los maestros para impartir las distintas actividades culturales y artísticas de interés
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA	Instancia aliada para motivar a otras instituciones del Estado dominicano a apoyar estas iniciativas
JUNTAS DE VECINOS	Aliados en la organización de las actividades en las comunidades seleccionadas
AZUL DOMINICANA	Ente que propicia las compras por internet desde la República Dominicana. Aliado para la cobranza del impuesto.
DGII	Gestor de los impuestos en República Dominicana
PAYPAL	Ente para realizar compras por internet. Aliado para la cobranza del impuesto.

VALOR DE LA PROPUESTA

1.

La intención de la política pública propuesta es la sostenibilidad económica, donde no se dependa del presupuesto público, sino que sea participativo desde los ciudadanos.



2.

Aporta a la discusión una política pública innovadora y aplicable, éticamente correcta y económicamente factible que pueden impactar de manera positiva la vida de los adultos mayores en República Dominicana.

3.

Mantiene una visión orientada al desarrollo humano.

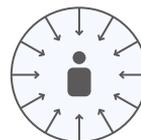


4.

El documento que la contiene presenta una mirada holística, basada en la visión de expertos de distintas ramas del saber sobre la gestión económica de la salud mental de adultos mayores, sus retos, riesgos y posibles soluciones.

5.

Brinda una propuesta de políticas públicas orientada a la gestión óptima de los recursos sin dejar de lado a la persona como centro de la política.



6.

Revindicar la visión que se tiene sobre el adulto mayor, dejando de verlo como ser fuera de la sociedad (muerte social) sino como sujeto que aporta a las dinámicas sociales y económicas según su contexto y capacidades.



Recomendaciones

Este documento de propuesta pretende aportar a la sociedad dominicana un documento técnico y crítico sobre la salud mental de las personas adultas mayores, principalmente mujeres, desde el punto de vista económico y de políticas públicas. A la vez que realiza un llamado de atención a esta problemática social, entendiendo a la persona adulta mayor como sujeto de derecho, aporte de saberes.

Aportar al reconocimiento del adulto mayor, desde la experiencia de lo vivido, se busca enfrentar la llama “muerte social” que rige esta etapa de la vida de la persona y abrir nuevamente el espacio público como zona segura para la persona de tercera edad.



es y conclusiones

Por otro lado, para la implementación correcta políticas públicas sobre vejez, se hace necesario una encuesta nacional sobre adultos mayores, donde se recoja información directamente de este grupo etario (su dinámica de vida, aspiraciones, luchas e historia). Así mismo, en las discusiones sobre el futuro de los adultos mayores reviste importancia incluir a personas de distintas edades, a fin de que estos puedan expresar la vejez que anhelan vivir, así como que es necesario para lograrlo.

También se destaca la importancia de la cobertura de los seguros de salud a los medicamentos utilizados para lidiar con situaciones de salud mental en vejez como demencia y alzhéimer, contribuyendo a reducir el gasto de bolsillo destinado a salud en que incurren las familias.



BIBLIOGRAFÍA

- Carlos Goedder. (2014). Centro de Divulgación del Conocimiento Económico para la Libertad. Obtenido de <http://cedice.org.ve/homenaje-a-gary-becker-una-teoria-economica-del-suicidio-carlos-goedder/>
- ARS Humano. (s.f.). Obtenido de ARS Humano: <https://humanoseguros.com/Paginas/SaludEsencial.aspx>
- ARS MAFRE. (s.f.). Obtenido de MAFRE Salud: https://mapfresaludars.com.do/wp-content/uploads/2023/02/Brochure_PDSS_MAPFRE_Salud_ARS.pdf
- ARS Primera. (s.f.). Obtenido de ARS Primera: https://arsprimera.com/Descargables/BrochurePDSS-2022_compressed%20%281%29.pdf
- ARS Universal. (enero de 2023). Obtenido de ARS Universal: <https://www.arsuniversal.com.do/media/lxsmdiix/brochure-plan-b%C3%A1sico-de-salud-ars-universal-1.pdf>
- Bernardino Jaciel MONTROYA-ARCE, Y. G.-S. (2016). Envejecimiento y vulnerabilidad social en el Estado de México, 2010. Papeles de población, 43-73.
- Centro de Control y Prevención de Enfermedades. (14 de Abril de 2011). Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Obtenido de https://www.cdc.gov/media/releases/2011/po414_suiciderates.html/
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022). Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores. Santiago de Chile: CEPAL.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2001). La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. Chile: CEPAL.
- Comité Nacional para el Adulto Mayor. (s.f.). Política Nacional para el Adulto Mayor. Gobierno de Chile.

- Congreso Nacional. (2006). Ley sobre Salud Mental 12-06 . Santo Domingo.
- Emile Durkheim. (1897). El Suicidio. Titivillus.
- Galvis, Y. T. (2018). Costos asociados con la salud mental. Revista Ciencias de la Salud, 182-187.
- Karina Andrea Cruz Parra. (2006). Una Visión socioeconómica del Suicidio: Evidencia para Colombia a Nivel Municipal. Bogota: Pontificia Universidad Javeriana .
- Ludi, M. d. (2011). Envejecer en el actual contexto. Problemática sy desafíos. Revista Catedra paralela, 33-45.
- Martin Knapp, G. W. (2020). Economía y salud mental: escenario actual. World Psychiatry, 3-14.
- Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. (2023). Boletín de Estadísticas Oficiales de Pobreza Monetaria 2022. Santo Domingo: MEPyD.
- Moyano Díaz, Emilio; Barría, Rodolfo. (2006). Suicidio y Producto Interno Bruto (PIB) en Chile: hacia un modelo predictivo. Revista Latinoamericana de Psicología, 343-359.
- Oficina Nacional de Estadística. (2018). Trabajo no remunerado en República Dominicana: análisis módulo del uso de tiempo enhogar 2016. Distrito Nacional: ONE.
- Organización Mundial de la Salud . (2018 de Enero de 2018). Organización Mundial de la Salud . Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (31 de Marzo de 2023). Organización Mundial de la Salud. Obtenido

de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Se%20estima%20que%20el%203, personas%20sufren%20depresi%C3%B3n%20\(1\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Se%20estima%20que%20el%203, personas%20sufren%20depresi%C3%B3n%20(1))

- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2014). Prevención del Suicidio: Un Imperativo Global. Ginebra: World Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes: estimaciones sanitarias mundiales. Washington D.C: OPS.
- Osorio, P. (2008). Envejecer en el siglo XXI en América Latina. FLACSO ECUADOR, 223-232.
- Poblete, M. (2018). Programas de políticas públicas para personas mayores, ejecutado por las municipalidades. Chile: Biblioteca del Congreso Nacional. Obtenido de https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/25810/1/BCN_Programas_para_adultos_mayores_en_Chile_final.pdf
- Society for Family Health (SFH/PSI), Ministerio de Salud Pública y Servicio Nacional de Salud. (2018). Análisis de situación en salud mental en República Dominicana. Santo Domingo.

ANEXOS

Fueron seleccionados distintos expertos en las ciencias sociales para ser entrevistados en el marco de esta investigación. En este acápite se listan por nombre cada entrevistado y las respuestas puntuales a las preguntas realizados.

JULIO CESAR SANTANA

DEMÓGRAFO Y ESTADÍSTICO. EGRESADO DEL DOCTORADO EN CIENCIAS, ESPECIALIDAD EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN, EL COLEGIO DE MÉXICO, A.C., MÉXICO, D.F. Y DE LA MAESTRÍA EN ESTUDIOS SOCIALES DE POBLACIÓN DEL CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFÍA DE LA CEPAL, EN SANTIAGO DE CHILE. EGRESADO DE LA CARRERA DE ESTADÍSTICA EN LA UASD.

PREGUNTA 1. ¿CÓMO IMPACTA EL CAMBIO DEMOGRÁFICO EN LA VISIÓN QUE SE TIENE HACIA EL ADULTO MAYOR?

La existencia de prejuicios hacia la vejez y el ser dejados fuera de la toma de decisiones es una de las grandes problemáticas del envejecimiento en países como el nuestro. Sin embargo, debido a la longevidad de las personas, es decir, a la ampliación de la base de la pirámide demográfica, se espera que las personas adultas mayores puedan organizarse como grupo y lograr tener presencia en los espacios donde se reclaman acciones sociales. Al organizarse tendrán mayor capacidad de gestionar demanda y hacer propuestas para el beneficio del colectivo al que representan.

PREGUNTA 2. ¿CUÁLES POLÍTICAS PÚBLICAS SE DEBERÍAN DESARROLLAR PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES?

No responde. Indica no es especialista en temas de políticas públicas.

PREGUNTA 3. ¿CUÁLES PROBLEMÁTICAS HAN SIDO IDENTIFICADAS DESDE LA DEMOGRAFÍA EN LA ATENCIÓN A LA PERSONA ADULTA MAYOR?

Fueron identificadas distintas problemáticas, entre ellas que las personas adultas mayores se colocan en el centro de atención de personas con poder político (o de quienes están en busca de él) en momentos de campaña política ya que son votantes; y cada voto cuenta. Así mismo, la existencia de una 4ta edad, es decir, de los 80 años de edad en adelante implica otra fase de envejecimiento que debe ser mirada de manera diferenciada.

Se destacó el cierre de posibilidades al entrar a la vejez en materia de acceso a empleo generador de recursos para la subsistencia, a la vez que se maneja una deficiente atención a la salud y el alto costo en la gestión de las enfermedades crónicas.

PREGUNTA 4. ¿QUÉ ESTÁ FALTANDO PARA UNA GESTIÓN CORRECTA DE LA SALUD MENTAL EN ADULTOS MAYORES?

Dejando claro que no es su especialidad el tema de salud mental, indica que el actual sistema de gestión de la seguridad social junto con las enfermedades de alto costo deben ser el inicio para reformar la atención al adulto mayor y su bienestar.

GEORGINA BRITO TAYSON

ES GERONTÓLOGA Y DIRECTORA DEL CENTRO GERONTOLÓGICO INTEGRAL DOMINICANO (CECID).

PREGUNTA 1. ¿CÓMO CONSIDERA AFECTA LA POBREZA LA VIDA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR, PRINCIPALMENTE EN REPÚBLICA DOMINICANA?

RESPUESTA:

Desde la pobreza la vejez se vive distinta. Partiendo desde como están construidas las principales zonas metropolitanas, donde no se dio la planificación de la expansión de la ciudad. Se construyo pared con pared y en ese momento no importaba no tener vistas o altos escalones, porque las personas pasaban todo el día fuera en sus dinámicas laborales y académicas; sin embargo, llegados los años donde la persona sale del mercado laboral y pasa mucho más tiempo confinado en el hogar, se convierte en cuesta arriba pasar los días en una casa encerrado a la vez que resulta dificultoso movilizarse sin ayuda de alguien más, esto debido a como fueron distribuidos los espacios, los callejones, los escalones, las construcciones en colinas, etc.

PREGUNTA 2. A SU ENTENDER, ¿CUÁLES POLÍTICAS PÚBLICAS DEBEN DESARROLLARSE PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES?

- › *Impuesto para las políticas de cuidado del adulto mayor. Ejemplo: 20 pesos de cada compra por internet.*
- › *Políticas habitacionales viviendas asistidas adaptados para adultos mayores. Puerta ancha para que quepa una silla de rueda. Apoya brazos, iluminación, cocinas con una o dos hornillas, gabinetes bajitos. Se les va asignando cuidadores*

- › Lugares de recreación para adultos mayores. Con horarios y actividades específicas; es decir, clase de pintura en el parque, ajedrez, etc.
- › Diseñar una ley para estandarizar quienes pueden ofrecer los cuidados, indicando las capacidades mínimas que estos deben tener.

OBSERVACIONES ADICIONALES

Desde el punto de vista epidemiológico las mujeres viven una mayor cantidad de años. Algunos estudios indican que existe una protección hormonal ante accidentes cerebro vasculares; a la vez que las mujeres reciben mayor cuidado preventivo que les permite alcanzar una vida más larga y la detección temprana de situaciones de salud.

Pensar en las políticas públicas para los adultos mayores de hoy, partiendo de entender la manera en cómo fueron criados, su cadena de valores, etc. Diseñar políticas públicas pensando en la realidad social y generacional de estas mujeres. Los adultos mayores de hoy eran baby bummer, en el caso de las mujeres estas eran amas de casa, fuera del mercado laboral mayormente. Mostraban dependencia económica de sus compañeros de vida, donde el hombre estaba expuesto a la vida laboral y cercanía a derechos como seguro de salud, pensiones, etc. Con esto se indica que, si la mujer no se casó, se quedaba sin la cobertura del seguro de salud. Si no hay una figura protectora, la mujer quedaba desprotegida.

De darse estos casos, la mujer ella a la vejez a depender del subsidio familiar y el apoyo de la comunidad.

DATOS IMPORTANTES

- › Los seguros de salud no cubren la compra de pañales ni oxígeno si la persona está recibiendo los cuidados desde su hogar; solo se recibe la cobertura si está internado en algún centro de salud.
- › En República Dominicana no se imparte la carrera de gerontología. Por lo que los interesados deben prepararse en el exterior.
- › Anualmente se gradúan entre 4-8 profesionales en geriatría; entendiendo que deben pasar un total de 8 años de estudios, incluyendo la residencia.

- › Actualmente el país cuenta con solo 161 geriatras.
- › Personas de distintas áreas del saber [pueden ser gerontólogos. Un psicólogo, médico y abogado puede hacer gerontólogo, ya que se aplican los conocimientos a esas disciplinas para brindar una visión ampliada de las necesidades de los adultos mayores.
- › Cuando se descubre que el adulto mayor está en condición de violencia, es necesario contar con un trabajador social para sacarlo del seno familiar, esto junto con un fiscal. Es decir, que la carencia de trabadores sociales impacta en el bienestar de las personas de la tercera edad.
- › Las enfermeras especializadas en cuidado de adultos mayores cobran en promedio por turnos entre 30 mil y 40 mil pesos. Para un adulto que necesite cuidados permanentes, necesitaría hasta tres (3) enfermeras para cubrir, mañana, tarde-noche y fines de semana.
- › Sensibilización social. Reconocer la adultez y dejar de luchar contra ella, entendiendo que es un fenómeno normal de la vida.

NIDIA K. SANTANA

PSICÓLOGA CLÍNICA, PSICÓLOGA FORENSE. CON AÑOS DE EXPERIENCIA EN CONSULTA DE PERSONAS QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA.

PREGUNTA 1. DESDE VISIÓN COMO PSICÓLOGA CLÍNICA ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS QUE ENFRENTAN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES A LOS QUE CONSULTA?

Las principales problemáticas por las que acuden a consulta con adultos mayores son por síntomas de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad, también es común ver trastornos neurocognitivos como la demencia y la enfermedad de alzheimer.

PREGUNTA 2. ¿CÓMO CONSIDERA AFECTA LA POBREZA LA VIDA DE LA PERSONA ADULTO MAYOR, PRINCIPALMENTE EN REPÚBLICA DOMINICANA?

Nuestro país se caracteriza por tener un sistema de seguridad social deficiente para los adultos mayores, los cuales muchas veces han laborado hasta por más de 30 años en instituciones y luego se van con pensiones que nos les permite suplir siquiera

necesidades básicas.

Para una persona tener estabilidad emocional debe por lo menos alcanzar tener cubiertos sus gastos mínimos de alimentación, alojamiento, medicación. Envejecer en RD es muy difícil, es por esto que los pobres tienen más riesgo de padecer un trastorno mental como la depresión y la ansiedad porque enfrentan más dificultades en la vida, pero también tienen menos acceso a un cuidado o tratamiento adecuado.

PREGUNTA 3. ¿QUÉ APRECIACIÓN TIENE DE LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, PRINCIPALMENTE MUJERES, A LAS QUE HA PRESTADO SERVICIO? ¿HA TENIDO ALGÚN CASO DESTACABLE QUE DESEE MENCIONAR?

Las personas adultas mayores son una población muy vulnerable, especialmente las mujeres, ya que estas suelen puntuar con mayor porcentaje en los niveles de pobreza, recuerdo hace unos meses una publicación en el periódico Diario Libre, acerca de la pobreza monetaria 2022 del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, en la que se aprecia la brecha y la desigualdad de género, informando que por cada 100 hombres pobre, hay 136 mujeres en igual condición.

PREGUNTA 4. A SU ENTENDER, ¿CUÁLES POLÍTICAS PÚBLICAS DEBEN DESARROLLARSE PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES?

- › *Entiendo que los seguros de salud, desde la categoría básica deben proporcionar mayor cantidad de sesiones terapéuticas, ya que hay algunos que ni siquiera los cubre.*
- › *Deben ser beneficiarios de pensiones por vejez o programas económicos con mayor porcentaje de recursos económicos.*
- › *Deben desarrollarse programas sociales de esparcimiento para esta población, lo que podríamos llamarles terapia ocupacional que sean accesibles para todos.*
- › *Así como también desarrollar programas de actividades físicas, ya que en nuestro país las personas adultas mayores realizan muy poco ejercicio y esta brecha se ve aún más en la población femenina.*

JEFREY LIZARDO

SOCIÓLOGO, ECONOMISTA, ESPECIALISTA EN POLÍTICA SOCIAL. ACTUAL DIRECTOR GENERAL EN SISTEMA ÚNICO DE BENEFICIARIOS (SIUBEN).

PREGUNTA 1. ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS QUE ENFRENTA LA PERSONA ADULTAS MAYORES EN SU DINÁMICA SOCIAL?

- › *República Dominicana, al igual que muchos países de la región, ha entrado en el proceso de transición demográfica, en la que el peso y longevidad de las personas adultas mayores seguirá creciendo. Hoy día alrededor del 10% de la población es mayor de 65 años y se espera que este porcentaje se duplique en los próximos 50 años.*
- › *Al tiempo que aumenta la población adulta mayor, las estructuras sociales de soporte familiar se van debilitando de una manera muy acelerada. Ya el 21% de los hogares son unipersonales, donde hay muchos adultos viviendo solos sin el soporte familiar tradicional.*
- › *La longevidad va acompañada por un elemento crucial que es el de la calidad de vida, que va a depender de: a) nivel de actividad y autonomía de los adultos mayores, b) sistema de protección social, c) sistema de salud, d) contexto, entre otros factores.*

Por su parte, los mercados laborales tienden a excluir a temprana edad a los adultos mayores.

- › *Bajo esta perspectiva, los adultos mayores se enfrentan a un panorama de desprotección y exclusión social que se traduce en: a) baja calidad de vida, b) alta prevalencia de enfermedades, en particular, las crónicas, c) reducción en la esperanza de vida, d) altos niveles de pobreza y otras vulnerabilidades, etc.*
- › *La exclusión social, discriminación y violencia hacia los adultos mayores ya son hoy día los principales problemas que afectan a esta población en nuestros países.*

PREGUNTA 2. ¿A QUÉ SE DEBE LA LLAMADA MUERTE SOCIAL QUE SUFREN LOS ADULTOS MAYORES Y SI ESTA SITUACIÓN ES VISIBLE EN REPÚBLICA DOMINICANA? ¿PODRÍA ESTAR RELACIONADA CON LA TASA DE SUICIDIO EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL PAÍS?

La muerte social no es más que un reflejo de la exclusión social y rechazo del adulto mayor en nuestras sociedades. Y más que suicidios, llamaría la atención a la baja calidad de vida de los adultos mayores en nuestros países, lo que incrementa su nivel de dependencia, lo cual tiende a generar un círculo vicioso que disminuye el bienestar en esta población.

PREGUNTA 3. ¿CUÁLES POLÍTICAS PÚBLICAS DEBEN DESARROLLARSE PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES?

Hay que fortalecer los sistemas de protección social y de salud para garantizar la inclusión social, autonomía, bienestar de los adultos mayores. Esto pasa por un sistema de cuidados que promueva el ejercicio pleno de su ciudadanía. Un sistema de cuidados que sea un continuo de las prestaciones de salud que reciben los adultos mayores. El sistema de salud debe garantizar cobertura universal para este segmento de la población, enfocada a la protección financiera y la garantía efectiva de prestaciones de salud basada en las necesidades y carga de enfermedad de los mismos.

Dado el aumento en la longevidad de los adultos mayores, deben activarse políticas de inclusión laboral, de manera flexible, sin discriminación, lo cual exige novedosos programas de capacitación para este segmento de la población e incentivos para las empresas que los emplean.

La garantía de un piso social, renta mínima o pensión básica que cubra las necesidades básicas de los adultos mayores.

PREGUNTA 4. ¿CÓMO CONSIDERA AFECTA LA POBREZA LA VIDA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR?

- › *La pobreza genera un círculo vicioso que provoca más exclusión social de esta población.*
- › *La pobreza genera más dependencia en esta población.*
- › *La pobreza literalmente "mata".*

RODRIGO SEGURA

DIRECTOR EJECUTIVO DE FUNDACIÓN NTD

PREGUNTA 1: DESDE SU ROL DE DIRECTOR EJECUTIVO DE LA FUNDACIÓN NTD, ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS QUE ENFRENTAN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES A LAS QUE PRESTAN SERVICIOS?

República Dominicana ha pasado de tener 2.7% de habitantes mayores de 60 años en 1950 a cerca de 12% en la actualidad. Esta tendencia al envejecimiento poblacional se mantendrá durante los próximos años y tiene consecuencias importantes en el nivel socioeconómico, el estado de salud y la calidad de vida de la población. Además, genera un reto importante para el sistema de salud, ya que aumenta la demanda por atención de personas con limitaciones físicas y enfermedades crónicas no transmisibles, cuya prevalencia aumenta con la edad.

En nuestra experiencia, las principales problemáticas de las personas mayores son las siguientes:

- › *Bajo Ingreso, dependencia económica principalmente de sus hijas e hijos u otros familiares. A esto se suma que regularmente son personas que trabajaron en la informalidad por lo que no disfrutaron de una pensión por jubilación.*
- › *Acceso a servicios de salud de calidad y suministro de medicamentos.*
- › *Presentan morbilidades y enfermedades crónicas que requieren atención permanente y/o generan discapacidad parcial o dependencia.*
- › *Presentan disminución de sus capacidades cognitivas y/o deterioro de su salud mental.*

PREGUNTA 2: ¿CÓMO CONSIDERA AFECTA LA POBREZA LA VIDA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR, PRINCIPALMENTE EN REPÚBLICA DOMINICANA?

Entre los determinantes de la calidad de vida en adultos mayores, las variables que más se correlacionaron con la variación del estado de salud de las personas adultas mayores, son la edad, el sexo y el estado ocupacional. Con respecto al estado ocupacional, estar desempleado, inactivo o tener problemas económicos, se

correlaciona con peor estado de salud si se compara con la población con algún tipo de ocupación o actividad económica regular, incluso los gastos en salud se incrementan inversamente en función al nivel socioeconómico, pasando de un 10% del ingreso del hogar en gastos de salud (nivel socioeconómico alto) a más del 30% de los ingresos totales de un hogar de nivel socioeconómico bajo.

Ser pobre limita el acceso a servicios de medicina preventiva o incluso a actividad física regular, las personas mayores por debajo de la línea de pobreza tienen clara la importancia de la actividad física y la nutrición para un envejecimiento saludable, pero expresan barreras o imposibilidad de acceso debido a la priorización de gastos. A su vez, el ser pobre limita la participación en actividades o programas para prevenir el deterioro cognoscitivo, por lo que se incrementa la probabilidad de desarrollar deficiencias cognitivas o empeorar su condición de salud mental en adultos mayores bajo la línea de pobreza.

La pobreza incide no solo en la mejor o peor capacidad de acceso a productos y servicios para suplir sus necesidades diarias, sino en la calidad de éstos, principalmente:

- › Servicios de atención médica (1 de cada 4 adultos mayores diagnosticado con alguna enfermedad, no recibe tratamiento). Solo el 11.6% de adultos mayores del país hacen uso de servicios de salud preventiva.
- › Servicios de cuidado, el 13,5% de los hogares del país tiene al menos un adulto mayor con alguna discapacidad, la dificultad para desplazarse es la principal (46,4%), le siguen la ceguera parcial (39,2%) y la sordera parcial (23,5%). Los servicios de cuidado permanente son en extremo costosos por lo que las personas mayores pobres presentan imposibilidad de acceso a éstos. (en muchos hogares del país, es el adulto mayor quien provee el cuidado a otros miembros de la familia, sin importar su condición de salud)
- › Acceso a alfabetización/educación, la tasa de analfabetismo de las personas adultas mayores de 70 años en RD es 20.6% en zonas rurales y de 34.1% en zonas rurales. Solo el 7.3% de las personas mayores del país en zonas rurales alcanza el nivel medio de educación y solo el 2% el nivel superior o universitario.
- › Acceso a fuentes formales de empleo, la tasa de ocupación es del 46.9% de personas entre los 60 y 69 años, de 23.4% en personas

de 70 a 79 años y de 8.8% en personas de 80 años o más

- › Fuentes formales de ingreso, cerca del 34,3% de los ingresos de las personas mayores en el país proviene de su trabajo; sin embargo, esta cifra es casi la misma que el 34,8% cuyo ingreso depende de la ayuda de familiares, el 23% tienen fuentes informales de ingreso y solo cerca del 8% de los adultos mayores del país disfruta de una pensión.
- › La cobertura del sistema pensional es de cerca del 20% en las zonas urbanas y de apenas el 7% en zonas rurales. Si se analiza el nivel de pobreza de los adultos mayores se observa que el 17% de las personas mayores que reciben pensión está por encima de la línea de pobreza, el 6% de las personas mayores en condición de pobreza moderada reciben una pensión, mientras que solo el 3% de personas mayores en condición de pobreza extrema la reciben.
- › Acceso a servicios financieros y crédito, las personas mayores de 50 años encuentran muchas dificultades para acceder a servicios de crédito y financiamiento, esta tendencia se hace más alta a medida que se incrementa la edad. Si además de ser adulto mayor, la persona es pobre, el acceso a servicios financieros es prácticamente nulo.

PREGUNTA 3: ¿QUÉ APRECIACIÓN TIENE DE LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, PRINCIPALMENTE MUJERES, A LAS QUE LA FUNDACIÓN PRESTA SERVICIO? ¿HA TENIDO ALGÚN CASO DESTACABLE QUE DESEE MENCIONAR?

Cerca de un 20% de las personas de 60 años o más, sufren algún trastorno cognitivo, la demencia y la depresión son los más comunes en ese grupo de edad y la pandemia por Covid-19 ha incrementado estas cifras de forma importante. Regularmente los problemas de salud mental no son tan fácilmente diagnosticados o reconocidos (incluso por las mismas personas mayores) y algunas de las consecuencias del deterioro de la salud mental están vinculados a los prejuicios que estas enfermedades generan, ya que incrementan los niveles de aislamiento y discriminación que sufren los adultos mayores e incluso generan un clima favorable para varias formas de abuso (sexual, económico, físico, psicológico, entre otros).

Aunque el foco principal de trabajo de nuestra institución, no es la identificación y tratamiento de los trastornos de salud mental

presentes en las personas mayores, sí lo es su prevención a través de la buena nutrición y la práctica de actividad física.

El proceso de envejecimiento demográfico que vive el mundo, en la República Dominicana tiene rostro de mujer, ¿por qué? La mujer en nuestro país tiene mayor expectativa de vida, se espera que para 2050 haya más de 125 mujeres por cada 100 hombres mayores (entorno urbano), y 100 mujeres mayores por cada 100 hombres (entorno rural).

Las condiciones sociales, económicas y culturales en las que se desarrollan las mujeres durante su ciclo de vida, hacen que haya efectos diferentes en la edad adulta mayor, mientras el 74,8% de las mujeres mayores de 60 años sufre alguna enfermedad crónica (hipertensión, diabetes, artritis y enfermedades cardiovasculares), solo 49,2 % de los hombres padece el mismo tipo de condición. Por esto, aún cuando la mujer puede vivir más tiempo, es muy probable que su calidad de vida sea más baja por la posibilidad de sufrir enfermedades físicas y cognitivas.

PREGUNTA 4: A SU ENTENDER, ¿CUÁLES POLÍTICAS PÚBLICAS DEBEN DESARROLLARSE PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES?

- › *Lo principal es actualizar la Ley de Protección a la Persona Envejeciente (352-98) ya que el entorno y contexto social en el que fue diseñada dista mucho de lo que sucede hoy en día (incluso después del Covid-19)*
- › *Debe desarrollarse una Política de acceso equitativo al entorno educativo (alfabetización, pero también a la educación superior), formalización laboral, vivienda digna y una de equidad económica, orientado a la inclusión de las personas adultas mayores.*
- › *Debe haber una política de inclusión tecnológica de los adultos mayores*
- › *Desarrollo de una encuesta de uso del tiempo en hogares y principalmente en aquellos donde haya presencia de adultos mayores. Esto para ser respondido a través de una política de cuidado.*
- › *Establecer políticas de salud, pensión, cuidado, ahorro y educación teniendo en cuenta la feminización de la vejez.*



**Gestión económica de la salud mental
en mujeres adultas mayores**

Mery Santana



DESCARGA OTRAS PUBLICACIONES DEL
CONVENIO FLACSO-SUPÉRATE EN:

flacso.edu.do