EXPTE. D- 2953 /10-11

H.C. DE DIPUTADOS
FOLIO
1
Pcia. BS. AS.

Provincia de Buenos Aires
Honorable Cámara de Diputados

PROYECTO DE LEY

La Cámara de Diputados y el Honorable Senado de la Provincia de Buenos Aires sancionan con fuerza de

LEY

Establecimiento de la Libreta Social Sanitaria para Adultos Mayores

Articulo 1º: El Estado Provincial contribuirá a la promoción de vida saludable en los adultos mayores, profundizando en la prevención y/o tratamiento de los problemas de salud del hombre y mujer y su entorno.

Articulo 2º: A los fines del mejor cumplimiento de tal objetivo, registrará a todas las personas mayores de 60 años, a quienes extenderá una **Libreta Social Sanitaria para Adultos Mayores**, en forma gratuita.

Articulo 3º: Los datos registrados en la misma, contribuirán a la mejor planificación sanitaria, social y política por una mejor calidad de vida y mayor grado de satisfacción del adulto mayor, el desarrollo de programas de detección de ancianos y ancianas en situación de riesgo y el establecimiento de acciones que tal circunstancia amerite.

Articulo 4º: En la **Libreta Social Sanitaria para Adultos Mayores** se incluirán los siguientes datos: a) Organización de la familia. b) Inmunizaciones. c) Estado nutricional. d) Higiene bucal y oclusiones. e) Control de visión y audición. f) Hábitos cotidianos relevantes que puedan deteriorar su salud. g) Antecedentes de enfermedades crónicas, controles y tratamiento, (diabetes, enfermedad pulmonar oclusiva, enfermedad coronaria, hipertensión). h) Índice de Expectativa de Vida Independiente (sin restricciones para las actividades de la vida diaria) i) Índice de Expectativa libre de limitaciones funcionales. j) Tipo de actividad Física. k) Otras consideraciones de interés.

Articulo 5º: La **Libreta Social Sanitaria para Adultos Mayores** podrá ser completada por el médico de cabecera del ámbito público y/o privado y actualizada ante cada cambio de situación y al menos 1 vez al año.

Articulo 6º: La **Libreta Social Sanitaria para Adultos Mayores** será presentada por el titular cada vez que requiera de los distintos centros de atención sanitaria, de esta forma llevará consigo su historial, que favorecerá la atención holística e integral del mismo, herramienta sumamente útil, sobre todo en aquellos ancianos que viven solos.

H.C. DE DIPUTADOS
FOLIO
2
Pcia. BS. AS.

Articulo 7º: El gobierno Provincial, deberá arbitrar los medios que implementen un sistema de referencia y contra referencia entre los efectores de salud de la Provincia y los Municipios para dar respuesta rápida y/o crear nuevos programas para mejorar la calidad de vida en la vejez que prolonguen la autonomía de este grupo etáreo, entendiéndose que deberá proveer de los elementos, servicios y/o tratamientos en forma gratuita en aquellos que carecen de mutual.

Articulo 8º: Los responsables de los datos volcados en la **Libreta Social Sanitaria para Adultos Mayores**, dispondrán del relevamiento y registro informatizado de los controles realizados y de las problemáticas detectadas, con el fin de proyectar y ejecutar las acciones preventivas y correctivas necesarias.

Articulo 9º: El Poder Ejecutivo proveerá y distribuirá sin cargo, la **Libreta Social Sanitaria para Adultos Mayores**, a quienes tengan la obligación legal de entregarla, para ello se lo autoriza a adecuar las partidas presupuestarias correspondientes, para dar cumplimiento de la presente Ley.

Articulo 10º: Una vez entregada al usuario, la misma no podrá ser retenida y los datos serán de índole confidencial.

Articulo 11º: El Poder Ejecutivo determinará la autoridad de aplicación.

Articulo 12º: Comuníquese al Poder Ejecutivo a sus efectos.

FERNANDA C. ANTONIJEVIC
Diputada
Bloque GEN-P.S.
H. Cámara de Diputados Pcia. Bs. As.

CARLOS ALBERTO NIVIO
Diputado Provincial
H. Cámara de Diputados
Pcia. de Buenos Aires

ANA MARÍA DE OTAZÚA
Diputada Provincial
Bloque GEN-PS
H.C. Diputados Prov. Bs. As.

MARCELO EDUARDO DIAZ
Diputado Provincial
H. C. Diputados Pcia. Bs. As.

Not. ABEL BUIL
Diputado Provincial
H. Cámara de Diputados Prov. Bs. As.

JUAN CARLOS PIRIZ
Diputado
Presidente Bloque Peronismo Federal
H. C. Diputados Pcia. Bs. As.

H. C. DE DIPUTADOS
FOLIO
3
Pcia. BS. AS.

FUNDAMENTACION

La Organización Panamericana de la Salud propone ante el envejecimiento de la población en los países en América Latina, una iniciativa regional que prevenga enfermedades y mejore el entorno social, ante la proyección de que para 2025 habrá 14 millones de personas de 80 años o más. Mejorando la prevención para combatir más las enfermedades crónicas y poder asegurar que la vejez sea más saludable y más activa en el tiempo. Define el "envejecimiento activo" como "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen".

Según estudios de la Organización Mundial de la Salud y la OPS, entre los años 2000 y 2050 se prevé que la población de adultos mayores en América Latina y el Caribe aumente de 41 millones a unos 184 millones. Ya 23 países de esa zona están entre los 100 más envejecidos del mundo. "Para el año 2010 habrá más personas de 60 años o más, que menores de cinco años en la región, y para el 2050 habrá aproximadamente tanto niños y niñas menores de 5 años como personas mayores de 80", según un estudio de la OPS.

La organización advierte además que el índice de envejecimiento se cuadruplicará para mediados de siglo: pasará de 25 personas mayores de 60 años por cada 100 niños y niñas menores de 15 a principios de la centuria, a 128 personas adultas mayores por cada 100 menores de 15 para 2050.

En Centroamérica, los países que según la OPS tienen en el presente la mayor población envejecida son Panamá, Costa Rica y El Salvador; **en Sudamérica, Uruguay y Argentina;** en el Caribe, Cuba y Puerto Rico; y en Norteamérica, Canadá y Estados Unidos.

La OPS recomendó para los adultos mayores no solo un "paquete básico" de medicina preventiva, sino también prevención y planificación para tener menos enfermedades crónicas propias de la vejez para el año 2050.Para ello asegura que debe establecerse "una cultura en salud" que se inicie en edades tempranas.

El proceso del envejecimiento puede ser evaluado considerando dos grandes grupos de factores participantes en él, que son los factores biológicos y aquellos que, segun Comfor reunió bajo el término de "envejecimiento psicogénico", considerando como tal al conjunto de normas que la sociedad impone a los ancianos por el hecho de serlo y en los cuales se incluyen los prejuicios en relación con la conducta social de las personas mayores de 60 años.

H.C. DE DIPUTADOS FOLIO 4 Pcia. BS. AS.

Estos prejuicios y barreras constituyen presiones sociales que dan origen a respuestas de defensa en forma de demanda de afectos y de sentimientos de inseguridad, que asociados a la perdida de la autoestima generan cuadros depresivos, y síntomas o enfermedades psicosomáticos de diversa índole, como expresión de insatisfacción emocional y demanda de atención. Estos trastornos determinan una disminución en la calidad de vida de mayor o menor intensidad, e incluso pueden condicionar trastornos de consecuencias fatales. Todo este proceso puede ser reducido y hasta evitado si se traza una estrategia adecuada que contrarreste los efectos nocivos de los prejuicios sociales hacia la tercera edad, que están presentes en los más jóvenes y en los propios ancianos en mayor o menor escala, no sólo por los criterios de valoración general del fenómeno, sino también por la valoración individual de la propia identidad como persona que se encuentra en la última etapa de la vida.

Por otra parte, el aumento de la esperanza de vida hasta edades avanzadas sólo es deseable si las personas pueden gozar de aceptables condiciones de salud, entendido esto como la mayor cantidad de años libres de padecimientos o limitaciones funcionales (físicas, psíquicas o sociales).

Resulta obvio que una oportuna y accesible atención de la salud conforma uno de los pilares sobre los cuales descansan las posibilidades de persistir hasta edades avanzadas con autonomía y bienestar.

Por tal motivo se trata de señalar los aspectos morosos desde un punto de vista asistencial, como el de garantizar a la ciudadanía envejecida (portadora de limitaciones y/o dificultades) el acceso "amigable" a servicios de atención médica orientada hacia los problemas prevalentes en esta etapa de la vida (reclamo, en parte "tradicional", si se quiere). Al mismo tiempo este grupo etáreo, junto al resto de la población, viene reclamando estructuras más eficientes.

Lo nuevo, lo que ya puede constatarse como parte de la oferta estatal en muchas de las sociedades más envejecidas, es la instauración de nuevos sistemas que aseguren la cobertura de costos de contingencia derivados de discapacidades prolongadas, así como la puesta en marcha de adecuados programas sustentables de atención ambulatoria y/o domiciliaria para rehabilitación o cuidados de larga duración, por parte de equipos profesionales multidisciplinarios. Esto debería ser incorporado al modelo médico vigente (tradicionalmente omnipresente) que enfatiza las estructuras de servicios de salud institucionales basadas sobre la curación de la enfermedad ("hospital - céntrico").

H.C. DE DIPUTADOS FOLIO 5 Pcia. BS. AS.

Lo que hoy se acepta para la planificación, provisión y financiación de servicios de salud es la consideración de las aptitudes funcionales de cada una de las personas envejecidas, y sus potenciales requerimientos, más allá de los aspectos médicos tradicionales.

Si planteamos en todo momento, el hecho de mejorar la calidad de vida, concepto subjetivo que cubre todos los aspectos de la vida, según lo experimenta el individuo, que tiene componentes fisiológicos, médicos, psicológicos , éticos, sociales, familiares, religiosos y políticos., vemos que existe una interrelación permanente entre el hombre y su entorno y en cada ser ,en la simbiosis hombre- contorno se pueden distinguir cuatro aspectos: el estilo de vida, el ideal de vida, la realidad de vida y la calidad de vida. Esta última confronta el ideal de vida con la realidad de vida que incluye conceptos como el de dignidad y plenitud, en el marco de las necesidades humanas. Para cada necesidad existen bienes y servicios a diferentes niveles. Para lograr un grado de satisfacción global en el area que nos ocupa, es necesario valorar la cantidad de bienes y servicios ofertados y consumidos, saber si su distribución está de acuerdo con las aspiraciones y necesidades (ideal) de los diferentes sectores sociales y conocer la escala de valores del grupo etáreo mayor de 65 años en nuestra Sociedad. Con todas estas complejas variables puede prepararse la base de una planificación sanitaria, social y política.

El grado de satisfacción de vida de los ancianos está relacionado con su estado de salud (Recordemos que el término salud en Geriatría es integral y quíntuple: Bio-Psico- Social, funcional y espiritual.) pero más que con la presencia o no de enfermedad, lo está con la posibilidad de autonomía funcional o con el grado de dependencia. El fin último de la Geriatría es facilitar una vida digna con el máximo de autonomía posible.

El incremento de la población mayor de 65 años y el aumento de la esperanza de vida al nacer, incluye años activos y dependientes. En realidad, una de las mayores controversias de la epidemiología gerontológica moderna es si la ganancia en la esperanza de vida conlleva incrementos equivalentes en los años independientes. Aunque se ha popularizado el término de compresión de la morbilidad (Fries, 1980), los datos disponibles no sustentan ese escenario tan optimista. Katz y colaboradores (1983), introdujeron el concepto de esperanza de vida activa para distinguir los años que se viven sin discapacidad.

Otros índices introducidos recientemente son los de expectativa de Vida Independiente (sin restricciones para las actividades de la vida diaria y el de Expectativa libre de Limitaciones funcionales. Ambos son menores a la esperanza de vida. Se considera que el envejecimiento poblacional amenaza el sistema de salud.

H.C. DE DIPUTADOS
FOLIO
6
Pcia. B.S. AS.

Se sabe que las personas mayores consumen más servicios socio- sanitarios y medicamentos que otros grupos etáreos. Se prevé que en el siglo XXI, la creciente población de personas mayores de 85 años —los "viejos-viejos"—, con su enorme consumo de servicios médicos, crearán importantes crisis económicas, de recursos médicos y éticas tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo.

El impacto sobre el sistema de salud, del notable volumen de personas mayores será consecuencia de las condiciones de vida de la población y de los índices de dependencia explicados.

La cuestión central que debemos plantearnos, en relación a la prolongación de la vida, es si podemos aceptar un empeoramiento de la calidad de vida en la vejez o tratar por todos los medios de posponer la morbilidad y la dependencia. Para alcanzar este objetivo se debe trabajar en dos frentes: 1) Utilizar procedimientos eficaces que retrasen o limiten la aparición de incapacidad funcional en enfermedades médicas o quirúrgicas. 2) Detectar a tiempo aquellos problemas que puedan dar potencialmente incapacidad funcional y dependencia o sea la detección de ancianos en situación de riesgo.

ANCIANOS EN RIESGO

Solo un pequeño porcentaje de los mayores de 65 años, presentan problemas al punto de ser dependientes de la Sociedad, pero su importancia cualitativa radica en el aumento de la demanda de servicios socio- sanitarios incluyendo cuidados institucionales de larga estancia, que ese grupo genera.

El problema en parte se encuentra ocasionado por la falta de medidas preventivas y del reconocimiento de las causas por las cuales ese grupo de personas acaba por ser dependiente.

Al detectar ancianos en riesgo se puede poner a las personas en situación de vulnerabilidad bajo vigilancia, impartir educación sanitaria, aconsejar sistemas de cuidados domiciliarios, auto cuidado, ayuda a los familiares y cuidadores, información sobre servicios existentes. El grupo detectado generalmente como de riesgo es aquel mayor de 80 años, el cual presenta una probabilidad cinco veces mayor de requerir asistencia.

Una comisión de expertos de la OMS definió en 1974 los siguientes factores de riesgo: 1. Mayores de 80 años, 2. Ancianos viviendo solos, 3. Mujeres solas, viudas, solteras o separadas, 4. Ancianos residiendo en instituciones no controladas, 5. Quienes no pueden desarrollar sus AVD por incapacidad física o mental, 6. El período inmediato al alta del hospital, 7. Aquellas personas que han perdido al cónyuge recientemente.

H.C. DE DIPUTADOS
FOLIO
7
Pcia. BS. AS.

Según otros estudios se pueden agregar los bajos recursos económicos, la falta de ayuda formal o informal, las viviendas con difícil acceso o en malas condiciones de habitabilidad. La claudicación del cuidador es un factor de suma gravedad.

Otra definición de anciano frágil o de alto riesgo, incluido en los Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores elaborados por el INSALUD en colaboración con la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, incluye datos como: Reciente cambio de domicilio (menos de un año), dentro de las patologías que provocan incapacidad funcional: las caídas, el déficit visual y la hipoacusia, la toma de más de tres fármacos, la prescripción en el último mes de psicofármacos, antihipertensivos , antidiabéticos, anticoagulantes, la depresión, y los trastornos cognitivos.

Se sugiere efectuar dicha detección desde la Atención Primaria de la Salud, haciendo hincapié en la formación geriátrica de los médicos que se desempeñan en ese nivel de atención y el establecimiento de unidades de Valoración Geriátrica en los centros de mayor complejidad, a cargo de médicos Geriatras.

El empleo de criterios para definir riesgo y derivar los pacientes a una consulta de Valoración Geriátrica pretende beneficiarlos con una intervención que mejore su calidad de vida en términos de función y morbimortalidad, y que tenga ingerencia en la economía en relación a la reducción de la hospitalización, la institucionalización, el consumo de fármacos y el menor costo final de la asistencia.

El deterioro funcional que acompaña al envejecimiento puede posponerse manteniendo una vida física, mental y social activa. Por tanto, el objetivo de los programas de promoción de la salud dirigidos a las personas de edad avanzada no consiste en prolongar la vida indefinidamente, sino, ante todo, en dar la mejor vida posible a los años que le quedan a cada persona.

Una forma de contribuir a disminuir el gran consumo de recursos de salud de la población anciana consiste en reducir en lo posible el período de morbilidad terminal. Para ello hay que mantener a las personas lo más activas posible y capaces de cuidarse a sí mismas casi hasta su muerte. Con ello, disminuirá la duración, aunque no necesariamente la intensidad, de la atención médica que necesitan.

Por otra parte, se reducirá evidentemente el sufrimiento y se combatirá la sensación de deterioro de los ancianos y de los familiares que los cuidan, siempre que los hubiese.

Es en el marco expuesto, que se considera necesario contar con información fehaciente y posibilidades de seguimiento y actualización de la misma.

H. C. DE DIPUTADOS
FOLIO
8
Pcia. BS. AS.

En tal sentido, el establecimiento y uso de esta **Libreta Social Sanitaria para Adultos Mayores** que se propicia, permitirá tener un rápido conocimiento del anciano, que en más de una repetida oportunidad llega solo al centro de salud, y más de una vez es derivado a centros de mayor complejidad de la misma manera.

Asimismo permitirá a la Provincia y a los Municipios a conocer su propia realidad y planificar programas propios de prevención y promoción que mejore la calidad de vida de los adultos mayores y su entorno. Es que, sin duda, el contar con ella y la información que de la misma surja contribuirá a la mejor planificación sanitaria, social y política por una mejor calidad de vida y mayor grado de satisfacción del adulto mayor, el desarrollo de programas de detección de ancianos y ancianas en situación de riesgo y el establecimiento de acciones que tal circunstancia amerite.

Por todos estos motivos, invito a los señores Legisladores al acompañamiento de esta iniciativa.

JUAN CARLOS P...
Diputado
Presidente Bloque Peronis...
H. C. Diputados Pr...

ANA MARIA DE OTAZÚA
Diputada Provincial
Bloque GEN-PS
H.C. Diputados Prov. Bs. As.