



DIPLOMATURA EN GESTIÓN Y DISEÑO DE EDIFICIOS DESTINADOS A LA SALUD I

DIRECTORA: ARQ. MARIA ELVIRA CONTRERAS

COORDINACIÓN ACADÉMICA: ARQ. JOSÉ TURNIANSKY

Organizan:

**Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria (AADAIH) Universidad del
Gran Rosario (UGR)**

TRABAJO FINAL

**Análisis del sistema de atención de los adultos mayores en Argentina
y su relación con la arquitectura**

María Belén Manganelli / María Agustina Correa / Raúl Ricardo Dalgalarando

Marzo 2024
Buenos Aires / La Pampa / Neuquén
Argentina

INDICE

Introducción.....	pag 3
1. Marco de referencia - Contexto Argentino	pag 4
1.1 Adulto mayor.....	pag 4
1.2 Envejecimiento de la población.....	pag 5
1.3 Esperanza de vida (saludable).....	pag 7
1.4 Condiciones de salud de las personas mayores	pag 9
1.5 Influencia del entorno, la soledad en la vejez	pag 11
1.6 Características socioeconómicas de los adultos mayores....	pag 12
1.7 Década de envejecimiento saludable.....	pag 14
1.8 Síntesis	pag 14
2. Sistemas de atención de los adultos mayores.....	pag 16
2.1 Red de atención.....	pag 16
2.2 Cobertura sanitaria	pag 19
2.3 Accesibilidad a los sistemas de atención	
2.4 Síntesis	
3. Arquitectura, Vivienda y ciudad	
3.1 Directrices y marco regulatorio en residencias.....	
3.2 Casa Activa	
3.3 Marco regulatorio urbano	
3.4 Diseño de espacios accesibles, ciudades amigables.....	
4. Conclusiones	
5. Bibliografía	

INTRODUCCIÓN

La presente monografía tiene por objetivo analizar los sistemas de atención del adulto mayor con los que cuenta la Argentina haciendo énfasis en las respuestas Arquitectónicas (vivienda y ciudad) como uno de los aspectos fundamentales que repercute en la vida de las personas.

En un contexto donde la población está envejeciendo a un ritmo acelerado, la importancia de entender cómo los sistemas de asistencia y su accesibilidad impactan en la calidad de vida y el bienestar de esta población se vuelve cada vez más importante. Argentina, como muchos otros países, enfrenta el desafío de adecuar sus respuestas a las necesidades de esta población etaria. Este proceso implica la conformación de un sistema de cuidados integrado con un marco normativo que regule la actividad del sector y garantice estándares mínimos de calidad de los servicios de atención.

La vivienda y la ciudad, en este sentido, no solo son un espacio físico, sino también un entorno cargado de significado personal, social y cultural, que juega un papel fundamental en el bienestar emocional y psicológico de los individuos en comunidad.

Para abordar esta temática, en la primera sección se analiza el contexto y marco teórico en Argentina, en la segunda sección se revisa la red de atención al adulto mayor que tiene el país, tanto en el ámbito público como privado y en la tercera sección se presentan ejemplos de estudio con el fin de analizar las tipologías edilicias y desarrollos urbanos que ofrece el sistema.

En última instancia, el trabajo se plantea contribuir al debate sobre cómo mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en Argentina, asegurando que los sistemas de atención no solo deben garantizar la **accesibilidad** (en general) sino también proponer **espacios de sociabilización de calidad** como uno de los aspectos fundamentales en la vida del adulto mayor que respalden una vejez digna y plena.

1. MARCO DE REFERENCIAL - CONTEXTO ARGENTINO

1.1 ADULTO MAYOR

La Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores protege los derechos humanos y libertades de la persona mayor. Esta Convención tiene jerarquía constitucional, es decir forma parte de la Constitución Nacional Argentina. Para la Convención **una persona mayor es la que tiene 60 años o más.**

Desde el INADI se entiende **la vejez** como una etapa natural más, y no patológica, del curso de la vida. El envejecimiento está dentro del proceso evolutivo de la vida, es un ciclo vital que en ningún caso constituye en sí mismo un proceso patológico, un estado de enfermedad o de disminución de capacidad.

Según la OMS (2023):

En todo el mundo, las personas viven más tiempo que antes. Hoy la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Todos los países del mundo están experimentando un incremento tanto de la cantidad como de la proporción de personas mayores en la población.

En 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. En ese momento, el grupo de población de 60 años o más habrá subido de 1000 millones en 2020 a 1400 millones. En 2050, la población mundial de personas de 60 años o más se habrá duplicado (2100 millones). Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones.

Este cambio en la distribución de la población de los países hacia edades más avanzadas —lo que se conoce como envejecimiento de la población— empezó en los países de ingresos altos (en el Japón, por ejemplo, el 30% de la población ya tiene más de 60 años), pero los cambios más importantes se están viendo actualmente en los países de ingresos bajos y medianos. En 2050, dos tercios de la población mundial de más de 60 años vivirá en países de ingresos bajos y medianos.

1.2 ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN ARGENTINA

En el contexto demográfico argentino, se observa un fenómeno de envejecimiento poblacional. Este proceso se genera como resultado de múltiples factores interrelacionados, entre los cuales destacan los cambios en la fecundidad y la mortalidad. Debido en gran medida a los avances en una serie de áreas que nos han aportado mejores medicamentos, alimentos y condiciones de vida en comparación con nuestros antepasados.

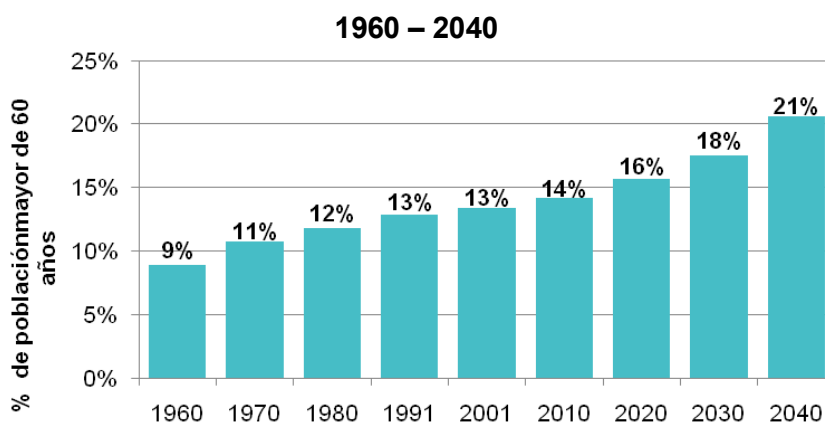
En primer lugar, la fecundidad ha experimentado una tendencia a la baja. El número de nacimientos por mujer ha disminuido significativamente en las últimas décadas.

A su vez, la mortalidad también ha influido en la estructura etaria de la población. La disminución de las tasas de mortalidad ha contribuido al aumento de la esperanza de vida, que pasó de 62 años en 1950 a 77 años en 2020. Este incremento en la longevidad ha generado un mayor número de personas mayores en la población.

Por lo tanto, la combinación de una fecundidad decreciente y una mayor esperanza de vida ha dado lugar a un crecimiento rápido de la población de personas mayores en Argentina. Estos cambios demográficos son esenciales para comprender la dinámica social y los desafíos que enfrenta la sociedad en términos de políticas de salud, seguridad social y calidad de vida para las generaciones mayores.

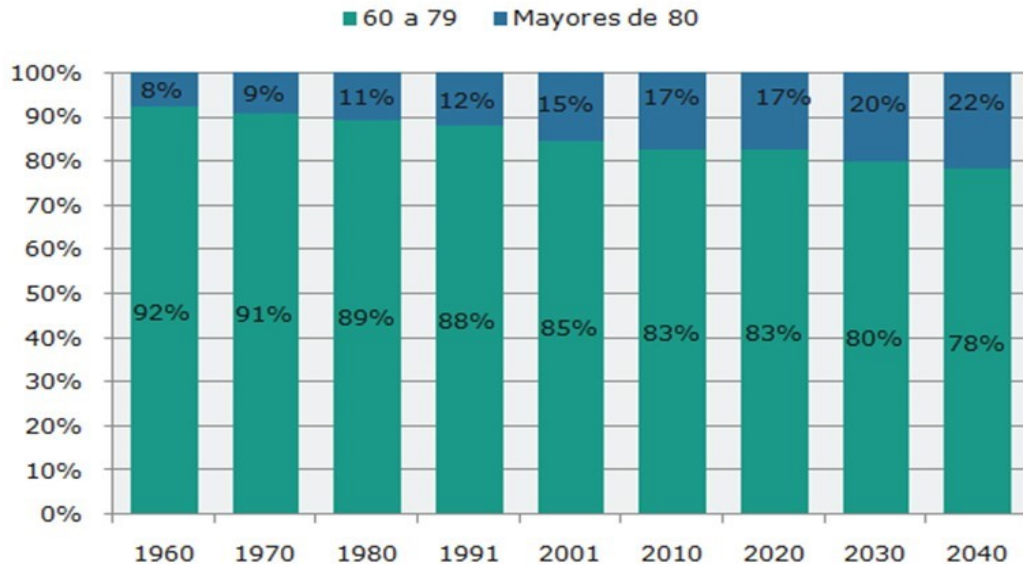
El proceso de envejecimiento poblacional se evidencia en nuestro país por el aumento en la proporción de personas de 60 años y más a partir del año 1960, con una tendencia que se profundiza de manera tal que se estima que para el año 2040 la proporción de personas mayores ascenderá al 20,6% (Figura N°1, N°2 y N°3).

Figura N° 1. Argentina. Tendencia del porcentaje de población de 60 años y más. Período



Fuente: Elaboración a partir de datos del INDEC: censos nacionales y proyecciones del Censo 2010

Figura N°2. Argentina. Tendencia del comportamiento de la población mayor de 60 años por grandes grupos de edad, desde el Censo 1960 hasta Proyección 2040

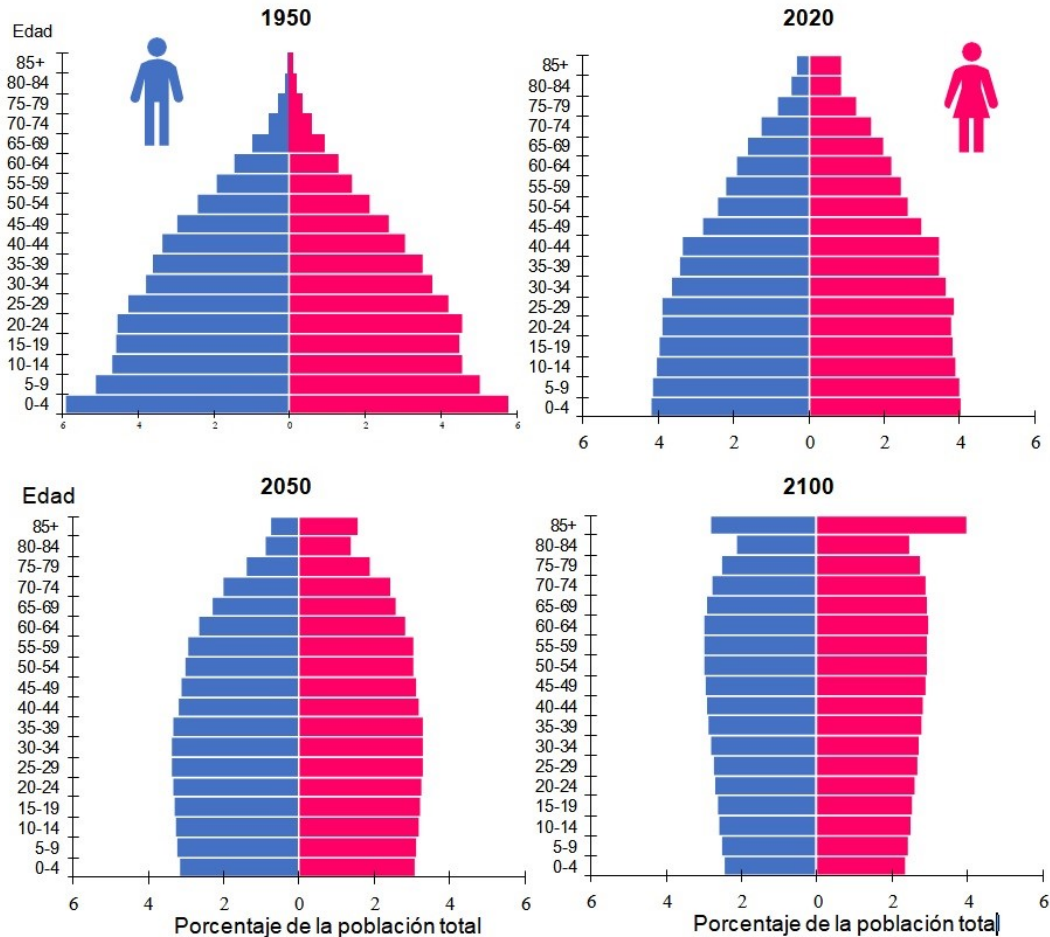


Fuente: elaboración en base a datos y proyecciones poblacionales del Censo 2010

De acuerdo los gráficos expuestos, se puede observar la tendencia en aumento del porcentaje de población mayor, en el año 1960 el porcentaje de personas mayores de 60 años era del 9% y para el año 2040 se estima un 21%. Considerando a su vez el aumento en edad del grupo poblacional, es decir, para el año 1960 las personas entre los 60 y 79 años eran del 92% siendo las mayores de 80 años el 8%, mientras que para el año 2040, se estima para las personas entre 60 y 79 años un 78% y las mayores de 80 años un 22%.

El envejecimiento poblacional, es el resultado de la **transición demográfica** (*proceso de larga duración que parte de una situación inicial con altas tasas de mortalidad y fecundidad, para arribar a una situación final de bajas tasas de mortalidad y fecundidad*).

Figura 3. Estructura de la población por grupo de edad y género en Argentina, 1950, 2020, 2050 y 2100



Fuente: Maria Laura Olivieri (2020). Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina.

Pag.10

En el gráfico se demuestra cómo con el paso del tiempo la base de la pirámide se reduce y la cúspide aumenta.

1.3 ESPERANZA DE VIDA (SALUDABLE)

La esperanza de vida al nacer es el promedio de años que vive una determinada población, nacida en el mismo año. Es, junto con el IDH (índice de Desarrollo Humano), la Tasa de mortalidad, y el Ingreso per cápita uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de vida en una región. La ONU establece la siguiente definición de Esperanza de vida: "Cantidad de años que un recién nacido puede esperar vivir si los patrones de mortalidad por edades

imperantes en el momento de su nacimiento siguieran siendo los mismos a lo largo de toda su vida".

En Argentina la proyección de la esperanza de vida al nacer para el año 2020 según el Censo 2010 (INDEC) fue de 78,1 años en promedio: 74,9 para los varones y 81,4 para las mujeres. Se estima que para el año 2040 la esperanza de vida al nacer será de 78,4 años para los varones y 84,7 para las mujeres lo cual muestra, además, una tendencia a la reducción en cuanto al diferencial entre varones y mujeres (Figura N°4).

Figura N° 4. Argentina. Esperanza de vida al nacer por sexo

Esperanza de vida	1950			2020			2050		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Al nacer	62,5	60,4	65,1	77,2	73,8	80,4	87,0	85,2	88,9
A los 60 años	16,3	14,9	17,9	21,8	19,3	24,0	28,6	27,3	30,2
A los 80 años	6,0	5,5	6,5	8,5	7,3	9,2	12,0	11,0	12,9
Saludable al nacer [1]				68,4	65,9	70,7			
Saludable a los 60 años [1]				17,3	15,3	19,1			

Nota: T=total; H=hombre y M=mujer. [1] los datos corresponden al año 2016.

Fuente: Para los indicadores 1 a 3 la fuente es Naciones Unidas (2019). Para los indicadores 4 y 5 la fuente es la Organización Mundial de la Salud. Repositorio de datos del Observatorio Global de Salud. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXv?lang=en>.

La ampliación de la esperanza de vida ofrece oportunidades, no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto. En esos años de vida adicionales se pueden emprender nuevas actividades, como continuar los estudios, iniciar una nueva profesión o retomar antiguas aficiones. Por otro lado, las personas mayores contribuyen de muchos modos a sus familias y comunidades. No obstante, el alcance de esas oportunidades y contribuciones depende en gran medida de un factor: la salud.

La **esperanza de vida saludable** es definida según la OMS como los años promedio de vida con "buena salud" que esperaríamos vivir un individuo. Cuando las personas pueden vivir la vejez con buena salud y en un entorno propicio, su capacidad para hacer lo que más valoran apenas se distingue de la que tiene una persona más joven. En cambio, si estos años están dominados por el declive de la capacidad física y mental, las implicaciones para las personas mayores y para la sociedad se vuelven más negativas. De acuerdo a la **Figura 4**, se estima que en el año 2020 la esperanza de vida al nacer Total es de 77,2 y la esperanza de vida Saludable

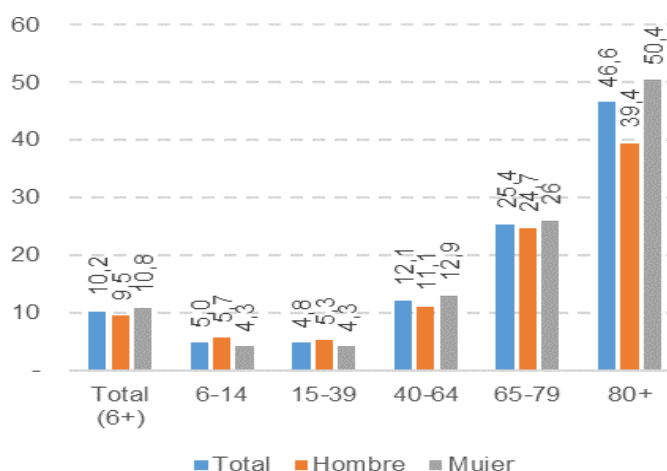
al nacer es de 68,4. Por lo cual esta diferencia de 8,8 años, puede ser un indicador de los años de asistencia que requiere un adulto mayor.

1.4 CONDICIONES DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

La transición demográfica va acompañada de una transición epidemiológica. Es decir, el aumento de de la edad y envejecimiento poblacional está relacionado directamente con el aumento de determinadas **enfermedades**, por consiguiente aumenta los índices de **discapacidad** y **dependencia funcional**.

DISCAPACIDAD. Según la “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”, estas últimas son aquellas que acusan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de largo plazo y que, al interactuar con diversas barreras en su entorno, pueden sufrir impedimentos para participar de manera plena y efectiva en la sociedad, y en igualdad de condiciones con las demás (Naciones Unidas, 2006). La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (2011a,2011b) emplean una definición similar. En la **Figura 5** se evidencia que, a medida que aumenta la edad, el origen de la discapacidad se asocia cada vez más con problemas de la vejez. Entre las personas de 65 a 79 años, casi el 18% sufre de alguna discapacidad relacionada con tales problemas. Esta cifra asciende a casi la mitad en los mayores de 80 años.

Figura 5. Prevalencia de población con dificultad en Argentina por género y grupo de edad, 2018

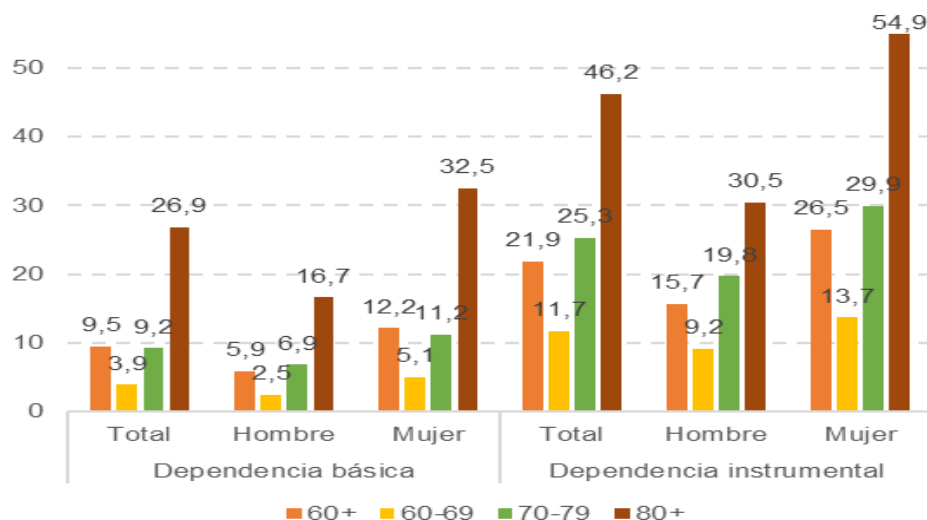


Fuente: María Laura Olivieri (2020). Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina.

DEPENDENCIA FUNCIONAL. La dependencia se refiere a la situación de tener dificultad y requerir ayuda permanente de otra persona para realizar una serie de tareas elementales que se denominan actividades de la vida diaria. Esta permite distinguir entre dos tipos de dependencia:

- **básica** :si la persona mayor no puede, o tiene mucha dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria –principalmente de auto cuidado--y requiere ayuda permanente de otra persona (figuran desplazarse por sus propios medios en su cuarto o casa y realizar tareas cotidianas como alimentarse, bañarse, vestirse, usar el inodoro, peinarse, cepillarse los dientes o lavarse la cara, acostarse o levantarse de la cama, y subir y/o bajar escaleras).
- **instrumental**: el grado de capacidad para realizar actividades que conllevan un mayor nivel de complejidad cognitiva o motriz y que son necesarias para llevar adelante una vida independiente. (La capacidad para usar el teléfono, emplear medios de transporte, tomar medicamentos, manejar dinero, hacer compras, preparar comidas calientes o realizar tareas del hogar).

Figura 6. Porcentaje de personas mayores con dependencia en Argentina por género y grupo de edad, 2012



Fuente: María Laura Olivieri (2020). Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina. Pag.17

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) representadas principalmente por la diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas, son la principal causa de muerte en el mundo y en nuestro país. Las mismas son responsables de más del 70%

de las muertes totales a nivel mundial y están creciendo de forma sostenida en todo el mundo, convirtiéndose en las últimas décadas en una epidemia global.

Según Boletín de Mortalidad por Enfermedades No Transmisibles 2021:

En Argentina las ENT constituyeron más del 70% de las muertes, hasta el año 2020, momento en que disminuyeron su peso relativo con la aparición de la pandemia. Sin embargo, fueron la principal causa de mortalidad en el año 2021, representando el 58,3% del total de las muertes y el 72,3% si se excluyen del análisis las muertes causadas por Covid-19. El análisis de tendencias de las enfermedades no transmisibles (ENT) para el período de 1997 a 2021 en Argentina, mostró un descenso sostenido de la mortalidad por ENT con una reducción estadísticamente significativa de -1,2% anual. En relación con las causas de muerte según grupos de edad, se destaca que las enfermedades cardiovasculares fueron ocupando los primeros puestos conforme avanzaba la edad hasta llegar al primer puesto en el grupo de 75 años y más. Las causas relacionadas a diabetes, enfermedad respiratoria y enfermedad renal tuvieron el mismo comportamiento creciente, directamente relacionado con la edad. (p.55)

Considerando la discapacidad y dependencia funcional, es importante destacar que las ENT causan pérdida de las capacidades de las personas que la padecen y en consecuencia es un dato relevante a tener en cuenta en el desarrollo de los servicios de atención.

1.5 INFLUENCIA DEL ENTORNO, LA SOLEDAD EN LA VEJEZ

Los entornos físicos y sociales afectan a la salud de las personas de forma directa. Las sociedades contemporáneas han priorizado a la producción como valor primario de la vida, y ello genera, como consecuencia, un disvalor profundo para quienes se encuentran al margen de ella. En este sentido, resulta tan grave que los adultos mayores no reciban lo suficiente como para llevar una vida digna, como que no se valore su capacidad de dar y contribuir a la sociedad de la que son parte. Porque a quien no se le permite dar en su comunidad se lo condena a una exclusión simbólica que es tanto o más profunda que la social.

Desde hace unos años el aislamiento y la soledad constituyen una problemática importante y frecuente en la sociedad en si, pues la vejez se reconoce como una etapa en la que las personas están más expuestas a encontrarse o sentirse en situación de soledad de manera involuntaria acarreado con ello graves consecuencias en el bienestar subjetivo y en la salud, pilares esenciales de la calidad de vida

Para la Organización Mundial de la Salud, la soledad no deseada es uno de los mayores riesgos para el deterioro de la salud, y un factor determinante que favorece la entrada de las personas que la padecen, en situaciones de dependencia.

En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos individuales y ambientales que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial. Para poder avanzar hacia un modelo social más justo y que mejore la calidad de vida de las personas en todas sus etapas, pero principalmente en su vejez. Una respuesta integral de salud pública debe atender las enormes diferencias que existen en las experiencias y necesidades de las personas mayores. La diversidad que se aprecia en la vejez no es una cuestión de azar. En gran medida se debe a la variedad de los entornos físicos y sociales en que se encuentran las personas, puesto que, como se menciona anteriormente, ese entorno influye en sus oportunidades y sus hábitos relacionados con la salud.

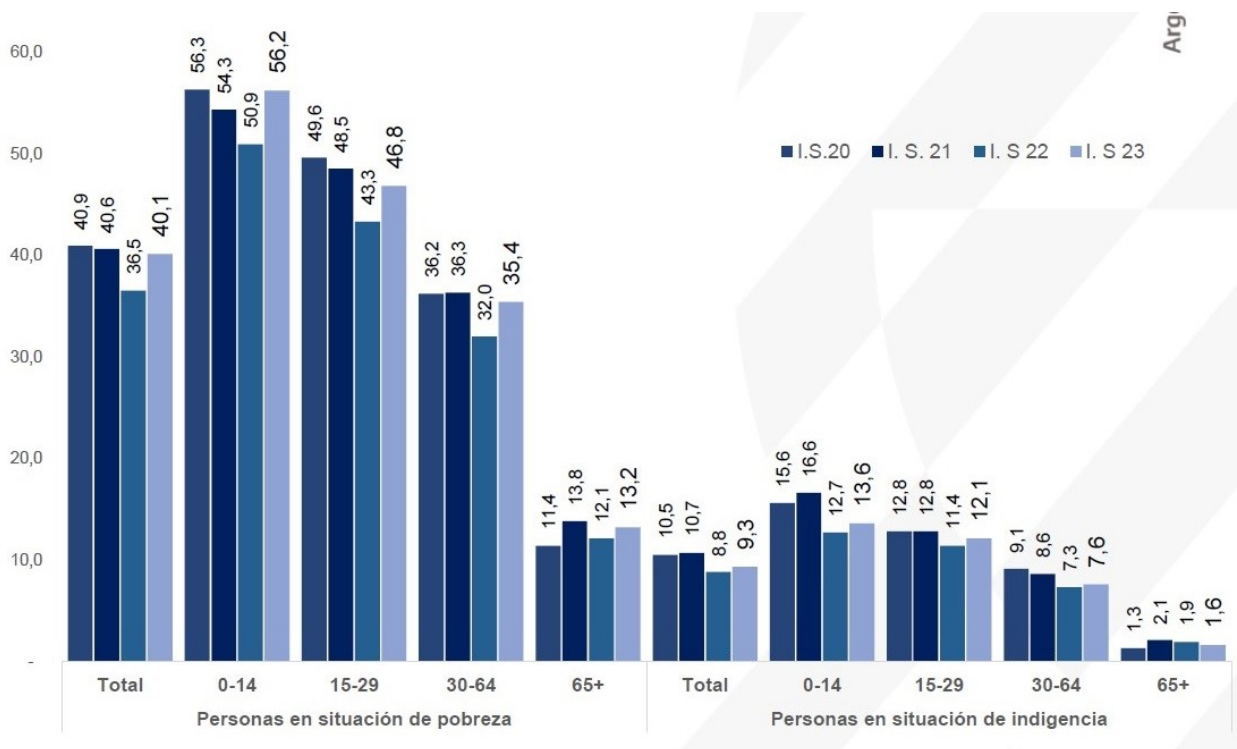
1.6 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LAS PERSONAS MAYORES

Datos:

- Según estimaciones con base en la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) del segundo trimestre de 2018 (INDEC, 2018b), 20% de las personas de 60 años o más que habitan en zonas urbanas viven solas, un 33,3% lo hace en hogares unigeneracionales y 46,6% en hogares multigeneracionales.
- Entre las personas de 80 años o más, 3 de cada 10 viven solas.
- Un 65,2% de las personas mayores son jefes de hogar.
- En Argentina no se tienen estadísticas para las zonas rurales.
- De acuerdo con el Censo de 2010 en el país existen unas 3.584 residencias de larga estadía donde convivían 76.627 personas mayores, lo cual muestra un índice bajo de institucionalización (1,3% del total).
- El 26% las personas mayores de 60 años o continúa participando en el mercado de trabajo, para los mayores de 70 es cercana al 10%.
- La cobertura de salud entre las personas de 60 años o más ascendía al 93,5% en 2018. De los cuales 84% tenía cobertura por obra social (incluyendo al PAMI), mientras que un 6,5% carecía de cobertura específica pero sí tenía acceso al sistema público de salud. Cabe destacar que los datos de cobertura no representan cobertura efectiva en términos de recepción de prestaciones por parte de aquellas.

En cuanto a la **seguridad económica** entre las personas mayores, una serie de moratorias previsionales sucesivas implementadas por la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSeS) permitió incorporar las casi en su totalidad al sistema contributivo de pensiones. No obstante los esfuerzos realizados por garantizar un ingreso monetario a las personas mayores, la falta de educación financiera limita el impacto de estas políticas.

Figura 7. Incidencia de pobreza e indigencia por rango etario, en porcentaje total de personas, aglomerados urbanos. Años 2020 -2023. Primeros semestres



Fuente: en base a INDEC.

De acuerdo al gráfico expuesto, se observa que dentro de los rangos etarios, la población de adultos mayores comprende los menores índices de pobreza e indigencia.

1.7 DÉCADA DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Según Documento OMS Envejecimiento y Salud (1 de Oct. 2022):

La Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el periodo 2021-2030 como **la Década del Envejecimiento Saludable** y pidió a la **OMS** que se encargara de liderar su puesta en práctica. La Década del Envejecimiento Saludable de las Naciones Unidas es un proyecto de colaboración a escala mundial que pretende aunar los esfuerzos de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, el mundo académico, los medios de comunicación y el sector privado para llevar a cabo una acción concertada, catalizadora y colaborativa a lo largo de 10 años orientada a promover vidas más largas y saludables.

Tiene como objetivo reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades a través de la acción colectiva en cuatro esferas:

- *cambiar* nuestra forma de pensar, sentir y actuar en relación con la edad y el *edadismo*(Forma de discriminación social basada en la edad)
- *desarrollar* las comunidades de forma que se fomenten las capacidades de las personas mayores
- *prestar* servicios de atención integrada y atención primaria de salud centrados en la persona, que respondan a las necesidades de las personas mayores
- *proporcionar* acceso a la atención a largo plazo a las personas mayores que la necesiten.

1.8 SÍNTESIS

De acuerdo a las tendencias demográficas (envejecimiento poblacional y aumento de esperanza de vida), ya descritas más arriba, sin duda aumentará la demanda de servicios.

En este sentido la OMS declaró la década 2020 - 2030 como DÉCADA DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE, pretendiendo aunar los esfuerzos para llevar a cabo una acción orientada a promover vidas más largas y saludables.

En síntesis en esta primera sección se pone en evidencia los retos que enfrenta la Argentina en materia cultural respecto de transformar su concepción capitalista en cuanto al rol que se le ha asignado al adulto mayor como actor social "no productivo" devenido en problemático, en una oportunidad para la comunidad y; por otro lado, el desafío de ofrecerle un sistema integrado de atención que no sólo resuelvan las necesidades que enfrenta esta población etaria en todos sus aspectos, tanto sea la situación económica, social y/o sanitaria

(discapacidad, dependencia, enfermedad) sino que le proponga un escenario propicio para desarrollar este nuevo rol social.

En las siguientes secciones se analiza qué brinda el sistema Argentino a estas necesidades crecientes, ya sea a través de la ayuda familiar, por medio de la comunidad, o a través de la intervención directa del Estado o de la acción del mercado y qué respuestas se ofrecen desde la Arquitectura.

2. SISTEMAS DE ATENCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES

El Estado Argentino ha reconocido con jerarquía constitucional a la “Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores” (“CIPDDPM”), dictada con el fin de tutelar los derechos fundamentales de las personas mayores y que en la temática dispone, en su artículo 12, que para garantizar a la persona mayor el goce efectivo de sus derechos humanos en los servicios de cuidado y a largo plazo, los Estados Parte se comprometen a establecer un marco regulatorio adecuado para el funcionamiento de los servicios de cuidado de largo plazo.

2.1 RED DE ATENCIÓN DESTINADA A PERSONAS MAYORES

En relación al cumplimiento de los lineamientos de la normativa nacional, la Argentina cuenta con diferentes actores que asisten diferentes aspectos / necesidades de la vida de un adulto mayor. El Estado, si bien es uno de los países más avanzados en materia de políticas de atención no cuenta con un sistema integrado y organizado que resuelva los aspectos en su conjunto: económico (sustento monetario y Vivienda), sanitario (Salud biopsicosocial) y social (integración comunitaria).

Respecto al aspecto económico, a nivel nacional en el sector público se encuentra la Administración Nacional de Seguridad Social (**ANSeS**) que es un organismo descentralizado creado en el año 1991, que tiene a su cargo la administración y los servicios nacionales de la Seguridad Social. Muestra una llegada territorial fuertemente institucionalizada a través de una amplia red de más de 300 dependencias que cubren todas las provincias del país. Se ocupa del Otorgamiento y pago de jubilaciones y pensiones. Pago de Asignaciones Familiares a trabajadores en actividad, desempleados, jubilados y pensionados. Gestión y liquidación de la Prestación por Desempleo. Por otro lado la **Comisión Nacional de Pensiones** es un organismo desconcentrado que funciona en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Transfiere prestaciones monetarias a quienes están sin amparo previsional o no contributivo, que no posean bienes, ingresos ni recursos que permitan su subsistencia y que no tengan parientes obligados legalmente a proporcionarles alimentos o que, teniéndolos, se encuentren impedidos para poder hacerlo.

Con respecto al aspecto Sanitario y Social (asistencia a la dependencia y cuidados de las PM) el sistema de Salud se compone de tres subsectores: público, seguridad social (obras sociales y mutuales), y privado (medicina prepaga).

En estas esferas operan diferentes efectores, los más importantes son el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP-**PAMI**) y la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (**DINAPAM**). Luego se encuentran otros actores como el Consejo Federal de Adultos Mayores. Algunas de estas cuentan con sedes a nivel provincial y local, mientras que otras implementan sus programas en articulación con organismos locales. A su vez, el Ministerio de Salud ha creado la Dirección de Personas Adultas y Mayores (**DIPAM**) que regular las residencias de larga estadía.

El **PAMI**, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, fue creado en 1971 con el objetivo de garantizar la salud de los Adultos Mayores afiliados. Sus recursos provienen de retenciones obligatorias a los propios jubilados, de los trabajadores activos y de los empleadores. Cuenta con más de 4,4 millones de afiliados mayores de 60 años, lo cual representa el 62% de esa población etaria. A partir del 2005, a través del Programa de Inclusión Previsional (Moratoria), se incorporó a la seguridad social a ciudadanos que se encontraban fuera del régimen contributivo.

La **DINAPAM** depende de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y es el responsable de las políticas orientadas a los Adultos Mayores, su entorno y la comunidad. Su objetivo es diseñar y realizar programas de promoción, protección e integración social de las PM en línea con el cumplimiento de la Ley N° 27.360 que se implementan a través de una gestión descentralizada mediante convenios con provincias, municipios, universidades, cooperativas y organizaciones sociales. Esta Dirección, entre otras tareas, está encargada de conformar el Consejo Federal de Adultos Mayores y promover la constitución de los Consejos Provinciales.

Por otra parte las organizaciones de la sociedad civil que realizan actividades destinadas a los adultos mayores son muy heterogéneas e incluyen centros de jubilados, clubes de abuelos, federaciones provinciales y nacionales, entre otras. Más allá de todas las particularidades que se puedan encontrar en estas instituciones, cumplen un rol fundamental para el desarrollo de determinadas actividades que colaboran con la protección y promoción de los derechos de las personas mayores. Por otro lado, existen instituciones dedicadas al cuidado de este sector de la población, ya sean públicas, privadas, comunitarias o mixtas, y se centran en la atención sociosanitaria de los adultos mayores. Entre ellas se pueden mencionar las sociedades científicas (Sociedad Argentina de Geriatria y Gerontología), universidades y centros de capacitación al cuidado, Unidades de Cuidados Domiciliarios, las Residencias Tuteladas o Protegidas, los Hogares de Día, los Centros de Media y Larga Estancia, los Centros de Rehabilitación, los Hogares de Ancianos y los Hospitales Generales con unidades de geriatría. El universo de las prestaciones provinciales y municipales también es sumamente heterogéneo,

algo que se puede explicar en buena medida por la ausencia de una normativa nacional específica que reconozca como función del Estado la protección y promoción de los derechos de esta parte de la sociedad. Esta heterogeneidad supone un reto a un tratamiento territorialmente equitativo para las poblaciones de adultos mayores.

Cabe remarcar que es muy difícil establecer los alcances de cada efector, ya que desde el sector Público y de Seguridad Social se aplican políticas mediante programas de corto y mediano plazo que van cubriendo diferentes aspectos y necesidades económicas, sociales y sanitarias.

2.2 COBERTURA SANITARIA

En Argentina, según los datos del Censo 2010, el 90% de las personas mayores contaban con obra social, prepaga o plan de salud (esta información incluye la cobertura de PAMI a partir de la jubilación). Asimismo, el 10% restante de las personas mayores de 60 años tenía cobertura exclusiva del subsistema público. En el 2020, el Programa SUMAR incorporó a su plan de servicios a las personas mayores de 64 años cuya única cobertura es el subsistema público de salud.

Figura 9. Población de PM en viviendas particulares por tipo de cobertura de salud, según grupo de edad. Argentina. Año 2010

Grupo de edad	Población en viviendas particulares	Tipo de Cobertura en salud en Numeros totales y Porcentajes									
		Obra Social		Prepaga a través de obra social		Prepaga solo por contratación voluntaria		Programas y planes estatales de salud		No tiene obra social, prepaga o plan	
Total población	39.671.131	18.410.964	46	4.192.827	11	2.029.716	5	722.942	2	14.314.682	36
Total mayores de 60 años	5.586.171	4.380.421	78	312.058	6	273.722	5	68.228	1	551.742	10
60 - 64	1.607.139	977.177	61	138.632	9	108.985	7	29.253	2	353.092	22
65 - 69	1.273.386	1.032.993	81	66.726	5	61.396	5	13.463	1	98.808	8
70 - 74	999.265	866.650	87	42.436	4	39.911	4	8.743	1	41.525	4
75 - 79	775.667	679.644	88	30.902	4	27.802	4	7.822	1	30.037	4
80 y mas	930.714	823.957	89	33.902	4	35628	4	8.947	1	28.280	3

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Nota: se incluye a las personas viviendo en situación de calle.

De forma paralela, es indispensable reforzar los cuidados a largo plazo domiciliarios e institucionales. Las personas mayores pueden necesitar los cuidados de otras personas debido

a una discapacidad, una enfermedad crónica o un trauma, situaciones que pueden limitar su capacidad de llevar a cabo actividades.

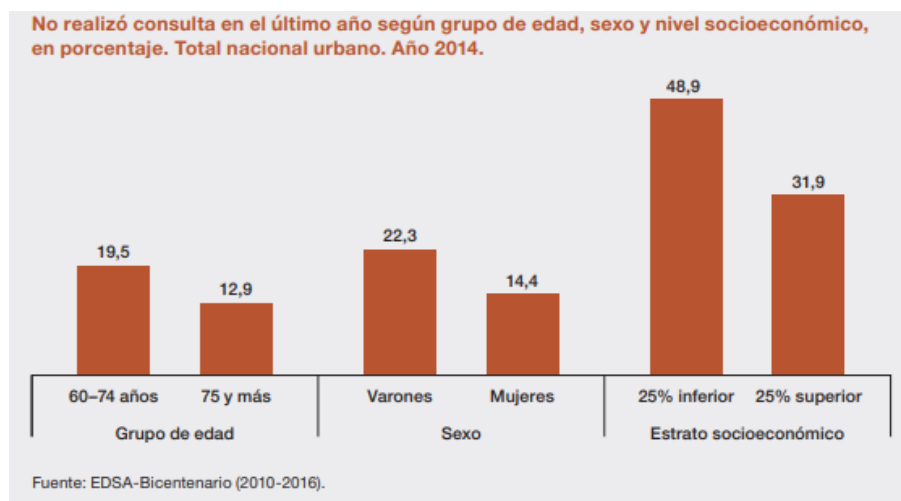
2.3 ACCESIBILIDAD A LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN

De acuerdo a los organismos mencionados en el punto 3.1, el Anses, muestra una llegada territorial fuertemente institucionalizada a través de una amplia red de en todas las provincias del país. Por su parte El PAMI es el mayor efector de atención sanitaria de las personas mayores. Ha mostrado una gran recuperación en términos de cobertura y calidad desde la década del '90, a medida que su oferta programática también se expande para cubrir necesidades más variadas de la población de adultos mayores. El presupuesto del PAMI se ha incrementado gracias al mejor registro laboral y aportes a la Seguridad Social, lo que ha permitido aumentar la protección.

En cuanto a la Comisión Nacional de Pensiones, la cantidad de titulares de pensiones por vejez ha ido disminuyendo desde 2010, como producto de la ampliación de la cobertura del sistema previsional.

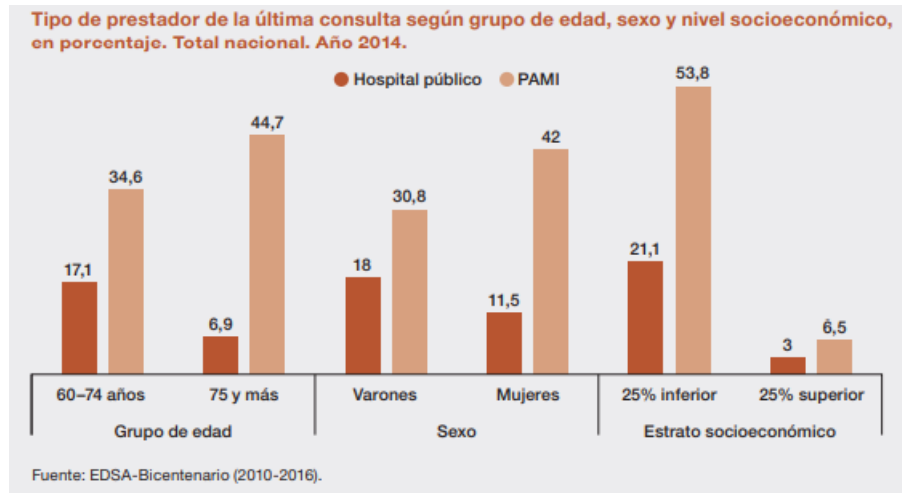
A pesar de la enorme cobertura del PAMI, una proporción significativa de adultos mayores no realiza consultas médicas.

Figura 10. Población de PM que NO realizó consulta en el último año. Año 2014



Por su parte, de los que si realizaron al menos una consulta, alrededor del 12% fueron aun hospital público, mientras que cerca del 39% lo hicieron a través del PAMI.

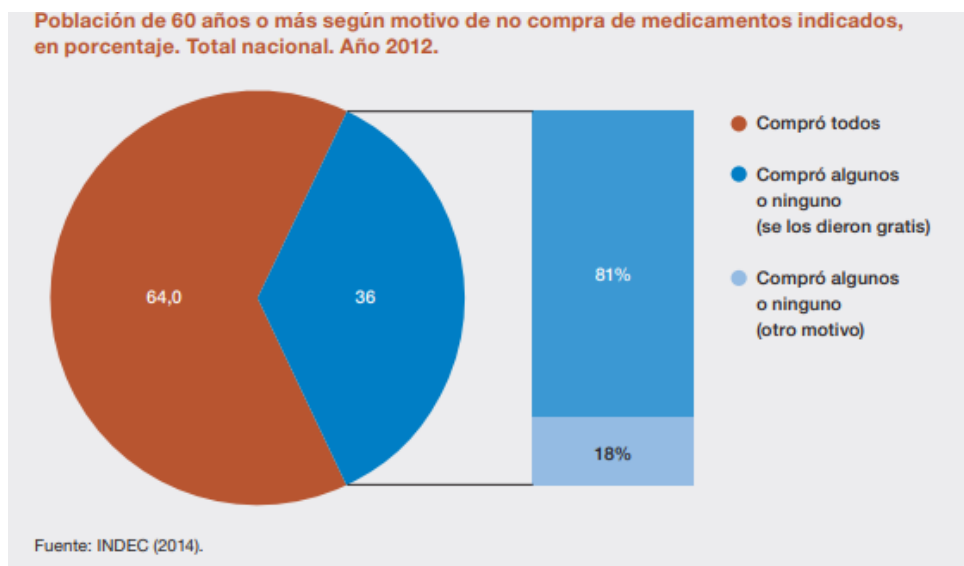
Figura 11.



Se observa que los adultos mayores jóvenes tienden a asistir más al servicio público, mientras que los adultos mayores de edad avanzada utilizan efectores de salud a través del PAMI. Por su parte, los varones asisten más a hospitales públicos que las mujeres. La mayor brecha, no obstante, se observa en la dimensión de nivel socioeconómico: mientras que solo el 3% de los adultos mayores del primer cuartil de ingreso realizó consultas por hospital público, este guarismo asciende a 21,1% entre los del último cuartil.

En lo referido a la compra de medicamentos indicados, el 64% de los adultos mayores compran todos los medicamentos indicados por el médico, mientras que el 36% restante solo compra algunos o ninguno (INDEC, 2014). De ese porcentaje, no obstante, el 82% manifestó haber tomado esa decisión porque le entregaron los medicamentos que necesitaban de forma gratuita (el PAMI es uno de los actores clave para la obtención de medicamentos sin costo).

Figura 12.



En cuanto al sistema de residencias de larga estadia, comparando los datos relevados en el Registro Federal de Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud de la Nación y el Censo 2010, se concentran los mayores volúmenes de residencias (3.696), a pesar de que el dato tiene más de 10 años. En la actualidad no hay datos relevados a nivel nacional respecto al número de residencias que no cuentan con la habilitación correspondiente. En este registro se observó un aumento progresivo entre 2020 y 2021, el cual podría estar asociado a la necesidad de fortalecer la regulación de las residencias para personas mayores, en cuanto a habilitación, fiscalización y posteriormente registro, surgida en el contexto de la Pandemia por COVID-19. Las jurisdicciones con mayor número de residencias para personas mayores registradas en el REFES en el año 2021 fueron Buenos Aires, CABA, Córdoba, Santa Fe y La Pampa. Como se observa en el cuadro, en la mayoría de las jurisdicciones ha habido incrementos, ubicándose los aumentos más notorios en Buenos Aires, CABA, Santa Fe y Mendoza.

Las jurisdicciones con mayor número de residencias para personas mayores registradas en el REFES en el año 2021 fueron Buenos Aires, CABA, Córdoba, Santa Fe y La Pampa. Como se observa en la tabla, en la mayoría de las jurisdicciones ha habido incrementos, ubicándose los aumentos más notorios en Buenos Aires, CABA, Santa Fe y Mendoza.

Figura 13. Número de Residencias para personas mayores registradas en el Censo del año 2010, y progresión de registros de REFES- ssa AÑOS 2020 y 2021 por provincias y total país.

Provincia	Año 2020 - REFES	Año 2021 - REFES	Censo 2010
Buenos Aires	1.049	1.475	1.362
CABA	1	493	508
Córdoba	330	481	532
Santa Fe	245	272	493
Mendoza	121	147	176
La Pampa	0	67	90
Neuquén	52	49	24
Chubut	11	36	30
Misiones	34	34	39
Entre Ríos	29	32	140
San Juan	31	32	13
Río Negro	29	30	68
Tucumán	20	20	21
San Luis	5	16	31
Corrientes	9	13	33
Catamarca	9	12	14
Santa Cruz	1	12	14
Formosa	3	11	12
Salta	2	11	23
Chaco	8	8	30
Jujuy	4	8	18
La Rioja	2	3	9
Tierra del Fuego	0	1	1
Sgo. Del Estero	0	0	17
TOTAL	1.995	3.263	3.696

Fuente: datos Censo año 2010 y Reportes REFES-SISA años 202 y 2021

- .Según los datos disponibles que se pudieron relevar, se pueden destacar:
- El 90% de las personas mayores tiene cobertura de salud por plan de salud, obra social o prepaga y sólo el 10% contaría exclusivamente con una cobertura del subsector estatal. Estos últimos fueron incorporados al Programa SUMAR.
 - Sólo el 1,3 % de las personas mayores se encuentran institucionalizadas, un bajo porcentaje respecto al total de PM.
 - El número de residencias de personas mayores registradas en el REFES en el año 2021 (3.263) se incrementó un 62% con respecto al año 2020 (1.995).
 - El REFES, mediante la categoría ESCIETE, sólo incluye residencias habilitadas por los organismos de contralor provinciales, de lo que se desprende que en las provincias existe una gran cantidad de residencias sin habilitar, cuyo número total es desconocido.

2.4 SÍNTESIS

A pesar de la gran cantidad de actores (público / seguridad social / privado) destinados a las tareas de asistencia al Adulto Mayor, se observa una adaptación lenta de los sistemas de salud a los cambios de la demanda surgidos a partir de las dinámicas demográfica, epidemiológica y tecnológica.

Este sistema de asistencia se encuentra altamente fragmentado, la articulación entre los niveles nacional, provincial y municipal entre instituciones es escasa. Las diferentes fuentes de financiamiento, tipos de servicios y órganos de control, presentan una distribución desigual e insuficiente de recursos. No existe un padrón único de cantidad de efectores de asistencia y tipos de servicios a personas mayores que hay en el país (sistema público / privado), por lo cual no se cuenta con la información necesaria para relevar la accesibilidad al sistema de atención y calidad de la misma. El suministro actual de servicios es insuficiente para satisfacer las necesidades, a lo cual se añade el reto de integrar el sistema y mejorar su calidad.

3. ARQUITECTURA, VIVIENDA Y CIUDAD

En esta sección se pondrá el foco sobre el marco regulatorio respecto de la planta física que los organismos intervinientes solicitan en los servicios de residencias a los adultos mayores con dependencia y/o discapacidades (Res 3315/2023). También sobre un programa enfocado a personas sin dependencia (o leve) llamado CASA ACTIVA. Luego, se presentará el marco regulatorio urbano y analizarán las ciudades amigables con el objetivo de observar el impacto de la arquitectura tanto en la escala de la vivienda como en la ciudad en el desarrollo ACTIVO de la vejez.

3.1 DIRECTRICES Y MARCO REGULATORIO EN RESIDENCIAS

En el marco de las políticas vinculadas a la salud desarrolladas por el ESTADO NACIONAL a través de la MINISTERIO DE SALUD, se implementa el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA. En este sentido la DIRECCIÓN DE PERSONAS ADULTAS Y MAYORES de este Ministerio, desarrolla estrategias específicas para la población adulta y mayor, especialmente dirigidas a fomentar un envejecimiento activo y saludable, en atención al crecimiento sostenido de la población de personas mayores, bajo la perspectiva de respeto de sus derechos humanos. Como resultado del trabajo colaborativo entre las áreas competentes se han desarrollado las **“DIRECTRICES PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES. MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA” (Resolución 3315/2023)**, que se plantean como una referencia para este tipo de establecimientos, como también para la construcción, habilitación y/o adecuación de las residencias para personas mayores, focalizándose además en los requerimientos propios de las que atienden a personas mayores con dependencia, incluyendo además la carta de derechos de las personas residentes.

Por otro lado, el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS aprobó el **“PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN RESIDENCIAS DE LARGA ESTADIA PARA PERSONAS MAYORES” (Resolución N° 896/23)**, tendiente a alcanzar los mejores criterios de calidad en las prestaciones a través de la implementación de la **“RESIDENCIA DE LARGA ESTADIA (RLE)”** y las **“RESIDENCIAS DE LARGA ESTADÍA ESPECIALIZADAS EN CUIDADOS PSICOGERONTOLÓGICOS (RLEP)”**, norma que resulta consistente con los lineamientos previstos en las directrices de la Resolución 3315/2023, aunque alcanza con especificidad a los programas de atención propios de las residencias que brindan servicios a esa Obra Social, que según los informes de dicho organismo serían aproximadamente quinientas, lo que representa una proporción cercana a 15 % del total de RPM relevadas por el INDEC y por el REGISTRO FEDERAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (REFES). Que de acuerdo a la información que surge de los mismos, se encuentran inscriptas un total de 3242

Residencias para Personas Mayores. Esta resolución indica que las Residencias de Larga Estadía en sus modalidades prestacionales RLE y RLEP, deberán cumplir con los requisitos de planta física que establezca al efecto la Gerencia de Políticas de Cuidado y/o la Secretaría General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado en el marco de la reglamentación del presente Programa.

A continuación se desarrollará el análisis de la normativa puntualmente sobre los lineamientos de la planta física que plantea las **“DIRECTRICES PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES. MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA” (Resolución 3315/2023)**

Estas directrices de calidad se proponen en general como una referencia en la materia y como orientación para la mejora en las residencias existentes, como también para la construcción y/o habilitación de nuevas residencias para personas mayores, focalizándose más específicamente en las que atienden a personas mayores con dependencia, y las que se inicien después de la entrada en vigencia de la presente norma.

El perfil de quienes ingresan a las RPM es el de personas mayores con dependencia o sin dependencia que elijan ámbitos colectivos de residencia, que consideren que no les es posible vivir en su hogar habitual, sea por problemas de habitabilidad o que surgieran a partir de la existencia de barreras arquitectónicas insalvables de la vivienda; o por necesidades de apoyo y cuidado no cubiertas por su familia o por personal capacitado para tal fin, siempre de acuerdo a su voluntad y al requerimiento de sus necesidades biopsicosociales.

Características arquitectónicas de las RPM:

LOCALES	SUP	OBSERVACIONES
ESPACIOS PARA RESIDENTES		
Salas de Comedor y Estar- En Conjunto	16	Deben ser espacio múltiples y flexibles, para realizar simultáneamente actividades diferentes. Recreativas, grupales, visitas, juegos. Factor de ocupación 3 m ² por persona - Altura mínima 2,60 m
Estar espacio individual	12	Lado mínimo 2,50 - 3 m Permitiendo el paso de sillas de ruedas, con mobiliario
Comedor como espacio individual	12	Lado mínimo 2,50 - 3 m Permitiendo el paso de sillas de ruedas, con mobiliario
Habitaciones para una Persona	9	Lado mínimo 2,50 m Altura mínima 2,60 m - Puertas con luz de paso de 1,20 m
Habitaciones para dos Personas	12	Lado mínimo de 3 m Altura mínima 2,60 m- Puertas con luz de paso de 1,20 m
Habitaciones para tres Personas		
Habitaciones para personas con postración total		Ídem anterior agregando un lavatorio en el interior
Baños		Adaptados a personas con discapacidad motriz
ESPACIOS COMPLEMENTARIOS		
Admisión		Debe tener un baño accesible, en las cercanías
Area administrativa		Según necesidad
Oficina de dirección		
Consultorio médico	8	Con lavatorio en el interior
Sala de enfermería		Con depósito para insumos médicos y medicación. 1 Heladera con freezer, archivos para historias clínicas de residentes, y documentación de mantenimiento y equipos
Depósito de ropa interior descartable		
Depósitos de residuos		Con recipientes para clasificación de residuos, biopatogénicos, comunes, etc
Sala de gimnasio, rehabilitación, terapia ocupacional.		Apta para las actividades planificadas. Sin superposición de las mismas
Colcina, con depósito de alimentos y frigorífico		9 m ² hasta 30 raciones - 16 m ² hasta 50 raciones , para mas 0,30 m ² por ración extra
Depósito de materiales de limpieza		Puede contener insumos de limpieza y de mantenimiento
Vestuario para el personal		Considerar un lugar para guardado de pertenencias y cambiado
Baño para el personal		
Lavadero para residentes		Espacio para lavado, secado y planchado de ropa por los residentes. Debe ser cubierto
Lavadero general		Servicio que puede tercerizarse o tener espacio propio

Instalaciones

a) Provisión de agua potable; asegurar limpieza periódica de tanques de agua y realizar controles de calidad del agua.

b) Desagües cloacales y pluviales, teniendo en cuenta la instalación de cámaras interceptoras de grasa y de nafta (si tuviera estacionamiento propio). Cuando no exista red cloacal externa, los efluentes cloacales se deberán disponer en el terreno de la siguiente manera: 1° se ejecutará un sistema de tratamiento preliminar antes de su disposición, ya sea a cámara séptica o a tanque Imhoff, de acuerdo a la cantidad de población existente y 2° se construirá un sistema de infiltración en función de la capacidad de absorción del terreno, mediante zanjas de infiltración, cuyo fondo debe estar a no menos de 1,50 m por encima de la napa freática. Cuando no exista red pluvial externa, se deberá contar con terreno absorbente o conducir las aguas a canales o cunetas de escurrimiento.

c) Instalaciones de gas, con detectores de pérdidas y alarmas; según Normativas Argentinas de gas NAG200 y sus modificatorias.

d) Instalación eléctrica según Reglamentación para la ejecución de instalaciones eléctricas en inmuebles AEA 90364 (parte 7) y sus modificatorias.

e) Sistema contra incendio, con habilitación certificada con salidas de emergencia debidamente señalizadas. Plan de evacuación que permita la salida fluida, aprobado por autoridad competente. Este plan de evacuación será organizado y ejercitado periódicamente con todo el personal de la Residencia.

3.2 CASA ACTIVA

CASA ACTIVA es un programa destinado a Personas Mayores que no posean vivienda propia, que sean autoválidas o con dependencia leve, y puedan realizar las actividades de la vida diaria sin apoyo o con apoyo mínimo. Se busca impactar en el envejecimiento activo considerando fundamental el espacio para la salud integral, el bienestar social y el desarrollo humano. Promueve un espíritu cooperativo y solidario, apuntando a reforzar el sentido de pertenencia a la comunidad. Combina la intimidad e independencia del espacio doméstico y la vida social activa desarrollada en espacios comunes acondicionados, complementados con una estructura de servicios de salud primaria y terapéutica, con alternativas de educación, deporte y recreación. Concebidas dentro del mismo proyecto.

“Tiene como objetivo brindar herramientas de protección para personas mayores, en tanto valiosas para la Comunidad e investidas de una dignidad intrínseca e inalienable.”

Ubicación. El programa contempla un esquema de consideraciones urbanas para la implantación de los proyectos a ser tenidas en cuenta. No se admitirán linderos o cercanos con industria o taller, o que se encuentre en zona inundable o anegadiza, con fallas geológicas o con movimiento de suelos. Deberán encontrarse próximos a zonas residenciales (R1, R2, R3) / comerciales equipamiento.

Vías de acceso. Se exigen vías de acceso de tránsito seguro ante cualquier condición climática y que cuenten con la adecuada disponibilidad y accesibilidad a través de los medios de transporte público.

Viviendas nuevas. En las viviendas deberá tenerse en cuenta el diseño inclusivo de los núcleos sanitarios, propiciando la adaptabilidad del mismo, conforme la unidad sea usada por personas sin dificultades motrices, hasta la necesidad de utilización de una silla de ruedas. Las viviendas no podrán tener instalaciones de gas.

Cantidad mínima de viviendas	32
Monoambientes	20
Unidades de 1 dormitorio	12

Centro de día. Cada complejo cuenta con uno. Para éstos edificios el PAMI posee unidades estándares para este programa. Cada centro debe adaptarse y complementarse a la normativa vigente de otros organismos intervinientes. Los centros de día asumirán las siguientes consideraciones:

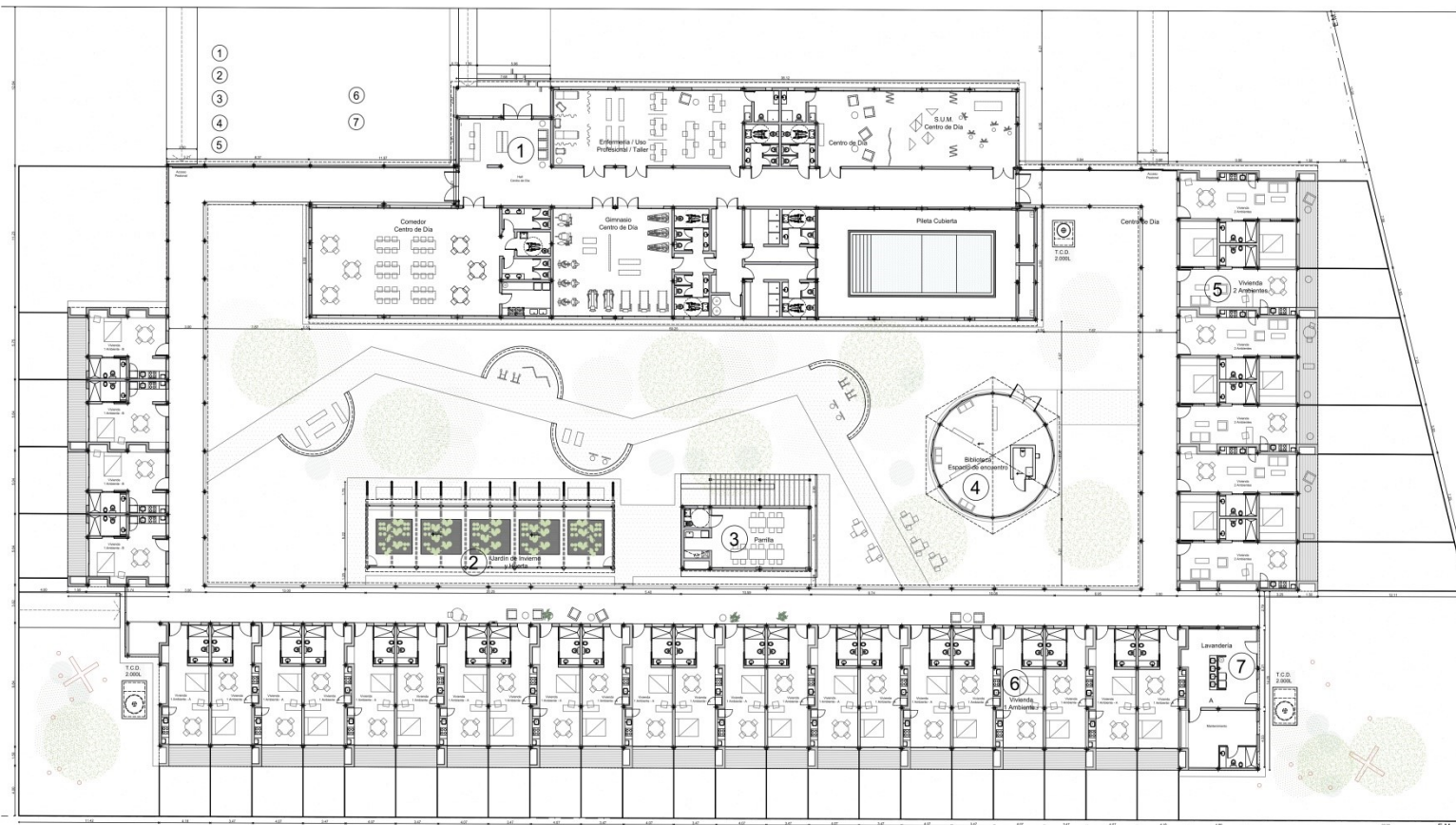
- Ingreso bajo techo, preferentemente en el interior de la propiedad.
- El acceso peatonal deberá ser a nivel vereda o rampa adecuada, pasamanos y piso antideslizante. No se aceptarán puertas giratorias como ingreso al edificio. Se plantearán accesos diferenciados para las Viviendas y para el Centro de Día.
- La estructura edilicia contemplará las siguientes áreas: cocina, despensas, administración, mantenimiento, área de dirección, administración y depósitos. También contará con zonas especializadas como oficina para el equipo psicosocial, office de enfermería y áreas para realizar actividades comunes tales como: Comedor/SUM, area de descanso para las personas de la comunidad, area estimulación del movimiento, estimulación cognitiva, estimulación sobre las AVD, area expresiva.
- Deberá desplegarse luz de emergencia en todo el recorrido, e iluminarlo en su totalidad.

- La pileta climatizada se trata de una estructura particular continua y de alta resistencia con un volumen aproximado de 80 metros cúbicos (4 x 20 x 1.10 m), climatizada a través de calderas de alto rendimiento eléctrico.
- Lugares de encuentro: Parilla con baño apto para discapacidad. Biblioteca, Jardín de invierno y huerta con carpinterías de abrir y galería cubierta. Contará con sistemas de siembra tipo cajón elevados, aptos para esos trabajos sin agacharse. Sistema de riego automáticos y manuales, lavandería para lavado de ropas con equipamiento automático.

CENTRO DE DÍA - LOCALES	SUP mín m ²	OBSERVACIONES
Cocina	9	Considerar 0,30 m ² /persona
Servicios Sanitarios mujeres		Adecuado a sillas de ruedas -2 Lavabos, -1 Inodoro c/20 mujeres - duchas en local aislado 1 c/ 15 mujeres
Servicios Sanitarios Hombres		Adecuado a sillas de ruedas - 2 Lavabos, -1 Inodoro + 1 orinal c/20 hombres - duchas en local aislado 1 c/ 15 hombres
Admisión	9	Lado mínimo 2,50 m y altura mínima 2,60 m
Consultorio	9	Con lavamanos, escritorio, sillas y camilla. Con baño o proximo a uno
Office de Enfermería	3	Con mesada con bacha y mobiliario para medicamentos
Guardarropas		Con lockers y capacidad para guardado de ropa de los concurrentes
AREAS COMUNES	3,60/persona	Debe sumarse todas las superficies de las áreas que la componen
Comedor	1,30/persona	Con Equipamiento adecuado
Descanso / Sala Estar	1/persona	Destinado a descanso, conversación, lectura
Sala multiuso	1,30/persona	Para terapia ocupacional, actividad física, talleres, recreación, etc.
Depósitos		Para enseresa y artículos de limpieza
Dispensa		Para alimentos



Planta de arquitectura del complejo CASA ACTIVA.



1 -CENTRO DE DÍA / 2-JARDIN DE INVIERNO HUERTA / 3-PARRILLA / 4-BIBLIOTECA / 5-VIVIENDAS DE 2 AMBIENTES / 6 - MONOAMBIENTES / 7- LAVANDERÍA

Como se puede observar en el plano, la propuesta del complejo habitacional incluye espacios para desarrollar actividades y encuentro comunitario. Se plantean los centros de días integrados y abiertos al uso de la ciudad y a su vez lugares de uso compartido de las viviendas para esparcimiento como parrilla y se proponen las actividades como huerta y biblioteca. Este programa es una respuesta integral al adulto mayor en su dimensión biopsicosocial.

4-3 CIUDADES AMIGABLES

PRINCIPIOS BÁSICOS: para diseño de productos o servicios

- 1- Igualdad de uso: Debe permitir el uso fácil independientemente de sus habilidades, capacidades y de su cultura
- 2- Flexibilidad: Debe permitir el uso en un amplio rango de habilidades y preferencias
- 3- Sencillez y comprensión intuitiva: Debe ser fácil de entender independientemente de la experiencia, los conocimientos, las habilidades o en nivel de concentración del usuario
- 4- Facilidad en la percepción de la información: La información debe llegar con independencia de las capacidades sensoriales o condiciones ambientales
- 5- Tolerancia a errores: Diseño que debe minimizar el efecto del uso en acciones accidentales o fortuitas o por equivocación
- 6- Adecuación en las dimensiones: Diseño con dimensiones apropiadas para uso de ambulación, alcance, manipulación y comunicación
- 7- Eficacia en el esfuerzo: Diseño eficaz y para ser usado con el mínimo esfuerzo

BARRERAS

- Barreras urbanísticas: Se encuentran en calles, veredas y espacios públicos
- Barreras arquitectónicas: Se encuentran en los accesos y en el interior de los edificios
- Barreras en el transporte: Se encuentran en medios de transporte
- Barreras de comunicación: Son todos los impedimentos para la expresión y la recepción de mensajes

Para la participación activa surge la necesidad de eliminar todas las barreras-

Medidas mínimas y Máximas

Referido al espacio para que una persona pueda circular y usar con comodidad.

La **Antropometría**, se usa como método de evaluación de la composición corporal de las personas incluyendo en sus dimensiones los elementos de "Ayuda técnica" con los que se auxilian las personas con discapacidad para sus desplazamientos.

La **Ergonomía** Estudia lo referido al trabajo que hace una persona interactuando con objetos. Su objetivo es adaptar el medio físico a las capacidades y posibilidades del ser humano que será el usuario. Siendo estos elementos ergonómicos fundamentales en el diseño accesible. Para esto se evalúan la posición estática de la persona en sus posiciones y las dimensiones de esa persona en movimiento. También los factores ambientales físicos, la iluminación, la señalización auditiva, táctil o visual, las condiciones del terreno y las superficies.

"Si un espacio sirve para la circulación de una silla de ruedas, sirve para todos. Por lo tanto, la medida universal para diseñar es la superficie que ésta ocupa: 80 x 120 cm"

ACCESIBILIDAD URBANA

Está referida a las condiciones de acceso que presenta la Infraestructura Urbana, calles y espacios públicos.

Para el análisis de Espacio público, es recomendable tener especial cuidado en los Itinerarios o circuitos que vincule avenidas con calles secundarias, paradas de transporte público y estacionamiento de vehículos. Considerando los siguientes aspectos:

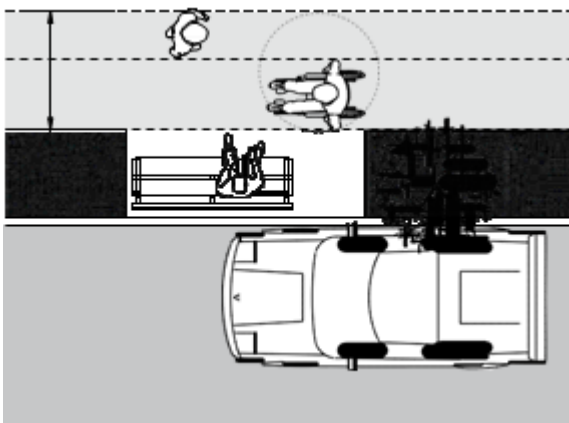
- Señalización visual e informativa
- Semáforos y señales sonoras
- Pavimentos en general
- Desniveles existentes
- Cruces peatonales de las veredas
- Ubicación de mobiliario urbano
- Elementos sobre el área de peatones
- Espacios de estacionamiento público
- Situación del acceso, desplazamientos e interacción con los equipamientos en parques y plazas.

Es importante la ejecución de estos itinerarios y fundamental su mantenimiento en el tiempo.

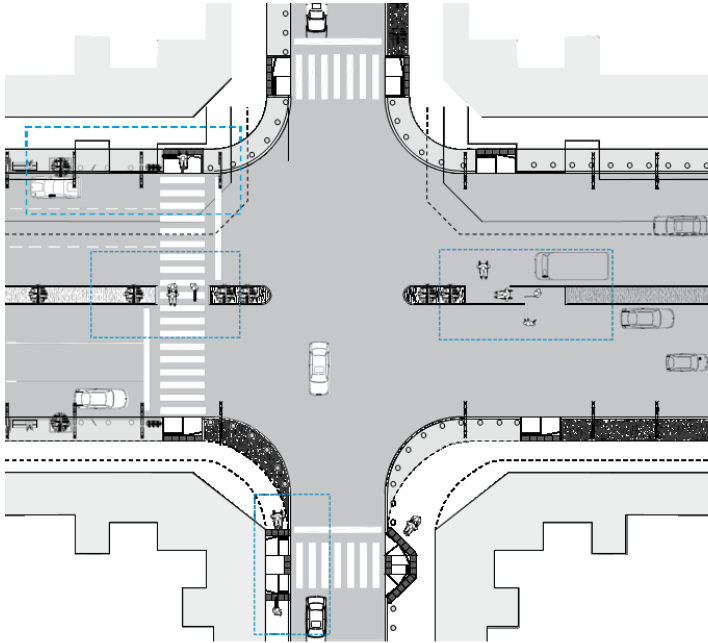
DISEÑO DE VEREDAS

Espacio entre cordón y Línea Municipal. Se diseña para la circulación peatonal. Se deben diferenciar dos sectores:

- *Sector de circulación:* Con un ancho mínimo, recomendable, de 1,50 m. Su solado debe tener superficies antideslizantes, mediante la textura del mismo indicar bandas táctiles, que sirvan de guía para la circulación de personas con baja o nula capacidad visual. Estas se materializan con baldosas de vainillas y con color más claro y que el resto del solado. También debe estar libre de elementos que sobresalgan de las fachadas y tener pendientes suaves del orden del 2% transversal y no más del 4% longitudinal. Salvar desniveles con rampas adecuadas.
- *Sector de mobiliario urbano y elementos de señalización:* Es el más próximo a la calzada, su ancho es variable según las posibilidades, pero no debería ser menos a 50 cm. Es él se ubica el arbolado, los elementos de señalización como semáforos, cartelería, etc. y amoblamiento urbano, bancos, maceteros, cestos, etc. De manera que estos elementos no se transformen en obstáculos y barreras para la circulación peatonal.

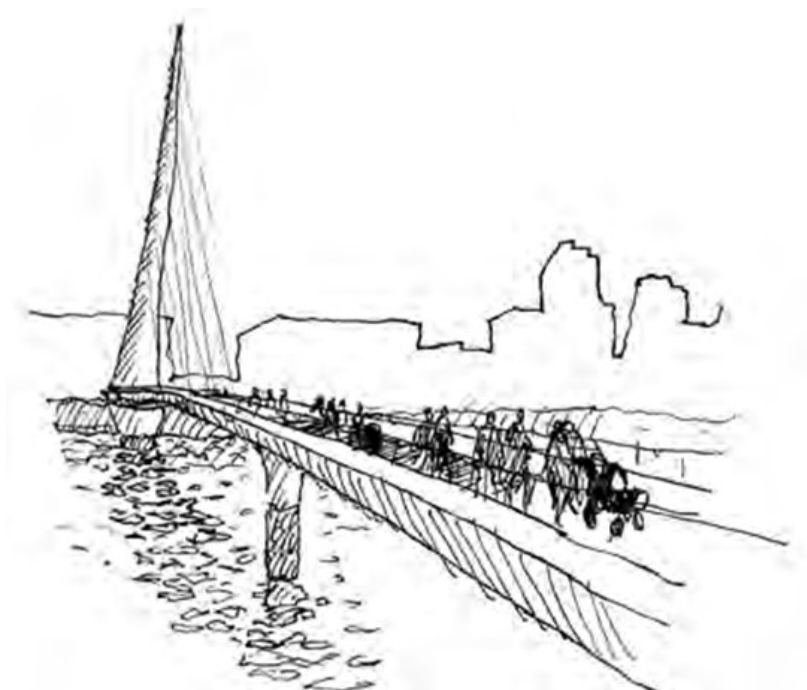


- *Cruces peatonales:* Deben estar alineados con los sectores de circulación, de forma tal que no generen confusión para personas ciegas o disminuidas visuales, con pendientes no mayores al 10%, para salvar la altura del cordón cuneta. Preferentemente con continuidad en las sendas de cruce peatonal de las calles.



PASARELAS PEATONALES

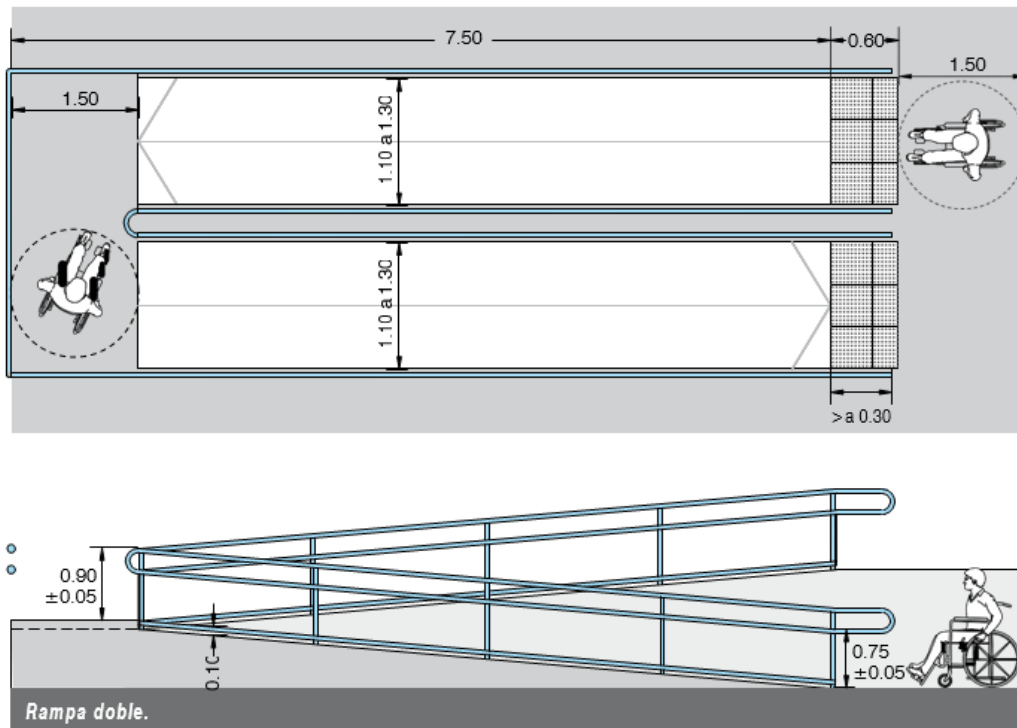
Se utilizan en lugares donde el cruce peatonal es de alto riesgo, como ser cruces de rutas, avenidas o pasos a nivel. Debido a la longitud que sus rampas de acceso necesitan para salvar los desniveles necesarios, debe estudiarse muy bien las aproximaciones y salidas de estas estructuras. De manera que se inserten adecuadamente en los itinerarios peatonales. Anchos mínimos de 1,50 m deseables de 2,00 m y deben tener barandas en ambos lados.



RAMPAS

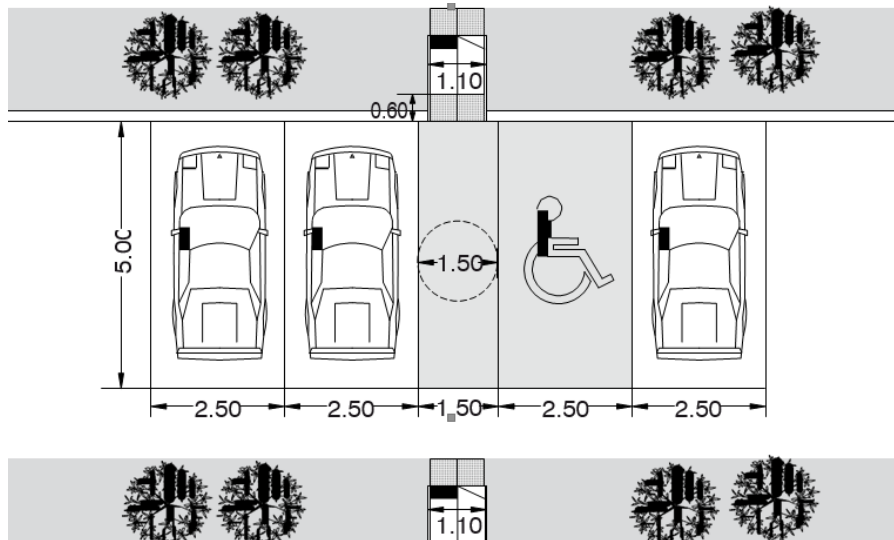
Surgen como alternativa a escaleras, pero deben pensarse como de uso universal ya que su utilidad se extiende mas allá del uso por personas con dificultades motrices, ejemplo de esto sería alguien trasladando bultos o valijas, carros de bebés, transito de niños pequeños, etc.

Las pendientes deben estar entre 4% a 10%, si el largo excede los 6 m, deben proyectarse descansos de 1,5 m de longitud. Lo que permite recuperar fuerzas a personas que propulsen sillas de ruedas, que sean ancianas o usen bastón o muletas. En los cambios de dirección, las rampas deben tener espacios para giro de sillas de ruedas de 1,5 m de diámetro. En su pendiente transversal no deben superar el 2%, para un apoyo equilibrado. El ancho adecuado está entre 1,10 y 1,30 m, con un borde lateral elevado por lo menos 10 cm a modo de zócalo. Los pasamanos deben extenderse a toda la longitud de la rampa, y tener dos alturas 90 cm para personas adultas u 75 cm para personas en sillas de ruedas. El remate de la rampa en los ingresos con puertas, contemplaran espacios de barrido para maniobras de sillas para el acceso con radios de 1,50 m. Es conveniente que los solados sean antideslizantes y planos. Con bandas táctiles en principio y fin del recorrido.



ESTACIONAMIENTOS ACCESIBLES

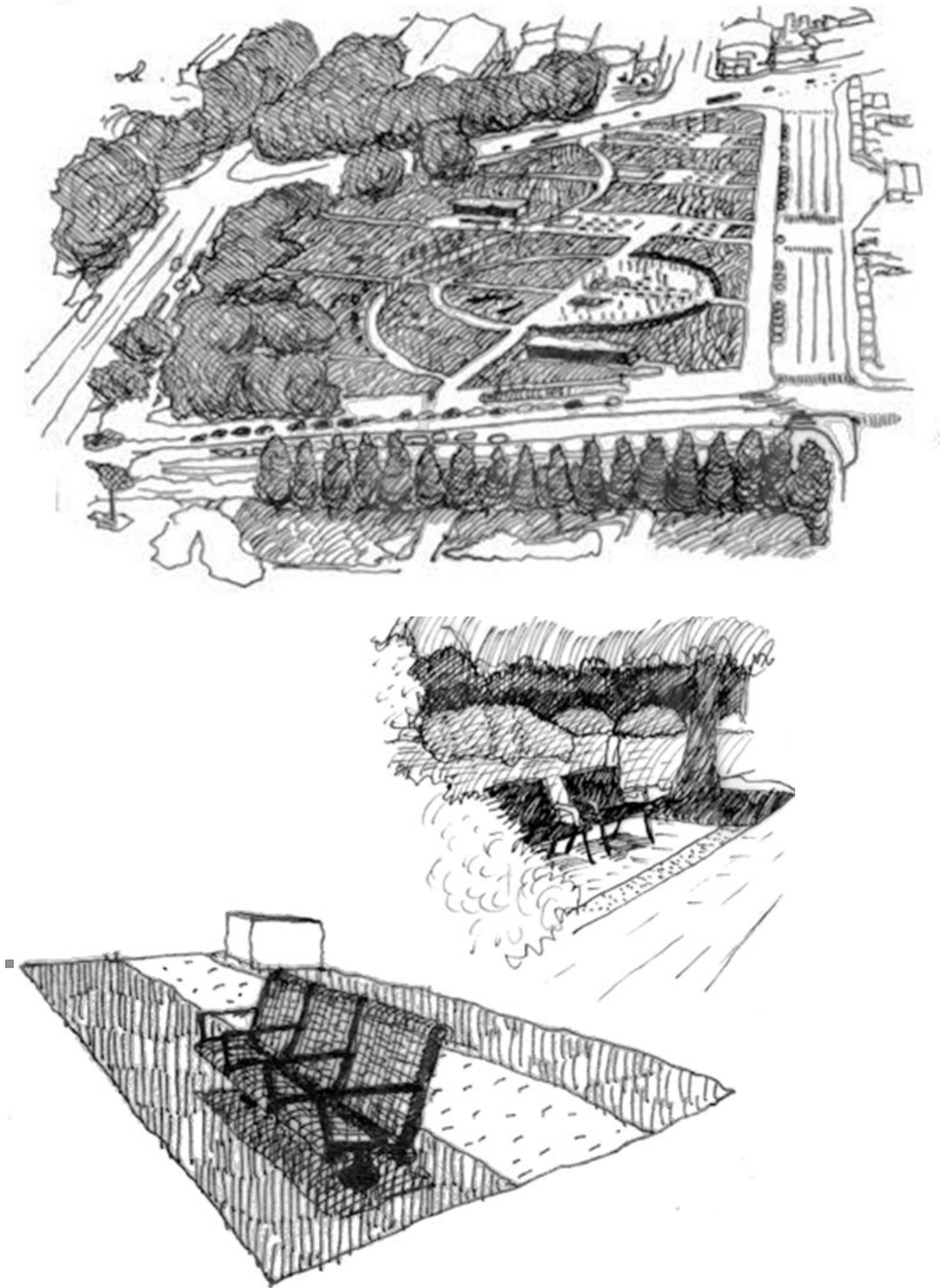
Los espacios destinados a estacionamientos, para personas con discapacidad, ya sean libres o cubiertos, deben tener itinerarios de acuerdo a las indicaciones anteriores, entre los vehículos y las salidas o accesos a edificios, vinculados a estos- Los espacios mínimos, laterales al vehículo deben ser de 1,10 a 1,50 m, permitiendo una silla de ruedas, dejando un espacio para el mismo 2,50 m. sumando 4,00 m de ancho para estacionamientos de discapacitados. Los que deben estar claramente señalizados en forma horizontal y vertical. Si fueran estacionamientos de gran capacidad, es conveniente informar con cartelería en los accesos, donde se ubican los destinados a personas con discapacidad.



PARQUES Y PLAZAS

Para su diseño accesible debe considerarse en primer término las condiciones del entorno, de manera que se garantice el acceso de las personas, a ese espacio, en forma independiente y autónoma, desde las calles, estacionamiento o paradas de transporte público circundantes. Para el diseño interior del parque, se recomienda que los recorridos sean continuos, de manera que se puedan transitar completos sin tener que retomar el sentido de circulación. Llegar al mismo punto sin volver. El ancho de los senderos debería ser de 1,50 m con pendientes similares a las de veredas. Dejando un paso libre de altura 2,10 m, sin obstáculos ni ramas de árboles. Diferenciando caminos de zonas de césped mediante bordes de 5 cm de alto que sirven también de guía a personas con dificultades visuales. Con el uso de texturas en los solados, diferenciar espacios de circulación, de los de detención, por cambio de sentido, desnivel, o señalización. La información se debe realizar con cartelera con letras de tamaño y color adecuados y paneles táctiles y braille con información de interés y ambiente circundante.

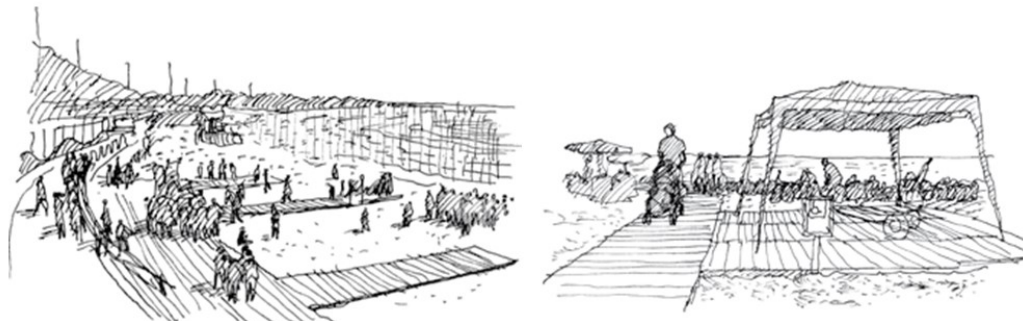
El mobiliario urbano debe estar en lugares vecinos a las circulaciones, permitiendo sus espacios el estacionamiento de sillas de ruedas, cochecitos de bebés, etc. Sin obstaculizar la circulación. Los bancos deben tener una altura de asiento de 45 cm, una profundidad de 50 cm, con respaldos en 110° de ángulo con el asiento y con apoyabrazos con 25 cm de altura desde el asiento.



TURISMO ACCESIBLE

Es un concepto que se hace extensivo a toda la ciudad, en su parte pública tanto como en los servicios al turista, que pueda ofrecer. Tomando en su diseño los conceptos de accesibilidad mencionados, para asegurar, con este concepto inclusivo, el mayor número de turistas que puedan disfrutar paseos y posibilidades que la ciudad brinda. Teniendo en cuenta en especial la información de los recorridos y situaciones de entorno que correspondan a las pautas del diseño universal. Planificar recorridos con períodos cortos,

aptos para persona mayores y niños, incorporarles elementos de apoyo. En caso de playas, incorporar pasarelas, con recorridos lo mas próximo a zona de servicios, sanitarios, comidas, etc. Y que lleguen también, lo más próximos al agua posible. Que tengan líneas de guía para personas con disminución en sus capacidades visuales.



Playas/

Bibliografía: HACIA UNA CIUDAD ACCESIBLE – Capbauno 2015 – La Plata - Argentina

4-4- DISEÑO DE ESPACIOS ACCESIBLES - MODELO COGNITIVO OBJETIVOS

La calidad de vida es una aspiración y un derecho de todas las personas en su entorno de vida, mediato e inmediato. Pretende ser un instrumento “para modelar el espacio” y encontrar soluciones que sean oportunidades para personas con cualidades cognitivas especiales en razón de sus habilidades, su estado, una enfermedad un accidente o la edad

Se espera aportar elementos clave que sirvan de guía para el diseño de los escenarios de vida cotidiana a fin de lograr un entorno adecuado, adaptado a sus cualidades y necesidades físicas y psicológicas. Esto contribuye a una mejora en la calidad de vida y mayor rendimiento en realización de las tareas de la vida cotidiana facilitado por una buena comunicación oral, propiciada al máximo por el contacto interpersonal y facilidades del entorno. En el mejor de los casos, su completa o parcial autonomía personal.

El éxito del diseño radica en una ausencia total de estrés en las personas por motivos ambientales.

Los sistemas de orientación espacial, que incluyen deambulación y localización con apoyo en la señalización son importantes para el porque se convierten en materia de accesibilidad para la comprensión y utilización de todo tipo de servicios, espacios, lugares, ciudades y territorios.

Psicología ambiental

Materia que tiene como objeto de estudio la relación entre el ambiente y la conducta humana. La Psicología Ambiental contempla al ambiente y a la conducta como partes interrelacionadas. Sugiere soluciones de diseño para lograr condiciones óptimas que repercutan favorablemente en la ejecución de las actividades humanas. El modo en que se percibe el ambiente determina también las actitudes y la conducta ambiental. Toda conducta tiene lugar siempre y necesariamente en un contexto.

Las personas y los entornos enlazan sus identidades creando un producto social o memoria colectiva. El medio ambiente influye y condiciona el comportamiento de todas las personas de la familia humana. Pero las personas con diversidad funcional, por su sensibilidad, pueden verse más afectadas que otras.

Wayfinding

Wayfinding (encontrando el camino) o cómo las personas se orientan tiene en cuenta un origen y un destino a través de un camino o ruta, comprende el desarrollo de recursos y sistemas de información espacial para orientar y direccionar en entornos arquitectónicos, urbanísticos y naturales. Los ámbitos del diseño “wayfinding” son comunicación, accesibilidad y escenarios ambientales.

Funciones de la orientación

Funciones mentales generales relacionadas con el conocimiento y que permiten establecer la relación en que nos situamos con respecto a nosotros mismos, a otras personas, al tiempo y a lo que nos rodea. Incluye:

- Funciones de orientación o desorientación respecto al tiempo, lugar y persona; orientación respecto a uno mismo y a los demás.
- Funciones mentales relacionadas con el encadenamiento de movimientos complejos, que enlazan y coordinan movimientos voluntarios complejos con un propósito final
- Experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo, con la conciencia de la identidad, del propio cuerpo, de la posición de uno mismo en su mundo y en el tiempo. Incluye: funciones de la experiencia de uno mismo, de la imagen corporal y del tiempo.

Principios del modelo de buenas prácticas para el diseño

Presentan el uso de sistemas alternativos tales como signos, pictogramas o símbolos para crear desde el diseño espacial y la localización de la señalética de información en espacios clave, elementos de orientación facilitadores de la movilidad espacial. También propone sistemas tecnológicos adaptados y usables la mejora de la accesibilidad cognitiva es un aspecto fundamental en la calidad de vida de las personas mayores-

Un espacio puede tener un valor simbólico **orientador** si se lo enfoca, diseña o imagina con dicho carácter. Por ejemplo, un foco o centro **hacia** donde la gente se pueda dirigir si está perdida o desorientada. Ese **centro** es el **símbolo de la seguridad**.

Se crea una imagen simbólica de espacio seguro. Cuando una persona con problemas de orientación o de movilidad (personas mayores) no puede crear esas imágenes porque todo lo que la rodea es complejo, variable, diferente, desigual y además laberíntico. Esa persona queda presa en los pocos espacios que conoce (su barrio) en los que tiene personas que la ayudan o que la apoyan. Pero creando determinados elementos del espacio tendrá más autonomía, calidad de vida y podrá tener cultura y recreación.

Estrategias para la orientación espacial

Cuando la orientación vinculada a circunstancias individuales presenta “cortes” se trata de utilizar apoyos o facilitadores externos: son estrategias de orientación espacial que garantizan la deambulación y la localización. Se avanzan ya las primeras estrategias que serán desarrolladas en la exposición del modelo:

- Romper el efecto laberinto con la limpieza del diseño y de los enlaces espaciales.
- Recordar la importancia del espacio distal, aquel que el usuario controla de forma visual o a través de su memoria.

- Organizar las estructuras espaciales para que no contengan encrucijadas, repeticiones y otras dificultades añadidas de calidad y cantidad.
- Establecer elementos orientadores que estratégicamente se dispongan en las zonas complejas, si necesariamente hubiera que introducirlas.
- Introducir elementos que permitan sacar referencias e inferencias: para que la experiencia de usuario sea más fácil.

Para una relación amigable entre el individuo y el entorno -que las funciones mentales de orientación no colapsen- es necesario que entre las personas y los ambientes se desarrolle un clima de entendimiento:

- Ya sea porque el idioma o vocabulario espacial ha sido aprendido y asumido por las personas, por la costumbre y la experiencia.
- Ya sea porque desarrollan los recursos para hacerlo comprensible a través de las cualidades espaciales.

Principios universales y del diseño

- Neutralizar el efecto laberinto o confusión interna del diseño, principal barrera para la orientación en el espacio.
- Acoplar -simplificar- perfectamente los encuentros en las uniones espaciales y encrucijadas para evitar duplicaciones, segmentaciones, confusión y desorientación. Eliminar obstáculos.
- Crear referencias-inferencias con lectura fácil o textos comprensibles -de contenido y por su localización espacial-.

Principios del diseño u organizadores visuales

- Efecto umbral en espacios longitudinales, con marcadores a través de secuencias, para evitar alteraciones visuales y emocionales.
- Efectos visuales orientadores a través de la agrupación segregación, importante fenómeno de la percepción.
- Referencias-inferencias con la semántica de las formas.

Principios de la tecnología

- Apoyar la autonomía, sin restar capacidades, apoyándolas para incrementar habilidades no sustituirlas.

Componentes o dimensiones: Son los elementos concretos para diseñar teniendo en cuenta sus cualidades y relaciones.

Efecto laberinto

La ruptura del efecto laberinto se resuelve delimitando zonas funcionales, centralizando espacios clave, facilitando los desplazamientos con elementos de diseño que actúen de apoyo o guía, teniendo en cuenta umbrales, límites o secuencias en grandes longitudes. Y resolviendo uno de los grandes problemas de los laberintos: las encrucijadas, que si no pueden ser evitadas deben resolverse con diseños que expresen claras llamadas de atención para direccionar o colocando pictogramas con significado dentro del contexto.

Como conclusión: ausencia de obstáculos físicos y de la percepción son determinantes de la movilidad, la orientación y la seguridad en el espacio.



Imagen 11. Museo Guggenheim de Bilbao, exterior interactivo y singular./ Copyright Museo Guggenheim de Bilbao.

Fenómenos de la percepción visual: agrupación segregación

Este principio, el efecto de agrupación-segregación, asocia un importante fenómeno de la percepción con la organización visual de los espacios, las funciones y las actividades. La organización en grupos de formas o colores agrupados o segregados son orientadores.

- Los elementos visuales que se encuentran juntos tienden a percibirse como parte de un grupo
- Aquellos estímulos que se **segregan** fácilmente del fondo tienden a **agruparse** en un todo unificado, facilitan su percepción y son orientadores.



Imágenes 33 y 34. Agrupación-segregación en la guardería Los Mondragones



Imágenes 35 y 36. Señalamiento y recercado de colores para marcar el ingreso a las salas del Museo de Huelva

Los “no lugares”

La ausencia de continuidad y contigüidad crea “no lugares”, aislados y desconectados, separando a las personas entre sí. Un ejemplo muy claro es el conjunto de espacios que quedan a uno y otro lado de las vías de un tren cuando no hay manera de pasar de un lado al otro del eje ferroviario, o los espacios que quedan a ambos lados de la carretera debido a su trazado.

Conductores y ejes

Los conductores o nexos en su adyacencia, conectividad y proximidad son los vínculos que permiten la movilidad y los desplazamientos en el espacio, de forma real o imaginaria, a través de los sentidos y la memoria. Calza muy bien para definir a un espacio cuya función debe ser “llevar, transportar, guiar, se trata de ir más allá del “caminar” y que las personas puedan ser guiadas a través de las cualidades de un diseño que debe ajustarse a las funciones asignadas: tienen la difícil tarea de vencer el efecto laberinto.

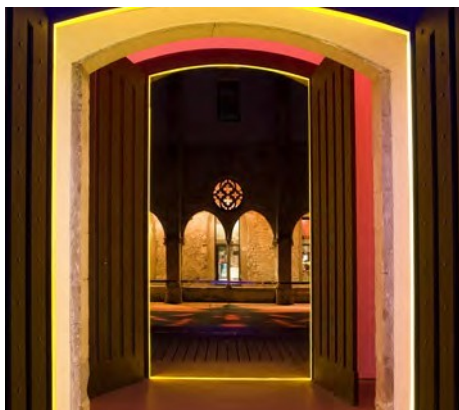


Imagen 44. Convento de San Agustín. El amarillo señala los pasos de la puerta mediante un tubo de neón encastrado. Imagen 45. Convento de San Agustín. Camino de color desde el acceso al interior del edificio./ Francisco Martínez Sellés⁶⁷



Imagen 55. Calle del Centro Histórico,



Imagen 73. Pasarelas que guían como marcadores./ Copyright Museo

Función de la máxima longitud:

- Umbral corto: Hasta 10 metros, no requiere especificaciones intermedias.
- Umbral mediano: Hasta 25 metros, requiere como mínimo dos divisiones o especificaciones intermedias.
- Umbral largo: a partir de 25 metros, requiere especificaciones cada 6-8 metros.



Imagen 60. La experiencia del vacío. Estación O Donell, del Metro

Otros ejemplos con encaminamientos por colores y pictogramas.



Imagen 66. Facilitadores por agrupación-segregación de colores.



Imágenes 71 y 72. Facilitador: encaminamientos y pictogramas

Espacio público sin caracterizar

Las zonas denominadas “tierra de nadie”, son en general cambios de dirección que dejan una sensación de duda con respecto a lo que va a ser visto o encontrado en el camino después del cambio de dirección a 90 °. El giro impide que las imágenes, el “otro lado”, sean claras ya que lo que hay “más allá de la tierra de nadie” es desconocido-



Imagen 76. Un ejemplo de “tierra de nadie”

Espacios sinápticos - Cualidades

Los espacios sinápticos tienen la cualidad fundamental de **romper el efecto laberinto** en los juegos espaciales. Su función puente es la que **une y enlaza** por “estimulación sináptica”. Ejercen de enlaces entre espacios funcionales urbanos y arquitectónicos.

Enlaces o puentes se producen:

- Entre los distintos conductores, especialmente si hay varias posibilidades de conexión con otros lugares y recintos.
- Pueden indicar la existencia de redirecciones, especialmente si hay varias posibilidades axiales.
- Pueden ejercer de puentes entre el centro y las demás dimensiones o componentes.

Para hacerlo deben introducir elementos que expresamente colocados entre los anteriores ejerzan de señales de advertencia o de estimulación, llamando la atención sin necesidad de apelar a la lectura o esfuerzo cognitivo. Cuando ya está muy claro el lugar -el espacio sináptico- la naturaleza del elemento para que se produzca la comunicación puede ser gráfica, luminosa, de mobiliario o tecnológica valorando la limpieza topológica de los elementos dispuestos.

Servicios públicos

Los espacios sinápticos son muy complejos en macro servicios públicos, pero son los que más contribuyen a romper el efecto laberinto. Facilitan la accesibilidad a aquellas personas que necesiten comprender con claridad las relaciones espaciales para circular con tranquilidad y seguridad. Se puede acertar siempre con:

- Iluminación creadora de “puente” y a continuación direccionar para orientar a los usuarios con señales que indiquen claramente que hay “más allá”.
- Dibujos en suelos, paredes y techo

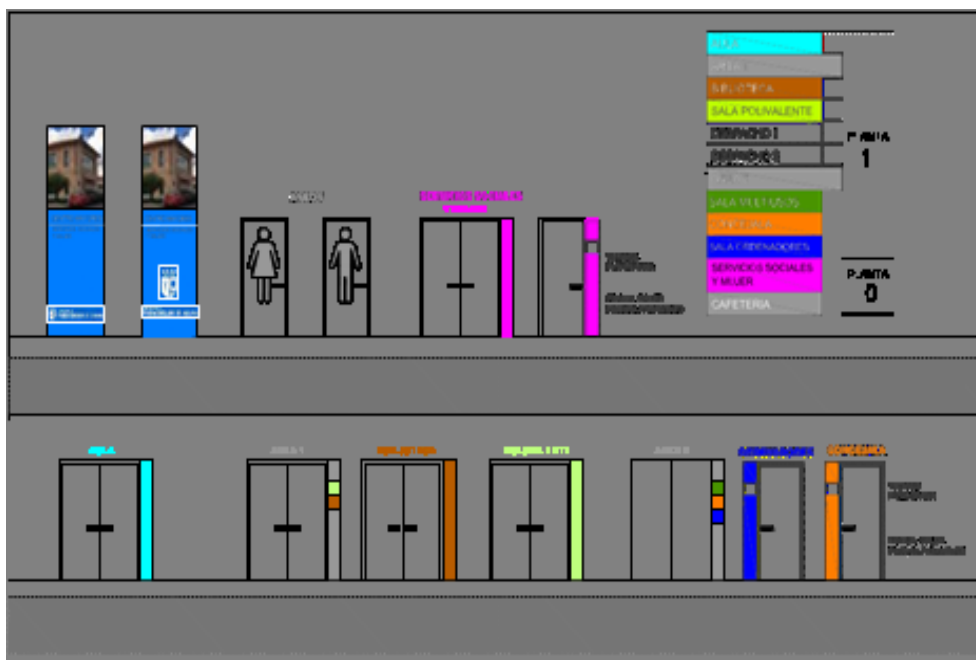


Figura 30. Proyecto de accesibilidad cognitiva. Centro de Mayores. Municipio de Paracuellos del Jarama

las que pueden dificultar la autonomía, incluso en espacios reconocidos, pero que quedan fuera del alcance físico del espacio cotidiano, su barrio, su vivienda.

- Para que los planos **hablen** hay que encontrar un vocabulario visual con significado. Probablemente los pictogramas marcando recorridos (grupos de personas caminando) o entrando en un polideportivo pueden ser mucho más gráficos y comprensibles.
- Posiblemente una persona que hace todos los días el mismo recorrido no tendrá esos problemas, pero puede ocurrir que en uno de esos trayectos haya una contingencia y deba alterar su trayecto acostumbrado. En este caso puede recurrir a las guías o planos comprensibles, si estos existen.

Casos especiales

- Habrá casos en que, por motivos determinados, esto no sea factible y habrá que renunciar a encontrar soluciones. Habrá que recurrir entonces a otros recursos, apoyo humano, tecnología.

Localización de señales y planos

- La localización de los paneles es tan importante como lo que comunican los planos. Una inadecuada situación no va a comunicar sus mensajes. Se deben colocar en encrucijadas, espacios estratégicos, esquinas y paradas de autobús si se trata de mensajes urbano.

DESARROLLO DEL MODELO

Iluminación

Puede llevarse a cabo en proyectos de nueva planta o resolver situaciones existentes en edificios en los que se quiera mejorar la orientación y la accesibilidad, tanto en el exterior como en el interior de los recintos (puede materializarse con iluminación tradicional o adicionando tecnología).

Se trataría de aprovechar los elementos que conducen, guían, orientan, como las escaleras y barandillas con iluminación que puede modificarse o mantenerse en un solo tono de color. A través de la iluminación se señala hacia donde debe dirigirse el usuario que circula, en especial por primera vez en situaciones complejas, como un gran museo o un intercambiador de transporte. Se puede iluminar sobre la pared o en caso de ser una barandilla exenta, en la parte superior o inferior y de forma continua, marcando el recorrido completo.

La iluminación no es solo importante para orientar, señalar, dirigir. Es el modo de anunciar emergencias, para que lleguen como señales, a todas las personas.

Sonidos

La importancia de los sonidos y especialmente cuando estos se convierten en ruido, está suficientemente estudiada como para que se hayan establecido en las normas vigentes límites en decibelios, tanto dentro de espacios privados como públicos. Son especialmente importantes para personas con limitación total o parcial de la vista.

Olores

Los olores son un encuentro con los sentidos. Es tan importante su introducción en el diseño señalando espacios específicos que puede actuar como organizador de recintos, orientador y guía en la comunicación de las personas especialmente aquellas que tienen alguna dificultad para la identificación a través de sus otros sentidos.

Estímulos de la atención

Por su importancia para la seguridad de las personas, y teniendo en cuenta los conceptos anteriores, se concretan algunos aspectos determinantes, vinculados a estímulos visuales y sonoros relacionados con la atención.

- **Visuales.** El medio para llamar la atención sobre algo se halla en la semántica de la percepción o atención con un significado. Para facilitar la atención visual -o alejarla en caso contrario- se utilizan recursos relacionados con la forma, el color, las texturas y la iluminación tratados anteriormente. Son especialmente importantes para personas con limitación total o parcial de la audición.

- **Sonoros.** Los estímulos sonoros de la atención son importantes componentes de la percepción y por lo tanto de la seguridad ya que la superposición de sonidos puede atraer importantes componentes de peligro personal. La atención puede dirigirse voluntariamente hacia estímulos sonoros principales o secundarios. Esta jerarquía puede quedar controlada a través de los tipos o clases de sonido, siendo importantes para la atención las siguientes:

- Volumen alto, bajo.
- Sonido grave o agudo.
- Sonido continuo o discontinuo.

Su importancia está relacionada también con los umbrales sonoros

Contenidos del espacio

Cuando las formas de los objetos se transforman en fondo debido a su exceso o ineficaz distribución, las sensaciones que podrían provocar son de confusión y desorientación

Exceso y desorden dificultan la recepción de imágenes, el procesamiento y la organización de los objetos. Actúan como obstáculos físicos y psicológicos a superar. Retrasan el tiempo de reacción y son barreras para la orientación generando inseguridad (limpieza topológica o del diseño).

Dentro del conjunto figura-fondo los objetos distribuidos en el espacio deben ser siempre percibidos como figuras sobre un fondo. Esta relación debe mantenerse en equilibrio porque en ella subyace un orden y una organización que determinan comportamientos y actitudes.

Atributos: la tecnología como apoyo amigable y facilitador

Las herramientas tecnológicas que se exponen como atributos del modelo son parte del uso común. Si son muy específicas se definen y se difunden como ayudas técnicas, TICS, etc.

Interfaz táctil de usuario: conocida también como TUI (“Touch User Interface”) permite la comunicación entre un usuario y un dispositivo electrónico mediante el sentido del tacto a través de una pantalla sensible 95.

Interfaz natural de usuario 96: “natural user interface o NUI”, es aquella en la que se interactúa con un sistema, aplicación, etc. sin utilizar sistemas de mando o dispositivos de entrada de las “GUI”. Se hace uso de movimientos gestuales con las manos o el mismo cuerpo es el mando de control. Su accesibilidad es muy alta y permitiría a aquella persona que no puede usar otro tipo de instrumentos, comunicarse, relacionarse, aprender y trabajar.

Usabilidad de interfaces

Se dan unas pautas relativas a cómo deberían ser estas interfaces para que sean aprovechables y útiles para facilitar (servir, complementar) una vida independiente, para personas con cualidades diversas, y cognitivas especiales, personas mayores, etc.

La medida de usabilidad está dada por tres factores: persona, tarea, contexto

Cuando se analiza la relación entre un usuario y una tarea, es muy importante comprender cuáles son sus procesos internos, sus modelos mentales, sus cualidades y dificultades. Existen técnicas para que las dificultades desaparezcan si al usuario se le presentan las tareas organizadas, de tal manera, que le parezcan naturales (por ejemplo con personas mayores no acostumbradas: trabajar previamente en tareas manuales para practicar y mejorar la agilidad).

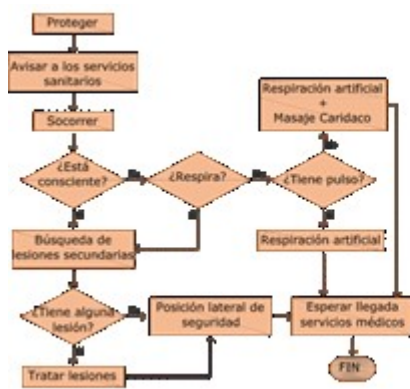


Figura 33. No usable.



Figura 34. Usabilidad./ La Ciudad accesible

Hay que aprender a separar las medidas estrictas de las que puedan tener desviaciones debidas a una apreciación negativa, esto es muy importante con usuarios mayores no acostumbrados al uso de tecnología. Un usuario al que le disgusta una interfaz puede generar más errores, o tardar más en aprender, situación bastante frecuente frente al cambio de su teléfono móvil a uno de última generación que, además, tiene internet.

Accesibilidad en los espacios naturales

Uno de los aspectos más contundentes de los espacios naturales protegidos es la dificultad que presentan para la libre circulación de todas las personas. Conviene identificar con qué elementos se puede mejorar una accesibilidad que no siempre será completa, pero que dará más amplitud al número de usuarios que puedan disfrutar de la experiencia del paisaje, cuando no sea posible de la aventura y la participación directa.



Imágenes 100, 101 y 102. Senderos en Sierra de Aracena y Picos de Aroche en

Senderos

Circular a lo largo de senderos (imagen 103) simplifica muchos los problemas y facilita la orientación. Siempre se pueden colocar señales indicadoras en sitios estratégicos.

- Si es accidentado habrá que prever mayor señalización-guía para que no se pierda la orientación y el punto de salida.
- Si el accidente es muy importante se puede considerar una encrucijada o una referencia importante dentro del sendero, que el caminante puede llevar incluso, dibujada.
- Si el sendero es horizontal la amplitud o longitud de lo que se ve a la distancia dará seguridad. Según las dimensiones o longitud total del sendero, se debería balizar el camino.

Se deben señalar perfectamente las encrucijadas, encuentros, cambios de dirección, nunca se debería dejar a las personas libradas a la elección de un camino, si no se sabe dónde puede finalizar.

Circunscripciones con seguridad total

Una solución para la autonomía total es la de acotar por zonas o circunscripciones con un centro focal orientador e ir aumentando dificultades de acuerdo con la autonomía de los usuario.

Si no se puede aumentar el número de elementos de seguridad por razones ambientales es preferible que la gente vaya siempre acompañada o sólo tenga autonomía en recorridos fáciles y horizontales.

Señales

Es sumamente importante el punto donde se colocarán las señales, siempre visible y cuidando de que no sea obstruido por ramas u obstáculos físicos. De la misma forma que se buscan **espacios sinápticos** -uniones, puentes- en las infraestructuras y en los edificios para colocar las señales, hay que verificar si existen este tipo de espacios que sirvan para entrar, cambiar de dirección y salir.



Imagen 106. Cartel en el Parque Municipal de San Bartolomé de la

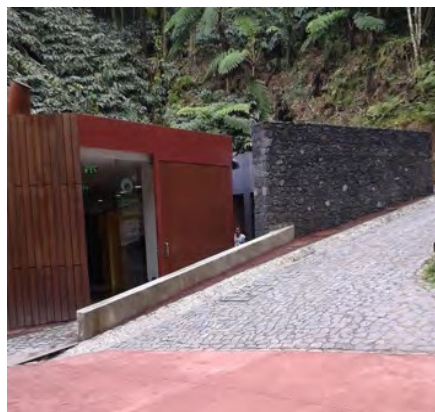
Accesibilidad, un logro

Como en muchos aspectos de la realidad existe “lo posible y lo no posible o menos posible”.

Se ha focalizado el parque en un Centro de Interpretación formalmente muy cercano a la naturaleza, construido con materiales de la zona, madera y piedra volcánica, en una única planta. Se accede al Centro por un camino lineal, con materiales que permiten que una silla de ruedas suba sin esfuerzo.



Imágenes 109 y 110. Camino del acceso con barandilla y marcadores hacia los baños termales bajo la cascada. Recorrido accesible a la zona de baño en la cascada natural. Caldeira Velha, Isla de San Miguel, Azores



Imágenes 107 y 108. Centro de Interpretación, camino de acceso para sillas de ruedas, con suelo adaptado. Caldeira Velha, Isla de San

ACCESIBILIDAD EN RECORRIDOS URBANOS



Imágenes 117, 118 y 119. Origen y diferentes recorridos a partir del mismo.

Es necesario **romper el efecto laberinto** en los cambios de dirección y en las encrucijadas. Se propone la colocación de elementos informadores en los puntos conflictivos. En transporte público

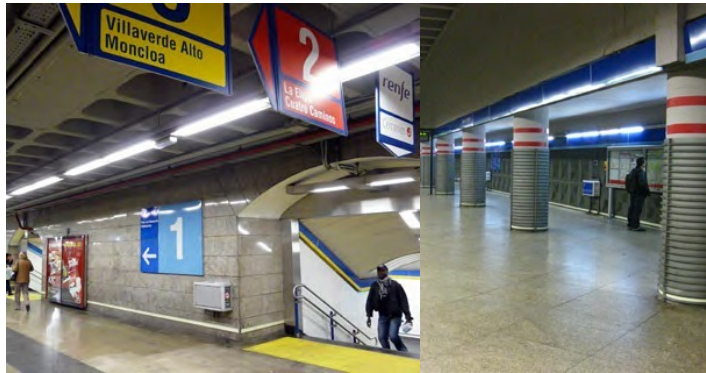


Imagen Refuerzo de la señalización, con carteles de grandes dimensiones, y resaltando el número de la línea y la dirección. Imagen Señalización de obstáculos y pilares con bandas de vinilo rojo



Zona reservada con protecciones para silla de ruedas

4-5 SINTESIS:

El Estado Argentino ha reconocido con jerarquía constitucional a la “Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”

A partir del reconocimiento de la problemática, del aumento de la cantidad de Personas Mayores en la población actual y a futuro, Se toman medidas para abordar esto, en el marco de la atención a esas personas teniendo en cuenta su situación de Dependencia. Tomado dos alternativas.

Personas Mayores sin dependencia o con escasa dependencia y se implementa a través del Ministerio de Desarrollo Territorial y Habitat , conjuntamente con PAMI, la Operatoria Casa Propia - Casa Activa. En 2021

Personas Mayores con dependencias o en situación de vulnerabilidad, se implementa a través del Ministerio de Salud y de PAMI La Resolución 3315/2023, con las directrices para la organización y funcionamiento de Residencias para Personas Mayores.

Estos actos significan un cambio en el abordaje de la problemática de la Acianidad en La Argentina, que tiende a uniformar criterios para los edificios para PM, incorporando los criterios de Envejecimiento Saludable y de necesidades de tipo sanitario y social de la persona mayor, con el objetivo de garantizar su dignidad y bienestar y promover su independencia y autonomía.

Siendo estas políticas muy recientes, la puesta en marcha y el financiamiento de estos sistemas son los desafíos pendientes.

Con respecto al diseño de Ciudades Accesibles, se han enumerado dos enfoques de pautas de diseño urbano, que deben abordarse para dar respuestas inclusivas, tanto para Personas con discapacidades, niños y personas mayores. Que pesiguen la Inclusión y la seguridad de la población mas vulnerable. Quedando como desafío la concreción de esto en las ciudades.

5. CONCLUSIONES

El aumento de la edad en la población, en nuestro País, es evidente. Según datos mencionados, se refleja que las políticas existentes no son suficientes para abordar este proceso de lo que respecta a la problemática de las Personas Mayores (PM).

La búsqueda de lograr la independencia parcial o total respetando las condicionantes individuales de cada adulto mayor; la inserción social y un entorno 'adaptado' son principios fundamentales para contribuir a un desarrollo digno en esta etapa de vida.

Esto invita a repensar y ordenar los sistemas de atención, los cuales, actualmente se encuentran fragmentados, su financiamiento es insuficiente y se presentan con una desigual distribución.

Las nuevas demandas, para el **Envejecimiento Activo** abordan distintos aspectos, como recursos físicos, tecnológicos, integración social, posibilidades de desarrollo personal dentro de las limitaciones individuales, cobertura médica y farmacéutica, trato y condiciones de vida dignas. Estos aspectos deben aplicarse en los lugares dónde se desenvuelven las PM, tránsito en las ciudades, orientación en espacios públicos, accesibilidad en edificaciones y ámbitos turísticos, Viviendas seguras, ámbitos de reunión e inclusión social.

Para esto se necesita el protagonismo de todos los actores del sistema: Público, Seguridad Social y Privado. Es necesario seguir normas o cánones básicos para tener coherencia y sostenibilidad en los criterios de tratamiento, proyectos y gestión. En Argentina se destacan dos normativas que se han elaborado con participación de PAMI - ANSES - MINISTERIO DE SALUD. Las que se refieren a aspectos residenciales y abarcan dos miradas:

- Personas autoválidas, o con escasa dependencia - Programa CASA ACTIVA - año 2021
- Personas en situación de vulnerabilidad o con dependencias- **NORMATIVAS PARA CENTROS DE LARGO PLAZO (Resol 2023-3315-APN-MS)**

Las ciudades con sus normativas, respecto a la accesibilidad, en tránsito, las veredas y cruces peatonales y otros aspectos que se han desarrollado a partir de la -discapacidad, y la supresión de barreras arquitectónicas, abarca muchas necesidades de las PM. El Diseño de espacios con modelo cognitivo debe adicionarse para completar los aspectos necesarios para el desenvolvimiento de las PM, que tengan dificultades para su orientación y la comprensión del espacio que los rodea.

Teniendo estas herramientas y en la certeza que todos tenemos destino de PM, el desafío es poner en marcha el nuevo orden, abordándolo desde todas nuestras vivencias, educación, conceptualización de las realidades y necesidades que van trascurriendo a lo largo de toda la vida y el esfuerzo en la comprensión de lo que se haga al respecto, nos depara una mejor existencia social e individual. Los recursos y acciones que se realicen son inversiones que abarcan a la Sociedad en su conjunto. Por lo que la adecuación de sus espacios y de la mirada del conjunto social se convierte en una prioridad, para la Calidad de Vida, tal como se impone al principio, con el cuidado de la niñez, debe considerarse al final, con el cuidado de la vejez.

BIBLIOGRAFIA

María Laura Olivieri (2020). Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina. División de Protección Social y Salud - NOTA TÉCNICA N°IDB-TN-2044 - BID.

OMS (Organización Mundial de la Salud) 2023. Envejecimiento. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health->

Boletín de mortalidad por enfermedades no transmisibles Período 1997 - 2021 Área de Vigilancia Epidemiológica Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles Octubre 2023. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-12/boletin_mortalidad_ent_6122023.pdf

Sistema de indicadores sociales Septiembre de 2023. Consejo de Coordinación de Políticas sociales. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sis-9.2023_1.pdf

Resolución -2023-3315-APN-MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN - "DIRECTRICES PARA LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES. MODELO DE ATENCION CENTRADO EN LA PERSONA".25/10/2023

Lineamientos de Operatorioa CASA ACTIVA . Ministerio de Desarrollo Territorial y Habitat - PAMI- Aprobado mediante RESOLUCIÓN No 152/2021

HACIA UNA CIUDAD ACCESIBLE – Capbauno 2015 – La Plata - Argentina

La ciudad accesible - Modelo para diseñar espacios accesibles. Modelo cognitivo- Arq. Berta Brusilovsky Filer- 2014 (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/es/>)