

Políticas de gestión en seguridad alimentaria para adultos mayores institucionalizados



ISSN 2953-5255

Mg. Guillermo Pablo Scarinci

COLECCIÓN PERSPECTIVAS/PROSPECTIVAS
SERIE: POLÍTICA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA
N°14 - AÑO 2025



Serie Política y Seguridad Alimentaria - ISSN 2953-5255
Colección Perspectivas/Prospectivas - ISSN 2718- 7306
Editor responsable Prof. Darío Maiorana
Centro de Estudios Interdisciplinarios, UNR

Diseño de tapa: Cintia Lorena Espinosa
Ilustración: *La noche* de Xil Buffone, realizada en óleo sobre tela, 35 x 90 cm, 2017 - 2018.
Coordinadora gráfica: Adriana Palma.

La serie Política y Seguridad Alimentaria perteneciente a la Colección Perspectivas/Prospectivas es una edición y publicación online del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario.

Los artículos son de exclusiva responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión de los editores de la Serie.

Los contenidos son publicados bajo la Licencia Creative Commons:



Centro de Estudios Interdisciplinarios, UNR
Dirección: Maipú 1065 3° piso of 309, Rosario, Argentina;
Tel: (0341) 4802781;
mail: cei@unr.edu.ar

POLÍTICAS DE GESTIÓN EN SEGURIDAD ALIMENTARIA PARA ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

Mg. Guillermo Pablo Scarinci

Serie: "Política y Seguridad Alimentaria". Nro. 14. Año 2025.

PUBLICAN EN ESTE NÚMERO:

Guillermo Pablo Scarinci es Magíster en Política y Gestión de la Seguridad Alimentaria (Centro de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Nacional de Rosario, UNR). Es Licenciado en Nutrición (UNSa), Diplomado en Políticas e Intervenciones de Salud, y Técnico Superior en Nutrición y Alimentación. Director de Especialización en Gestión de la Nutrición Comunitaria (UNR), y Coordinador Académico de la Diplomatura de Estudios Avanzados en Nutrición y Salud Pública. Se desempeña como Profesor Adjunto a/c Cátedra de Nutrición y Dietoterapia (Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, UNR). Integrante de la Comisión Académica de la Diplomatura Nutrición y Actividad Física, UNR. Miembro del Grupo Interdisciplinario en Seguridad Alimentaria (GISA, UNR). Es Responsable del Servicio de Alimentación y Nutrición, Hospital Geriátrico Provincial de Rosario (HGPR), y Ex Director de Salud de la UNR.

PRESENTACIÓN

En el marco de la Serie “Política y Seguridad Alimentaria” del Centro de Estudios Interdisciplinarios (UNR), la publicación del Mg. Guillermo Scarinci titulada: *Políticas de gestión en Seguridad Alimentaria para adultos mayores institucionalizados*, se desprende de una investigación la cual analizó la relación que existe entre la seguridad alimentaria y la promoción de la salud pública en personas mayores de 65 años, la cual tenía como objetivo general contribuir a optimizar su estado nutricional.

Al momento de la investigación, en la Argentina este grupo etario representaba el 10,2 % de la población total. En particular el estudio realizó un recorte poblacional de adultos mayores de un Hospital Geriátrico que depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. La muestra estuvo constituida por 66 personas de ambos sexos, 33 mujeres y 33 varones, con un promedio de edad de 72 años, quienes voluntariamente aceptaron participar. La metodología contempló una encuesta alimentaria y el registro de datos antropométricos.

El autor es consciente que los aspectos culturales, sociales y psicológicos de los adultos mayores no suelen ser considerados en las políticas institucionales en materia de alimentación. Sumado al hecho que en dicha etapa de la vida aparecen cambios fisiológicos que deberían ser tenidos en cuenta en la alimentación, además de la consideración de factores sociales y ambientales. Por lo que se concluye que es preciso sostener e impulsar un enfoque integral con la finalidad de que este sector poblacional pueda ejercer su derecho a la Seguridad Alimentaria.

La importancia de la investigación yace en que pone de relieve la cuestión social de la inseguridad alimentaria en grupos poblacionales vulnerables por razones etarias. La noción de acceso al suministro alimentario como condición clave para el bienestar debe así contemplar el amplio espectro de problemáticas existentes.

Dr. Juan José Borrell (GISA – UNR)

**POLÍTICAS DE GESTIÓN EN
SEGURIDAD ALIMENTARIA PARA
ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
EL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN	13
DESAROLLO.....	18
DISCUSIÓN.....	19
RECOMENDACIONES	26
BIBLIOGRAFÍA	27

INTRODUCCIÓN

El mundo está viviendo las últimas etapas de un proceso demográfico denominado transición demográfica.¹ La misma se define como “el proceso de ruptura en la continuidad del curso del movimiento de la población (humana) hasta un momento determinado, que explica el paso de niveles altos de mortalidad y fecundidad a niveles bajos de estas variables”.² En los últimos 160 años, la esperanza de vida de los seres humanos ha aumentado un promedio tres meses por año en forma constante³, lo que sobrepasa los logros obtenidos en los anteriores cinco mil años de historia. Como consecuencia, los ancianos ocupan un ancho segmento demográfico en la población mundial.⁴

En Argentina, las personas de 65 años y más representan el 10.2% del total de la población, ubicándose entre los países más envejecidos de América Latina y el Caribe⁵, con clara tendencia a un incremento creciente.⁶ Las proyecciones demográficas en el mundo indican que para el 2025, la población general se multiplicará por tres, la población mayor de 60 años se multiplicará por seis (de 200 a 1200 millones) y la población mayor de 80 años se multiplicará por diez (de 13 a 37 millones).⁷

En términos demográficos, y de mantenerse las actuales tendencias, las proyecciones informadas por Naciones Unidas respecto del número de personas de más de 60 años prevén un aumento exponencial en los países desarrollados si bien en los países más pobres, la población disminuiría.⁸ El mismo informe predice para América Latina que la expectativa de vida al nacer se aproximará a los 80 años en 2040.

El ritmo de crecimiento poblacional en Argentina es secularmente lento y la proyección de su contribución a la población mundial de sólo 0.6% en 2025, aunque existe incertidumbre respecto de cambios en el flujo de inmigrantes, actualmente muy bajo. Los mayores de 60 años en la actualidad representan para ambos sexos en conjunto, el 13.1% previéndose que aumente a poco más del 16% en 2025. La esperanza de vida al nacer aumentaría de 75.9 a 78 años para ambos sexos en conjunto en el período 2025-2029. De cumplirse estas proyecciones tan moderadas, en 2025 habrá en Argentina más de 7 millones de personas de más de 60 años y de ellos, 1 millón trescientas mil tendrán 80 años y más, es decir pertenecerán al grupo de los “muy viejos”.⁹ Esto último implica

1- Grupo de estudio de Enfermedades No transmisibles y Salud mental. *Hombres, Envejecimiento y Salud. Conservar la salud a lo largo de la vida*. OMS. Ginebra, 2000, p. 71.

2- Bayarre Veá HD, Pérez Piñero J, Menéndez Jiménez J. *Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la Tercera Edad*. GEROINFO. RNPS. 2110. Vol. 1 No. 3. 2006.

3- Oeppen J, Paupel JW. Broken limits to life expectancy. *Science* 296: 1029-1031, 2002.

4- United Nations Population Division. *World Population Prospects: The 2004 Revision*, New York: United Nations, 2005.

5- INDEC. *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*.

6- Torrado S. *Escenarios demográficos hacia 2025*. Informe preparado para el Programa de Estudios Prospectivos Secretaría Ciencia, Tecnología y Innovación Productiva (SECTIP), 2004, p. 29.

7- Barrera Paz L. Demografía. El adulto mayor en la estructura poblacional. En: *La salud de los adultos mayores: una visión compartida*. M Quinteros Osorio comp. Washington, DC: OPS, 2011, pp. 23-36.

8- WHO. *World Population Prospects. Economic & Social Affairs. The 2010 Revision*. Highlights and Advance Tables. New York, 2011, p. 503.

9- Leyva Salerno BM. *Movilidad, equilibrio y caídas en los adultos mayores*. GEROINFO. RNPS 2110 Vol 3 N° 2, 2008.

la duplicación de su número actual.¹⁰ Estas predicciones conllevan la necesidad de intervenciones significativas en el ámbito socio-sanitario, debido a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y, sobre todo, al aumento progresivo de la dependencia o falta de autonomía en sectores cada vez más amplios de la población.

Cuando se habla de envejecimiento en términos demográficos conviene tener claros una serie de conceptos relativos a la longevidad que, con cierta frecuencia, aparecen referidos de manera equívoca y poco precisa: concepto de esperanza de vida máxima, de esperanza de vida media y el binomio integrado que se conoce como esperanza de vida independiente vs dependiente.¹¹

Por esperanza de vida máxímase entiende aquélla que, en una situación absolutamente óptima, puede alcanzar en teoría un determinado individuo. En términos biológicos “edad avanzada”, relacionada a factores genéticos propios de la especie humana, es un concepto relativamente reciente en las ciencias de la vida, y se encuentra en plena discusión.¹² En la especie humana, la única manera de establecer cuál sería la esperanza de vida máxima la constituye la constatación fehaciente de las fechas de nacimiento y muerte de los individuos. De acuerdo con ello, hoy se admite que la esperanza de vida máxima en la especie humana se sitúa en torno a los 120 años.¹³

La esperanza de vida media es un concepto estadístico y alude al tiempo que, de acuerdo con los conocimientos actuales, logrará vivir en circunstancias normales el 50% de la población, en unas coordenadas concretas de lugar, edad y época. Así, se puede hablar de esperanza de vida al nacer o a cualquier otra edad determinada, en un lugar geográfico específico y en un momento concreto de la historia. La esperanza de vida media, al contrario de la esperanza de vida máxima, ha sufrido grandes modificaciones a lo largo de la historia. Han contribuido a ello muchos factores siendo fundamentales los relacionados con la mejora de las condiciones higiénicas. Ha resultado primordial la potabilización del agua en cuanto a reducción de las tasas de mortalidad infantil y de las posibilidades de propagación de diferentes tipos de enfermedades infectocontagiosas. Otros factores importantes han sido los avances en materia de vacunaciones, el progresivo conocimiento de los factores de riesgo de todo tipo y las campañas contra los mismos, así como los avances en la lucha contra la pobreza y en la mejora de la alimentación. En menor medida, a progresos de carácter más técnico en los campos de la anestesia y la cirugía o en el de la farmacología.¹⁴

En Argentina la esperanza de vida al nacer para ambos sexos en conjunto es 75,24 años, siendo para la población masculina 71,6 años y para la femenina 79,1.¹⁵

El Consejo de Europa ha definido dependencia como un estado en que las personas, debido a la falta o pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan algún tipo

10- Torrado S. *Escenarios demográficos hacia 2025*. Informe preparado para el Programa de Estudios Prospectivos Secretaría Ciencia, Tecnología y Innovación Productiva (SECTIP), 2004, p.29.

11- Ribera Casado JM. *Envejecimiento*. Facultad de Medicina, Universidad Complutense, 2004, p. 10.

12- Rose M, Raser C, Mueller M. Late Life: A new frontier for physiology. *Physiol Biochemi Zool* 78: 869-878, 2005.

13- Robert L, Robert AM, Fülöp T. Rapid increase in human life expectancy: will it soon be limited by the aging of elastin. *Biogerontology* 9:119-33, 2008.

14- GEO Salud. *Metodología para una evaluación integrada de medio ambiente y salud. Un enfoque en América Latina y el Caribe*. PNUMA/OPS. 2009, p. 107.

15- *Indicadores Básicos Argentina 2011*. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación y OPS, p. 20 (actualizado 12 de enero 2012).

de ayuda para poder realizar sus actividades cotidianas; dicha ayuda tiene que ver con el cuidado personal o sirve de soporte imprescindible para el mismo.¹⁶

El concepto de esperanza o expectativa de vida dependiente o independiente puede ser analizado desde diversas perspectivas y con técnicas muy específicas, tiene un componente estadístico, y aparece también vinculado con la calidad de vida. Calidad de vida es un concepto complejo y se lo ha considerado hasta “vago y etéreo”, ya que suele emplearse de maneras diferentes en diversas disciplinas; está relacionado cualitativamente, entre otros, con el nivel de vida y el bienestar de las poblaciones.¹⁷

Desde el punto de vista estadístico, la esperanza de vida activa o independiente es la suma de las tasas de actividad en cada edad observadas en un período de tiempo, es un indicador que representa la duración media de la vida activa en los años de una generación ficticia ajustada a las condiciones de actividad del período. Es independiente de la estructura demográfica y no tiene en cuenta las muertes que pueden ocurrir durante el período de actividad.¹⁸ Se conoce que la esperanza de vida independiente es menor entre los pobres, y que en las mujeres es en promedio más prolongado que en los varones.

En la actualidad una persona de 65 años tiene todavía una esperanza de vida media de 21-22 años si es mujer y de 15-16 si es varón.¹⁹ Se estima que alrededor del 60% de ese tiempo va a serlo de vida independiente, entendiéndose como tal la posibilidad de que, sin ayuda de otro, ese individuo “sea capaz de valerse por sí solo y sin ayuda externa para levantarse de su cama y desplazarse hasta una silla”.²⁰ Asimismo, el otro 40% de ese tiempo va a requerir ayuda para llevar a cabo esas actividades y, consecuentemente, va a ser dependiente de terceras personas. Se utiliza aquí un concepto muy elemental de dependencia, alejado del concepto más técnico que utiliza la medicina geriátrica para evaluarla a través de las diferentes escalas existentes.²¹

En Argentina, la población total ha ido aumentando paulatinamente entre 1991 y 2010. En relación a los adultos mayores (ó Tercera Edad) se registró: 8.9% (1991), 9.9 % (2001) y 10.2% (2010) según los sucesivos Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. En la provincia de Santa Fe, la población se ha comportado de igual manera que a nivel nacional, con un incremento paulatino de los adultos mayores: 10.5 % (1991), 11.6 % (2001) y 11.8% (2010). A su vez, a este grupo poblacional correspondía el 9,5 % a varones y 13,5 % a mujeres del total poblacional según el Censo Nacional de Población 2010.

La población de 65 años o más en el departamento Rosario, supera el nivel provincial. El 12,3 % de quienes habitan este departamento tienen 65 años o más. Esta es una tendencia que se viene verificando y profundizando a lo largo de las últimas décadas. En el Censo de 2001 ya se había observado, incluso con algunas décimas más este porcentaje. En 1991 el porcentaje de adultos de 65 años o más llegaba al 11 por ciento del total de la población del departamento más habitado de la Provincia. Si la población total del departamento creció un 78,2 % en los últimos 50 años, la franja etaria que va de los 65 años y por encima de esa edad creció un notable 216,4%. En la ciudad de Rosario, el com-

16- Abellán A, Puga M. *El proceso de discapacidad. Un análisis de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud*. Alcobendas, Madrid, Fundación Pfizer, 2004, p. 210.

17- Bayarre Veá HD, Pérez Piñero J, Menéndez Jiménez J. *Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la Tercera Edad*. GERIINFO. RNPS 2110. Vol. 1 No. 3, 2006.

18- *Active Life expectancy*. INSEE. National Institute of Statistic and Ecomic Studies.

19- Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC). *Sistema de Estadísticas Sociodemográficas (SESD). Área: Adultos Mayores. Definiciones y conceptos*, p. 5.

20- Ribera Casado JM. *Envejecimiento*. Facultad de Medicina, Universidad Complutense, 2004, pp. 6-35.

21- *Manual de Recomendaciones Nutricionales en Pacientes Geriátricos*. Coordinadores Carmen Gómez Candela y José Manuel Reuss Fernández. Novartis Consumer Health SA 2004. Barcelona.

portamiento de la población según el mismo censo, mostró que la población total era de 1.193.605 habitantes. Los adultos mayores censados fueron 140.598, correspondiendo 64,3% a mujeres y 35,7 % a varones.

Con respecto al régimen de convivencia en Instituciones Colectivas (hospitales geriátricos, hospitales y geriátricos privados), en 2001 en Argentina, había 100.725 (2,8%) personas mayores de 60 años institucionalizadas, 10.24 (3,0%) de las mismas en Santa Fe. En dicha provincia, 7.482 adultos mayores se alojaban en hogares de ancianos, 1492 en hospitales y 1.269 en otras instituciones (prisión, cuartel, hogar religioso, etc). Analizando el Departamento Rosario, la población total institucionalizada fue de 4.590 personas, siendo su distribución por sexo: 1.326 (29%) varones y 3.264 (71%) mujeres. Del total, 3.358 (73%) residían en hogares de ancianos, 609 (13%) en hospitales y 623 (14%) en otras instituciones.²²

Como consecuencia del retroceso de los hogares que cobijan tres generaciones, en el mundo moderno se presenta como fenómeno común el hogar nuclear conformado por padres e hijos. Éstos, con el ritmo de vida urbana y las dificultades habitacionales, difícilmente disponen de tiempo y de espacio físico para atender a los adultos mayores en el hogar.²³ Las instituciones pasan a cumplir muchas de las funciones que anteriormente estaban a cargo de la familia, lo que hace que los mayores, al ser separados de su hogar y de su medio social habitual, se conviertan en una población de mayor vulnerabilidad.

Las residencias asistidas para personas mayores emergieron en las últimas décadas del siglo XX como respuesta a una necesidad eminentemente social. Son una estructura alternativa para ofrecer a las personas mayores, en situación de dependencia física y/o psíquica, la provisión de cuidados adecuados a las diferentes situaciones socio económicos. En teoría deben ser capaces de ofrecer alojamiento, convivencia y atención integral a las personas mayores, en función de su grado de dependencia, aportando calidad de vida.²⁴

Dentro de las residencias para adultos mayores, se pueden identificar a las instituciones colectivas, que son lugares destinado a alojar personas que viven bajo un régimen de reclusión, de trabajo, como son las cárceles, o cuarteles militares; y a los hogares de ancianos, también instituciones colectivas, pero en la que se alojan personas ancianas en calidad de internos que suelen recibir alimentación, hospedaje y atención terapéutica. En esta categoría se incluyen los hospitales y los geriátricos, estatales o privados. Lo podemos definir también como centros de cuidados continuados sociosanitarios en régimen de estancia de media y larga duración, para el mantenimiento o recuperación psicofuncional de ancianos con algún grado de dependencia.²⁵

La combinación de deficiencias en el ingreso económico, desigualdades de género, inequidad y deficiencia en el acceso a los servicios de salud, junto con la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas en los adultos mayores, los hace un grupo especialmente vulnerables y que demanda más recursos financieros y logísticos en el presente, con tendencia al aumento a mediano plazo, lo que impactará seguramente

22- Instituto Provincial de Estadística y Censo (IPEC)

23- *Manual de Recomendaciones Nutricionales en Pacientes Geriátricos*. Novartis Consumer Health, SA. Barcelona. 2004

24- Carreira Parrado M, Cal Díaz J. Evolución del grado de dependencia física en una residencia asistida para personas mayores. *Fisioterapia* 27:322-326, 2005.

25- Reuss Fernandez JM. *Recomendaciones Nutricionales en pacientes geriátricos. Atención Nutricional en Residencias Geriátricas. Manual de Recomendaciones Nutricionales en Pacientes Geriátricos*. Novartis Consumer Health, SA. Barcelona. 2004.

en la estructura sanitaria de nuestro país. Situaciones semejantes se han registrado en otros países en desarrollo.^{26 27}

Los cambios demográficos señalados y el déficit de recursos implican mayores riesgos de inseguridad alimentaria en los ancianos, en especial para los que deben ser institucionalizados lo que constituye un factor relevante de vulnerabilidad. Distintos estudios coinciden en demostrar que casi un 25 % de los adultos mayores que residen en hogares de ancianos u hospitales geriátricos, presentan malnutrición por déficit proteico-calórico, lo que aumenta los índices de morbimortalidad y los costos de los servicios de salud.²⁸

La Seguridad Alimentaria es reconocida como parte integral del derecho humano a la alimentación.²⁹ Como derecho humano, es universal, de todos y cada uno por el solo hecho de ser personas y, en consecuencia, sujetos de derecho.³⁰ Todo derecho humano de segunda generación es de naturaleza social, del que los poderes públicos son garantes y, como tal, deben involucrarse para garantizar su efectivo cumplimiento.^{31 32} Máxime cuando se trata de un derecho humano positivado condición en que “el Estado debe adoptar medidas activas, incluso acciones positivas en favor de grupos vulnerables, para que todos los sujetos de los derechos tengan la oportunidad de disfrutar de ellos cuando no puedan hacerlo por sí mismos”³³, ya que las declaraciones y los tratados internacionales de los que Argentina es signataria, fueron incorporados en la reforma de constitucional de 1994.

Cada persona dependiendo de su edad, actividades que realiza y su estado fisiológico y patológico, tiene necesidades nutricionales diferentes. Por lo tanto, seguridad alimentaria implica que cada habitante del planeta debe acceder, según sus necesidades biológicas y sus preferencias culturales, a alimentos seguros y adecuados en cantidad y calidad para mantener una óptima calidad de vida³⁴.

A pesar de haber sido la Argentina, el primer país en incorporar los derechos de la ancianidad a su Carta Magna, y considerando, como ya se ha señalado, que la Seguridad Alimentaria es “el derecho de todas las personas de recibir alimentación cultural y nutricionalmente adecuada”, en la población de adultos mayores y en particular la población institucionalizada, por diversos motivos estos derechos suelen ser vulnerados.

26- González Vázquez T, Márquez Serrano M, Treviño Siller S, Jesica Gómez-Jauregui S, Pelcastre-Villafuerte BE. La capacidad de las Organizaciones de la Sociedad Civil para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores: un estudio cualitativo en zonas urbanas empobrecidas de México. *Salud Colectiva* 60, 181-194, 2010.

27- Saeidlou SN, Merdol TK, Mikaili P, Bektaş Y. Assessment of the nutritional status and affecting factors affecting factors of elderly people living at six nursing home in Urmia, Iran. *Int J Acad Res* 3: 173-181, 2011.

28- Gutiérrez JG, Serralde Zúñiga A, Guevara Cruz M. Prevalencia de desnutrición del adulto mayor al ingreso hospitalario. *NutrHosp* 22:702-709, 2007.

29- *Declaración de Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948. El derecho a la alimentación.* Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2000/10. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Ginebra, Abril de 2000.

30- Gracia Guillen D. De la Bioética clínica a la Bioética global. *Acta bioeth* 8: 27-39, 2002.

31- Martínez SM. Los médicos se enfrentan al problema complejo de alimentación y la salud. En: *Autonomía de Recursos y Soberanía Alimentaria.* Foro Social del Cono Sur de la Tierra y la Alimentación. Compilador JJ Borrell. UNR Editora. Rosario, pp 61-70, 2006

32- Martínez SM. *La alimentación humana: desde la evolución biológica al derecho a la salud y a la seguridad alimentaria.* 2º Congreso Argentino-Latinoamericano de Derechos Humanos. Universidad Nacional de Rosario, 2009.

33- Courtis C. El derecho a la alimentación como derecho judicial. En: *La protección judicial de los derechos sociales.* Editores: Courtis C, Avila Santamaría R. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, República Argentina. Quito, Ecuador. Pp 91-117, 2009.

34- Martínez SM. La alimentación humana: Una perspectiva biológica y médica (Editorial). *Medicina (B Aires)* 69:487-488, 2009.

La Gestión de la Seguridad Alimentaria, por tanto, es concebida como la construcción o potenciación de procesos estratégicos, participativos y operativos, de las personas involucradas en el cuidado de las personas institucionalizadas de 65 años y más, mediante acciones de coordinación y concertación, que faciliten el desarrollo o establecimiento de asociaciones, que, a su vez, permitan la complementariedad de capacidades, recursos e iniciativas, en apoyo a la reducción de la inseguridad alimentaria en estas personas.

EL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN

La alimentación adecuada constituye un derecho humano, un derecho de cada persona en cada país. Así lo han reconocido oficialmente la gran mayoría de los países.

Pero existe una gran diferencia entre que un país reconozca oficialmente la alimentación como un derecho humano y que lo ponga plenamente en práctica. Si un país pretende realmente tratar la alimentación adecuada como un derecho humano, debe saber que lo debe perseguir con la misma determinación que los derechos universales a la libertad de reunión y expresión, al agua potable, a la información, a la educación y al más alto nivel posible de salud.

Un enfoque basado en los derechos, considera como una obligación la promoción de la seguridad alimentaria por los gobiernos y como consecuencia, no como una forma de benevolencia. Esto implica que los Estados tienen determinadas obligaciones, cuyo cumplimiento las personas están legitimadas para exigir.

Es el Estado quien, de respetar, proteger y hacer efectivo, por lo que no debe privar a nadie del acceso a una alimentación adecuada; debe impedir que nadie sea privado de dicho acceso de cualquier otra forma; y cuando alguien carezca de hecho de una alimentación adecuada, debe crear la forma proactiva un entorno favorable para que las personas logren la autosuficiencia o cuando ello no sea posible, debe garantizar que se proporcione alimentos. Toda persona es titular de derechos y está plenamente legitimada para exigir que el Estado cumpla con estas obligaciones.

El derecho humano a la alimentación se establece en numerosos tratados u otros instrumentos internacionales, incluidos la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC 1966) y la Convención sobre los Derechos del niño (1989).

Argentina a partir de la Reforma Constitucional de 1994, teniendo en cuenta el artículo 75, inciso 22, garantiza que la firma de toda declaración y pacto pasa a tener fuerza de ley, por lo que se encuentra dentro del marco jurídico de aplicación actual.³⁵

El enfoque de la SA basado en los derechos humanos, tiene otra dimensión jurídica: los gobiernos tienen la obligación legal de actuar de tal modo que progresivamente todas las personas dentro de su territorio no solo no pasen hambre, sino que puedan producir o procurarse, de forma plenamente acorde con su dignidad humana, alimentos adecuados para una vida activa y sana.

Formalizar el derecho requiere “la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas y aceptables para una cultura determinada, la accesibilidad de esos alimentos en formas que sean sostenibles y que no dificulten el goce de otros derechos humanos”.³⁶

Los ancianos tienen derecho de recibir protección del Estado, por lo cual se deben adoptar medidas progresivas que garanticen el acceso a instalaciones adecuadas, a la ali-

35- Paiva M, Abajo V. Derecho a la Alimentación (Capítulo 3). En: *Seguridad y Soberanía Alimentaria*. Ed. Gorban K et al. 1ª edición. Buenos Aires, 2011. Pp 49-64.

36- FAO. *El Derecho a la Alimentación en la Práctica. Aplicación a Nivel Nacional*. Roma, 2006.

mentación y atención médica especializada, principalmente a las personas que carezcan de ellas y no estén en condiciones de proporcionárselas por sí mismas.

Al enfocar el estudio del colectivo adulto mayor institucionalizado, debe tenerse presente su alta vulnerabilidad biológica y social. La vulnerabilidad se define a través de la capacidad de una comunidad o un individuo de afrontar la exposición a riesgos y de las estrategias de seguridad alimentaria que puedan o pueda emplear. La exposición al riesgo está determinada por la frecuencia y severidad de las amenazas naturales y/o, generadas por el hombre en un contexto socioeconómico y geográfico propio. En el caso de los adultos mayores, influyen distintos determinantes y entre ellos se destacan los cambios fisiológicos propios de la edad, el aumento de la prevalencia de enfermedades propia de la edad, el aislamiento social, la baja disponibilidad de recursos económicos y la institucionalización.

En el caso de la institucionalización de los adultos mayores, es primordial conocer el estado nutricional, ya que brinda indicaciones objetivas y comparables sobre el nivel de riesgo para la vida. Cualquier estado de malnutrición, ya sea en el momento del ingreso o en la estancia institucional, es una indicación clara de inseguridad alimentaria.

La inseguridad alimentaria es una de las tres causas subyacentes de malnutrición en el adulto mayor institucionalizado. Las otras son las prácticas de salud y del cuidado, actuando en un verdadero círculo vicioso de interacciones.

Dentro de las prácticas de salud y en relación con el estado nutricional, hay que considerar dos factores: el estado de salud que se refiere a la capacidad del cuerpo de absorber y metabolizar los nutrientes que se consumen; y el medio ambiente sanitario, que se refiere a las condiciones en que viven las personas y como éstas favorecen o no a la salud humana.

Las prácticas de cuidado se refieren a la forma en que los individuos mayores dependientes e institucionalizados son atendidos y alimentados. Incluyen prácticas de alimentación en adultos mayores con o sin enfermedades agregadas, la prioridad de alimentación, la relación del personal de asistencia y residentes, etc. Las prácticas inadecuadas pueden hacer que ciertos miembros de la comunidad puedan estar malnutridos, aun contando con disponibilidad y accesibilidad a los alimentos y un entorno saludable.

Adultos Mayores (AM)

La consideración de la vejez ha variado en las distintas culturas a través del tiempo. Aunque como última etapa de la vida, próxima a la muerte, ha suscitado interés en las diferentes etapas de la historia del ser humano, es en la actualidad, y dada la importancia del fenómeno del envejecimiento de la población, cuando está generando mayor expectativa en la sociedad. En nuestra época es considerado normal llegar a la vejez, lo que en otros tiempos era posible sólo en una minoría. Es, pues, un fenómeno relativamente nuevo en la historia de la humanidad.

La vejez es un fenómeno tan complejo que puede ser analizado desde diferentes perspectivas y según factores muy diversos: biológicos, económicos, sociales, culturales, antropológicos. A su vez, la edad puede medirse de forma cronológica o psicológica. La que está en relación con el estado físico general y del estado de salud la salud es la cronológica; considerando la edad psicológica aquella dependiente del grado de maduración o deterioro intelectual.

La historia indica que las más diversas civilizaciones consideraron a sus ancianos como los sabios y consejeros de la vida social y política de sus pueblos. Como ejemplo se pueden nombrar, entre otros, a los Consejos de Ancianos de algunas tribus americanas o africanas; al Consejo de Ancianos en la Grecia de Homero donde tenían un

rol en la transmisión cultural; al Senado Romano, con una marcada acción política; al Consejo de Ancianos del pueblo hebreo, munido de poder religioso y judicial. Durante el siglo XI formaron parte de los notables de la sociedad y gozaron de poder económico e influencias en el fuero civil y eclesiástico. Ya a fines de la Edad Media, fueron consultores de la Iglesia a la hora de la formación religiosa por considerarse en alto grado su autoridad moral.³⁷

Es desde los albores del capitalismo y hasta nuestros días que el adulto mayor se transformó en una persona “improductiva” debido a su natural deterioro fisiológico, que no le permite realizar tareas de esfuerzo o intelectuales al ritmo productivo que imponen las fuerzas empresariales. En simultáneo, la expectativa de vida ha ido en progresivo aumento debido a los adelantos en materia sanitaria y tecnológica, por lo que este sector de la población comienza a cobrar significado público y se convierte en un problema de las políticas públicas. En estas circunstancias históricas los adultos mayores pasaron de ser los garantes de las tradiciones culturales y las decisiones políticas de las distintas sociedades, a considerárseles sujetos frágiles y vulnerables, circunscriptos a la categoría de beneficiarios.

A partir del crecimiento demográfico mundial, donde la tasa de envejecimiento está asumiendo una transición positiva según aumenta la expectativa de vida, el adulto mayor va ingresando de modo pausado en las agendas políticas de algunos Estados, “visibilizándolos” y dándoles el lugar de ciudadanos activos, con el ejercicio pleno de sus derechos y responsabilidades, que nunca debieron perder. Los Estados están comprendiendo que la vejez debe ser alcanzada como un proceso lógico del ser humano, de forma activa y saludable, entendiendo al estado saludable, como aquél libre de incapacidades, que impide el desarrollo de autonomía funcional. No obstante, el envejecimiento es un proceso irreversible, que conlleva pérdidas paulatinas de vitalidad natural y de transformaciones a nivel biológico, donde factores sociales, económicos, culturales y políticos, influyen en la forma de “cómo” se transita ese proceso.

El acuerdo de Kiev (OMS, 1979), consideró AM a las personas de 60 años y más a los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que lo hacen en países desarrollados. En 1994 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ajustó en 65 años y más el criterio para ser considerado AM.³⁸ En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS), también considera AM a las personas que cumplen 65 años. Pero a medida que aumenta la esperanza de vida y la dinámica demográfica mundial esta población aumenta y se han ido incorporando sub categorías, que agrupan a los AM considerando la edad, la vitalidad y las posibilidades de realizar por sí solos las actividades propias de la vida cotidiana. Esta clasificación considera: Adulto Mayor Joven, que abarca el grupo etario de 65 a 75 años; Adulto Mayor, de 75 a 85 años, y Adulto Mayor Frágil, para aquellos que tienen más de 85 años.

No obstante, considerar a los adultos como mayores, de la tercera edad o ancianos sólo por haber alcanzado este rango de edad, es una concepción que se encuentra alejada de la realidad de muchas de estas personas, ya que continúan siendo sanos y activos, vitales y viven disfrutando de la tranquilidad de haber cumplido con sus proyectos de vida y con los triunfos logrados

37- Martínez Ortega MP, Polo Luque B, Carrasco Fernández B. Visión histórica del concepto de vejez desde la Edad Media. *Cultura de los Cuidados* 6: 40-46, 2002.

38- Novelo de López H. *Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década*: Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey. XVIII Congreso Nacional de AMNFEM. Edición Especial 2005. México.

La SA en las residencias para AM

Diversas investigaciones realizadas en sociedades tan diversas como la argentina, española, noruega o japonesa, dan cuenta que, en las Instituciones de AM, una gran parte de su población presenta situaciones de malnutrición, tanto de déficit como de exceso. Se infiere que en dichas Instituciones uno de los problemas fundamentales en materia de seguridad alimentaria reside en un consumo real de alimentos que no se corresponde con las raciones que precisan los AM para cubrir adecuadamente sus requerimientos nutricionales. Si esta situación se mantiene a lo largo del tiempo conducirá a un marcado deterioro del estado nutricional.

En este punto se vislumbra un divorcio entre la teoría y la práctica con respecto a la SA ya que en muchas ocasiones el AM no ingiere los alimentos porque no le gusta la preparación culinaria, no le apetecen por su sabor o por la presentación; pueden sumarse deterioros de la salud bucal, de la deglución o de algunos de los sentidos vinculados con la alimentación. A la hora de la asistencia alimentaria del residente debe considerarse como fundamental la suficiencia o insuficiencia de personal, tanto en cantidad como en idoneidad.

La mayoría de las veces los AM ingresan a estas instituciones sin su consentimiento, sin que se los haya consultado previamente, lo que puede significar un verdadero avasallando de la autonomía. En ocasiones, se decide su internación desde el seno familiar, pero también intervienen otras instituciones: religiosas, carcelarias o de promoción social las cuales, en su rol tutelar, lo juzgan como la mejor opción para que transite la última etapa de la vida.

Estas personas al momento de ingresar a las Instituciones se convierten en sujeto de cuidado y deben cumplir con reglas que fueron creadas por otros sujetos. Este carácter de objeto – protección se puede observar en numerosos aspectos de la vida siendo uno de ellos la alimentación. En este caso las decisiones sobre la calidad, cantidad y variación de los alimentos se toman con criterios sanitarios, desde un poder central, que muchas veces dependen más de aspectos económicos que biológicos. La metodología que tiene la administración del servicio de alimentos, hace que la adecuación individual en cuanto a la aceptación cultural de la alimentación sea imposible.

Cuando se trata de SA, debe tenerse presente que se está ante situaciones de “conflicto” que pueden surgir entre las nuevas condiciones de vida y las pautas mantenidas a través de la cultura. Estas situaciones pueden ser evitadas, disminuidas o sus soluciones facilitadas, si se logra tener en cuenta a la hora de la planificación alimentaria, las costumbres, creencias, normas, valores o conocimientos previos de cada individuo, aun estando en una Institución que depende del Estado o de un ente privado.

La adopción de nuevos hábitos de alimentación, atañen no sólo a la calidad y cantidad del alimento ingerido, sino también a la forma de preparación, las frecuencias de las comidas, los horarios “institucionales”, etc.

No se debe perder de vista que la satisfacción de una necesidad biológica, en este caso la alimentación, está fuertemente condicionada por factores culturales que pueden llegar a tener más peso que la necesidad imprescindible de nutrirse. Esa necesidad que desde el punto de vista de la salud sería la más valedera, puede no ser sentida así por los afectados, para quienes son de mayor importancia los determinantes de orden social o cultural.³⁹

39- Villagran EM. *Enfoque antropológico de los problemas nutricionales*. Kallawayá Nueva Serie n°3, La Plata – Salta, Argentina. 1996.

Gestión de la Seguridad Alimentaria (GSA)

Es un componente que no se toma tradicionalmente como un eje de la seguridad alimentaria, sino como una condición que se presume dentro de la acción de la sociedad y del Estado frente a sus deberes en la materia. Sin embargo, en lo que concierne a la población de AM, una gestión pública en favor de su seguridad alimentaria y nutricional es un asunto determinante por cuanto está ligada a la calidad de vida.

El concepto de la gestión es entendido como “el desarrollo de capacidades para el manejo de los fines, es decir que el énfasis está en el desarrollo personal, organizacional e institucional de los actores locales, canalizado en estrategias de intervención local que permitan cumplir los objetivos”.⁴⁰

La GSA, por tanto, es concebida como la construcción o potenciación de procesos estratégicos, participativos y operativos, de actores públicos y privados, mediante acciones de coordinación y concertación, que faciliten el desarrollo o establecimiento de sinergias, que, a su vez, permitan la complementariedad de capacidades, recursos e iniciativas, en apoyo al desarrollo local y la reducción de la inseguridad alimentaria.⁴¹ Esto significa que se debe impulsar el desarrollo de manera participativa, interesándose en la conexión económica, social y cultural; revalorizando y desarrollando los conocimientos y experiencias institucionales, personales y grupales orientadas al logro de la seguridad alimentaria.

En base a lo anterior, el modelo de GSA debe considerar que la sostenibilidad de las acciones será posible mediante el cambio de actitud y aptitud de los actores locales, institucionales, colectivos y/o personales, hacia la toma de decisiones orientadas a alcanzar la seguridad alimentaria, en este caso de los AM.

Se trata de impulsar procesos locales de gestión social con un significativo ingrediente de participación e inclusión de actores locales, de manera que el tema de la reducción de la inseguridad alimentaria se constituya en el quehacer cotidiano, implementando tareas acordadas en la institución local en función de sus misiones, capacidades, especialidades y recursos.

Estas estrategias deben fundamentarse en la construcción de una visión de futuro, compartida por los representantes locales y definidos al interior de una institución que interactúa interna y externamente, en un contexto regional y provincial. Es fundamental como primer paso, la identificación y consolidación de elementos orientadores para el logro de los objetivos demandados por esta visión de futuro, para lo cual, es fundamental el reconocimiento de las capacidades que tienen los beneficiarios para expresar demandas que son producto de un proceso interno de reflexión acerca de sus necesidades y potencialidades.

Siendo los AM una población de alta vulnerabilidad, especialmente aquéllos que están institucionalizados, se hace necesario diseñar programas destinados a elevar la SA de los mismos.

Existe una necesidad de encontrar alternativas que brinde sostenibilidad en el tiempo a las distintas intervenciones, y es por eso que es fundamental incorporar el componente de gestión local en sus dos componentes: las autoridades sanitarias, como generadoras de políticas que deben liderar la planificación del desarrollo institucional, y los integrantes de estas instituciones que deben participar en los procesos que van a definir las condiciones de vida de los AM. Para esto es primordial fomentar planes estratégicos afines al problema y promover el desarrollo de capacidades a través de actividades de capaci-

40- Silva Lira I. *Metodología para la elaboración de estrategias de desarrollo local*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). CEPAL – ONU. Santiago de Chile, 2003.

41- Fausto J. *Perfil del Proyecto Gestión de la Seguridad Alimentaria y Disminución de la pobreza. Estrategias e instrumentos para mejorar la seguridad alimentaria en los países de la Comunidad Andina*. FAO. Quito, Ecuador, 2004. Pp 35.

tación dirigidas a líderes, funcionarios y autoridades, relacionados con la SA de los AM. Dichos planes deben promover redes o alianzas estratégicas que abarquen instituciones estatales y privadas.

En el caso particular del derecho a la alimentación de los adultos mayores institucionalizados (AMI), estas redes deben estar integradas por el Ministerio de Salud, la Dirección del Hospital y el Servicio de Alimentación y Nutrición, por la parte estatal, y por la parte privada, a la Empresa de Servicios de Alimentos contratada para brindar su alimentación a los residentes.

DESAROLLO

Objetivos:

Este trabajo de investigación se desarrolló, orientado a la aplicación, considerando para ello aspectos cuantitativos y cualitativos.

Se propone transformar una realidad relacionada con la escasez de políticas de gestión en seguridad alimentaria y para ello se requiere partir de un diagnóstico situacional.

El tema de investigación abordado tuvo como finalidad la planificación de estrategias que permitan a los adultos mayores institucionalizados ejercer su derecho a una alimentación nutricionalmente adecuada y culturalmente aceptable. De este modo se estará contribuyendo a la SA de esa población.

Para ello se realizó un diagnóstico situacional de un Hospital Geriátrico que depende del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, Argentina. En base a los resultados se proponen políticas de gestión con una perspectiva multidisciplinaria, donde el personal profesional y no profesional de la Salud Pública, puedan comprometerse con la optimización de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados.

Contribuir a optimizar la Seguridad Alimentaria de Adultos Mayores Institucionalizados en un medio público; caracterizar a la población en estudio según edad, sexo y estado de salud; analizar el estado nutricional por métodos antropométricos; describir la aceptación o rechazo de las preparaciones culinarias, proponer lineamientos de gestión en seguridad alimentaria, fueron los objetivos específicos de esta investigación.

Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Universo: todos los Adultos Mayores de un Hospital Geriátrico que depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. La muestra estuvo constituida por 66 personas de ambos sexos, 33 mujeres y 33 varones, que aceptaron participar. Por medio de un instrumento ad hoc, se realizó una encuesta alimentaria y el registro de datos antropométricos. Las variables investigadas se agruparon en socio-demográficas; clínicas, antropométricas y alimentarias.

Resultados:

La edad promedio de estas personas fue de 72,1 años. El 62,1% manifestó no consumir alcohol ni tabaco. Un 89,3% presentó su salud bucal deteriorada, mientras que el 83,9% manifestó no tener dificultades en la deglución. El 54,5% no presentó alteraciones visuales, el resto utilizaba lentes correctoras. El 19,7% manifestó alguna alteración en el sentido del gusto. Se comprobó que, en promedio, los residentes se ubicaron dentro del normopeso (IMC: 25,9). El 53,1% manifestó una alta aceptación del menú institucional y el 57,6% consideró que el mismo era variado; sólo el 19,7% refirió poder satisfacer su apetito, mientras que el 51,5% consideró, asimismo, que se respetaban sus preferencias individuales. Un 48,5 % admitió que ingería habitualmente alimentos provenientes del exterior de la Institución.

Tabla N° 1: Residentes discriminados por categorías según la edad y por sexo

EDAD	SEXO		TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	
AMJ	15 (22,7%)	19 (28,8%)	34 (51,5%)
AM	6 (9,1%)	11 (16,7%)	17 (25,8%)
AMF	12 (18,2%)	3 (4,5%)	15 (22,7%)
TOTAL	33 (50,0%)	33 (50,0%)	66 (100,0%)

Elaboración propia

Al examinar la proporción de hombres y mujeres en relación con la distribución por categoría etaria, se puede observar que mientras en el grupo de AMJ la proporción de mujeres y hombres es semejante, en el de AMF predominan fuertemente las mujeres (80%).

Tabla nº2: Estado Nutricional evaluado mediante el IMC, según que consideren que se respetan o no sus preferencias alimentarias

ESTADO NUTRICIONAL	RESPECTO POR PREFERENCIAS ALIMENTARIAS		TOTAL
	SI	NO	
MALNUTRICION POR EXCESO	14 (21,2%)	10 (15,2%)	24 (36,4%)
NORMOPESO	10 (15,2%)	15 (22,7%)	25 (37,9%)
MALNUTRICION POR DEFICIT	10 (15,2%)	7 (10,6%)	17 (25,8%)
TOTAL	34 (51,5%)	32 (48,5%)	66 (100%)

Elaboración propia

Respecto a las preferencias alimentarias individuales, el 51.5% (n=34; 20 mujeres y 14 varones) de los residentes refirieron que son respetadas. Al considerar sus edades, estos 34 residentes (100%), se distribuyeron en 14 AMJ (41.2%), 11 AM (32,3%) y 9 AMF (26,5%). Se constató que dentro de los 32 residentes que expresaron que no se respetan sus preferencias, hay un mayor predominio de AMJ (n=20; 62.5%).

DISCUSIÓN

Los objetivos de este trabajo se centraron en identificar factores involucrados en el proceso alimentación-nutrición de un colectivo de adultos mayores institucionalizados en un hospital geriátrico de gestión estatal, y comprender cómo podían o no influir en su Seguridad Alimentaria.

Se consideró necesario conocer en forma pormenorizada el estado de situación de esta población como valores de referencia para proceder a una planificación posterior de tareas que permita reforzar o modificar algunos comportamientos, tanto individuales como institucionales, con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas.

Respecto del estado nutricional, la mayoría de estas personas se encontraba dentro de parámetros considerados saludables ya que el Normopeso (IMC= 25,9) fue la categoría más frecuente. Sin embargo, también se comprobó que más de un tercio presentaba malnutrición por exceso. La malnutrición por déficit detectada representó poco más de

la cuarta parte (25,7%), en contraposición de otros estudios en AM institucionalizados que mostraron una prevalencia mucho más alta, entre el 45 al 60 %.⁴²

Diversos estudios consideran la CB y el IMC como opciones para la valoración antropométrica y en este estudio se los empleó a ambos para poder analizar cuál sería el más fiable y el menos complejo de aplicar en el caso de los Adultos Mayores. En este punto se debe ser muy cuidadoso y acertado en el diagnóstico, ya que no utilizar la técnica más adecuada puede demorar la aplicación de intervenciones inmediatas, corriendo el riesgo de complicaciones. Al compararlos se observaron diferencias importantes ya que el IMC parece un procedimiento más sensible en la detección de la malnutrición por déficit (25,8 %) con respecto a CB (4.6%). Por el contrario, la CB estimó en 51,5% la población con normopeso, mientras que según el IMC este registro era sólo el 37,8 %. Es decir que la mayor diferencia entre ambas técnicas se dio respecto de los residentes que presentaban normopeso y malnutrición por déficit.

Si bien para evaluar en el tiempo el estado nutricional de los AM institucionalizados se aplican combinaciones de diversos indicadores antropométricos, inmunológicos y cuestionarios tales como el Mini Nutricional Assessment, se ha señalado a la CB como una evaluación rápida y sencilla por su poder de tamizaje en la evaluación de pacientes críticos cuyo empleo facilitaría realizar intervenciones nutricionales inmediatas cuando existe riesgo de desnutrición.⁴³ Pese a ello, la CB depende de aplicar una fórmula por lo que debe considerarse un dato indirecto. A esto se agrega que, en los adultos mayores, por cambios fisiológicos de la composición corporal con la edad se produce una alteración inversa de la cantidad de masa grasa y masa magra con respecto a los adultos jóvenes,⁴⁴ lo que implicaría menor fiabilidad de la CB para la valoración del estado nutricional de los AMI y su seguimiento en el tiempo.

Si bien la composición corporal se va modificando con el paso de los años, esto es más marcado en las mujeres. En este trabajo se observa que las mujeres presentan exceso de peso con mayor frecuencia (22,8%) que los varones (13,6%). Por otro lado, el déficit de peso también afectó con mayor frecuencia a las mujeres. La disminución de la masa magra podría empeorar con el tiempo, si la alimentación no permite incorporar no solo las calorías sino las proteínas y los micronutrientes necesarios.

La edad de las personas que fueron evaluadas permite analizar aspectos relacionados con la SA ya que poco más de la mitad aún se encuentra en un periodo de vida independiente, entendiéndola como aquella donde las personas pueden valerse por sí mismos, para levantarse de la cama, sentarse a una mesa, alimentarse por sus propios medios o realizar reclamos en cuanto a su cuidado y a sus derechos, entre otras actividades. Con respecto a los Adultos Mayores Frágiles, las mujeres presentaron la mayor frecuencia (80%) en concordancia con la mayor expectativa de vida de las personas del sexo femenino en nuestro país, donde las estadísticas nacionales dan cuenta que alcanzan en promedio los 79,1 años, superior al de los varones de 71,6 años.

El sexo y la edad con sus diferentes categorías, deben considerarse para optimizar la adecuación de la alimentación que se les brinda a las personas en la Institución ya que no es apropiado, como se viene haciendo, brindar un menú unificado, cuando los requerimientos calóricos y nutricionales son diferentes en cuanto a las características biológicas.

42- Rodríguez NG, Herrera HA, Luque MC, Hernández RA, Hernández de Valera Y. Caracterización antropométrica de un grupo de adultos mayores de vida libre e institucionalizados. *RevAntropol* 8: 57-71, 2004.

43- Chavarriaga LM. *Determinantes del riesgo de desnutrición del adulto mayor institucionalizado de la ciudad de Medellín, 2008-2009*. [Tesis de Maestría]. Medellín: Universidad CES; 2008.

44- Barja de Quiroga G. *Envejecimiento y obesidad*. *Real Academia Nacional de Farmacia*. Farmacia 11 28004 Madrid. Spain. Pp 194- 221.

También son diferentes los aspectos culturales ya que el colectivo institucionalizado presenta en el espacio común que los está albergando por distintas circunstancias y en un momento dado, historias de vida diferentes. No considerar estos aspectos pone en riesgo el estado nutricional de los adultos mayores haciendo más aguda la evolución hacia la fragilidad de los mismos. Si bien en el grupo bajo estudio la disponibilidad de alimentos se encuentra garantizada por pertenecer a una institución que brinda un menú con características generales adecuadas en cuanto a aspectos nutricionales, organolépticos y de presentación, la investigación estuvo focalizada sobre los otros componentes de la SA, tales como el consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos. Esto es fundamental ya que, dadas las características de la población, si su estado de salud no es el adecuado o sus preferencias no son respetadas, la utilización de los distintos nutrientes y las calorías brindadas por la alimentación, no cumplirán con su función principal, que en esta etapa de la vida es recuperar las pérdidas y sostener el gasto calórico.

Se tuvieron en cuenta ciertos factores ambientales, físicos y fisiológicos que intervienen tanto en forma directa como indirecta en la Seguridad Alimentaria. Dentro de los factores ambientales potencialmente modificables y que pueden afectar el estado nutricional, se analizó el consumo de tabaco. Cabe señalar que se verificó que el 33,3 % de los fumadores tenían alguna alteración en el gusto, contra el 14,6% de los no fumadores lo que indica una posible asociación entre el hábito de fumar y las alteraciones del gusto. Se sabe que el consumo crónico de tabaco produce cambios morfológicos en las papilas gustativas que podrían contribuir a provocar estados de hipogeusia.⁴⁵ Estos efectos negativos del tabaquismo se sumarían a los progresivos desórdenes gustativos asociados al envejecimiento caracterizados, entre otros, por una progresiva pérdida de papilas gustativas en la parte anterior de la lengua donde se detectan los sabores dulces y salados.⁴⁶ Esta situación contribuiría a que estas personas hagan una selección de los alimentos que se les brindan lo que lleva a dietas monótonas o, más riesgoso aun, se tienda a abusar de la sal común (ClNa) y del azúcar, aumentando el riesgo o empeorando el curso de enfermedad crónicas no transmisibles como hipertensión, diabetes e hiperlipemias, entre otras.

Se puede inferir que deben multiplicarse los esfuerzos de promoción de la salud, para lograr la cesación tabáquica, con la finalidad de mejorar la situación sanitaria de una gran parte de la población y que este factor no interfiera con el estado nutricional de las personas, especialmente cuando presentan mayor vulnerabilidad biológica.

Con respecto al consumo de alcohol, si bien el Hospital no brinda este tipo de bebidas, al tratarse de una Institución de "puertas abiertas", las personas que están en condiciones físicas y psíquicas adecuadas pueden, al menos en teoría, adquirirlas en los comercios de la zona aledaña. Al investigar sobre el tipo de bebidas que adquieren, manifestaron que se trataba de vino de baja calidad ya que es el más accesible por su precio. Pese a que el número de personas que admitieron consumir alcohol, representa sólo el 7.5% de la muestra y que no se logró evaluar la real cantidad de dicho consumo, debe considerarse que la ingesta de alcohol es un factor de riesgo en la nutrición de los ancianos ya que, si su ingesta excede 20 % del total de calorías, puede producir un déficit de vitaminas, minerales, y proteínas.⁴⁷ Otros de los factores que interfieren en la alimentación son los físicos, categoría en la que pueden agruparse aquéllos que determinan dificultades en la

45- Fuentes A, Fresno MA; Santander H, Valenzuela S, Gutiérrez MF, Miralles R. Gustatory Sensory Perception: a Review. *Int J Odontostomat* 4:161-168, 2010.

46- Barrera Sotolongo J, Osorio León S. Envejecimiento y nutrición. *Rev. Cubana. Invest. Biomed* 26(1), 2007. Welge-Lüssen A, Dörig P, Wolfensberger M, Krone F, Hummel T. A study about the frequency of taste disorders. *J Neurol* 258: 386-392, 2011.

47- Barrera Sotolongo J, Osorio León S. Envejecimiento y nutrición. *Rev Cubana Invest Biomed* 26, 2007.

masticación (pérdida o ausencia de piezas dentales), xerostomía y otros problemas que afecten la deglución. Estas entidades llevan a que las personas desechen muchos de los alimentos servidos, no pudiendo ingerir todos los nutrientes necesarios, con el riesgo nuevamente de tornar monótona la alimentación o no ser completa en su composición nutricional.

Cabe señalar que la mayoría de los residentes presentaban dentadura completa o tenían prótesis (65,1%), siendo la población masculina la más afectada y dentro de éstos, la peor situación la presentaron los Adultos Mayores Jóvenes (73,9%). Debido a que estas personas, en su mayoría, ingresa a la Institución con un estado de salud general deteriorado, los más “jóvenes” son, precisamente, los que tienen la salud bucal con más afecciones. Se puede inferir que a medida que reciben los tratamientos profesionales adecuados su situación mejora y comienza a disminuir la frecuencia de malnutrición por déficit.

El estado nutricional según las malas condiciones bucodentales, y el porcentaje de malnutrición por déficit (23,7%) verificado en el presente estudio, es relativamente bajo respecto de lo hallado en otros trabajos, donde el rango va desde un 40 a un 45%.⁴⁸ Se ha destacado la asociación entre pérdida de piezas dentales con reposición protésica ausente, tardía o inadecuada y los estados de malnutrición ya que la incapacidad para una masticación adecuada por dichas razones es una situación muy frecuente entre los adultos mayores. Esto lleva a que la selección de alimentos sea limitada, generando un impacto negativo en el estado de salud, de este colectivo. Este estado de malnutrición no se vislumbra solamente en la carencia de las calorías requeridas, sino a drásticos cambios de los hábitos alimentarios de las personas que pueden llevar a estados de desnutrición oculta debidos, entre otros, a la carencia de los micronutrientes, como vitaminas y minerales.

En cuanto a la deglución, en esta población, la mayoría (83,9%), no presentaban ningún tipo de dificultad. El resto de los residentes tenían diferentes grados de xerostomía, manifestando sequedad en la boca y dificultad para ingerir alimentos sólidos sin que se verificara influencias negativas en su estado nutricional. Esto puede atribuirse a que podían deglutir sin problema alimentos de consistencia blanda y húmeda.

Debe insistirse en la importancia de ser muy cuidadoso al momento de planificar la alimentación, porque de no considerar algunos aspectos organolépticos, puede conducir a un riesgo nutricional. La Ley de la Adecuación es fundamental, ya que aquellos residentes con deterioro de la dentición o deglución, requieren una alimentación, con modificación de la textura y de fácil masticación. Estas modificaciones consisten en utilizar los alimentos de consumo habitual, nutritivos, transformándolos por medio de los procesos de cocción, según las distintas necesidades.⁴⁹ Se debe considerar, asimismo, la importancia de la hidratación en especial porque en este grupo etario se pierde paulatinamente el umbral de la sensación de la sed, y esto es un problema que se añade al déficit deglutorio. La recomendación es brindar algún tipo de bebidas o gelatinas, frecuentemente, especialmente en la época estival.

Si bien todos los residentes pudieron reconocer las formas y colores de los alimentos que componían las diferentes preparaciones, el 45,5% manifestó cierta dificultad para hacerlo. Cuando se realizó la adecuada corrección con lentes esta dificultad quedó saldada. En igual sentido que con la salud bucal, el hecho de que sean los agrupados como AMJ los que tengan mayor frecuencia de alteraciones en la visión se explica por el estado de salud general deteriorado que presentan estas personas a su ingreso a la Institución.

48- Mesas AE, Maffei de Andrade SM, Sarria A, Cabrera VL., de Carvalho Bueno R. Salud oral y déficit nutricional en AM no institucionalizados en Londrina, Paraná, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 13: 434 – 445, 2010.

49- Arbones G, Carbajal A, Gonzalvo B y col. Nutrición y recomendaciones para personas mayores. Grupo de Trabajo “Salud Publica” de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). *NutHosp* 18: 109 – 137, 2003

A medida que los diferentes profesionales de la salud introducen las correcciones adecuadas para cada persona, se van solucionando dificultades que podrían interferir en la optimización del estado nutricional de los Adultos Mayores.

La Seguridad Alimentaria de los ciudadanos se alcanza cuando se trabaja mancomunadamente. En este caso particular, la intervención de los distintos profesionales de la Salud, favorece que los residentes puedan satisfacer sus necesidades básicas cuando se mejora su situación sanitaria.

En 2013, la FAO informó que la Argentina se encuentra entre los países que alcanzó la meta de hambre cero superando uno de los objetivos del Desarrollo del Milenio: reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre en el periodo 1990 -2015.⁵⁰ Sin embargo, el país enfrenta una creciente malnutrición por exceso, otro serio problema de inseguridad alimentaria.

En Latinoamérica y el Caribe (LAC), la prevalencia de obesidad en el 2013, alcanzó al 23% de la población, siendo la Argentina uno de los países de Sudamérica que sobrepasa esta media, con una prevalencia del 29%. La estimación de la FAO para el año 2015, es que la prevalencia de malnutrición por exceso alcanzará al 39% del total de la población mayor de 20 años.⁵¹ No obstante ello, se detecta en la población, sobre todo en los niños, carencias de micronutrientes esenciales tales como hierro, calcio y vitaminas, junto con sobrepeso y obesidad, reconocidos factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, fenómeno denominado la paradoja o la doble carga de la malnutrición.⁵² Considerando también el aumento de la expectativa de vida, es necesario remarcar e insistir en aplicar estrategias de educación y comunicación en alimentación y nutrición enmarcadas en políticas de promoción de salud desde los primeros años, para poder optimizar la calidad de vida, ya que existe una correlación directa entre la malnutrición por exceso en los niños, factor de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, y su persistencia en la edad adulta.

El consumo de las preparaciones culinarias de una Institución, se puede medir entre otros parámetros, a través de la aceptación o no del menú ofrecido. Sabiendo que el gusto es una construcción social e individual a la vez, donde actúan diferentes factores que facilitan o no la aceptación de los alimentos, quedó plasmado en este estudio que la respuesta al respecto ha sido heterogénea. De todos modos, ningún residente manifestó no aceptar el menú de manera contundente.

A priori, se podría suponer que distintos factores como la edad, el sexo, las alteraciones en el sentido del gusto, o la variabilidad del menú, podrían influir en la aceptación de los alimentos. No obstante, en este colectivo de adultos mayores institucionalizados no se identificaron diferencias en la aceptación del menú con respecto al sexo. Debe señalarse, asimismo, que la mayoría de los residentes, manifestaron que el menú que se les brindaba era variado, predominando en esto las mujeres (65,8%). En cambio, entre los residentes que lo consideraron poco variado, fue claro el predominio de los varones (71,4%).

Si bien un alto número de residentes (80,3%), manifestaron no poder satisfacer su apetito, esto no se reflejó en su estado nutricional ya no se demostró grandes variaciones entre las distintas categorías, presentándose de forma homogénea la frecuencia de las mismas (Malnutrición por exceso 35,8%, Normopeso 39,6%, Malnutrición por déficit 24,6%). No obstante, por lo numeroso del grupo, este hallazgo merece un análisis porme-

50- FAO. *Hambre en Latinoamérica y el Caribe: acercándose a los objetivos del Milenio. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América latina y el Caribe*. 2013.

51- FAO. *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. "Hambre en LAC: acercándose a los Objetivos del Milenio"*. 2014

52- Borda Pérez M. La paradoja de la malnutrición. *Salud Uninorte Barranquilla (Col.)* 23: 276-291, 2007.

norizado de las razones por las cuales sienten que logran saciarse. No puede descartarse la influencia de factores afectivos tales como marginación, soledad y aburrimiento.⁵³ De todos modos, y de ser necesario, se debería efectuar una rápida y acertada intervención, con la finalidad de evitar el riesgo de desnutrición y la carencia progresiva de los nutrientes críticos en esta edad. En cuanto a la distribución por sexo, no hubo prevalencia de ninguno (50% varones y 50% mujeres), presentándose en cambio un predominio de los más jóvenes, ya que la mitad correspondió a la categoría de AMJ.

Analizando el comportamiento alimentario en cuanto a la ingesta o no de alimentos obtenidos fuera del Hospital, esto apareció reflejado en modificaciones del estado nutricional. En este sentido, tanto la alimentación institucional exclusiva, como la complementación o reemplazo por la alimentación externa, no influyó en la frecuencia de distribución de las distintas categorías nutricionales.

En cuanto al respeto por las preferencias alimentarias, se destaca que la mitad de los residentes expresó que sus preferencias personales no son consideradas por la Institución. Está de manifiesto a lo largo de la investigación, que la relación de la alimentación institucional con los residentes “consumidores” tiene componentes que van más allá de lo meramente biológico. Los factores socio culturales son un componente fundamental a la hora de considerar al adulto mayor como un sujeto que merece una atención oportuna y digna. Hay una disonancia entre el concepto actual de Seguridad Alimentaria aplicado a los Adultos Mayores, más aún si se encuentran en situación de institucionalización, con las directrices políticas que rigen los aspectos técnicos nutricionales de la Institución. Pareciera que el concepto de Seguridad Alimentaria quedara reducido a los controles de riesgo del proceso de producción de los alimentos dentro de un modelo netamente medicalizado faltando uno de atención integrada del adulto mayor que permita el diseño de estrategias de apoyo en lo concerniente a su calidad de vida.⁵⁴

Los menús diseñados e implementados cumplen con los aspectos técnicos nutricionales preestablecidos en los procesos de licitación, para la contratación del servicio de alimentación (máximo de aporte de calorías, proporción de nutrientes, control del número de raciones, alimentación normal y dietoterapia, plan de recetas, etc.), pero se deja de lado el precepto que establece que el derecho a la alimentación no solo comprende la adecuación nutricional sino la aceptación cultural por parte de la persona, sea cual fuera. Esto significa tener en cuenta, en la medida de lo posible, al momento del diseño de un programa alimentario, valores no relacionados con la nutrición, pero que se asocian a los alimentos y al consumo de ellos. Estos valores (percepciones, representaciones, etc.) que hacen de la alimentación un acto sociocultural de gran complejidad, son relevantes al momento del diseño de políticas alimentarias.

La experiencia de disfrutar de los alimentos aceptados culturalmente puede contribuir notablemente a mejora de la calidad de vida y del estado nutricional del residente. La Asociación Dietética Americana (ADA), postula que “la liberación de la dieta en los centros de larga estancia, mejora el status de nutrición y la calidad de vida de los residentes”. Este postulado tiene la fuerza necesaria para analizar nuevas políticas sanitarias en las Instituciones. Para esto el equipo de salud deberá valorar y tener en cuenta las costumbres

53- Cardona JJ, Villamil MM; Eucaris Henao EV, Ángela Quintero AE. Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia, 2007. *RevFacNac Salud Pública* 27: 153-163, 2009.

54- *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia*. María Elena Flores Villavicencio, María Guadalupe Vega López, Guillermo Julián González Pérez (Coordinadores). Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Jalisco. Impreso en México DF, 2011, p. 175.

del AM, sus gustos, situación económica, creencias religiosas y cualquier otro factor que influya en la aceptación o rechazo de los alimentos.^{55 56}

El Estado es quien debe garantizar que las personas puedan ejercer sus derechos. Pero a la vez es el mismo Estado quien puede adolecer de las decisiones políticas acertadas que permitan llevar adelante diferentes planes de acción adecuados a las prioridades de cada una de las poblaciones que conforman el sistema sanitario institucional de la región.

Existe la impresión que la Institución destinada a los Adultos Mayores genera una actitud de “sobrepotección” que limita el potencial de bienestar físico, social y mental de los residentes, disminuyendo la posibilidad de participación, de acuerdo a las necesidades, deseos y capacidades propios de cada uno de ellos.⁵⁷ No es flexible para prestar atención a las demandas alimentaria de los residentes, ubicándolos, en cambio, en el lugar de “objeto de cuidado”, con la imposibilidad de ejercer sus derechos como persona y permitirles acceder a todos los componentes de la Seguridad Alimentaria.

Los adultos mayores son una población de alto crecimiento demográfico, con un aumento de la expectativa de vida. Pero a su vez son un colectivo vulnerable, por las distintas situaciones sociales, culturales, económicas y sanitarias.

En lo que respecta a la salud, por factores biológicos, psicológicos y de estilos de vida, en los adultos institucionalizados hay alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles vinculadas con la alimentación. Los estados de malnutrición son intensamente influidos por la inseguridad alimentaria, el estado de salud, el ambiente sanitario y las prácticas de cuidado.

En la complejidad de la congruencia de factores tan disímiles que permita un estado de Seguridad Alimentaria, se encuentra el desafío de impulsar estrategias de intervención pública, que gestione acciones sanitarias, destinadas al cuidado de los Adultos Mayores Institucionalizados. Estas acciones deberían ser planificadas por los directivos, grupos interdisciplinarios de profesionales y técnicos que conforman la institución facilitando la participación y el protagonismo de los destinatarios, que son en definitiva quienes pueden afirmar los lineamientos que permitan optimizar los recursos y que se cumpla con la finalidad de la alimentación, segura, suficiente, nutricional y adecuada culturalmente.

En relación con las dificultades planteadas, y considerando a la gestión como el desarrollo de capacidades para el manejo de los problemas, donde el énfasis esté en el desarrollo personal, organizacional e institucional de los actores encaminado hacia el logro de la mayor calidad de vida de los adultos mayores, es que surge la necesidad de trabajar e impulsar la Gestión de la Seguridad Alimentaria como una estrategia de intervención a nivel sanitario, que permita cumplir sus objetivos en el cuidado de los adultos mayores. El Estado junto a distintas asociaciones civiles, tienen la ardua tarea de planificar políticas que tengan como objetivo desarrollar actividades que optimice esta gestión sanitaria. A las instituciones educativas del Área Salud les corresponde adecuar la formación de los futuros profesionales de la salud, con el propósito de asegurar que su labor contribuya decididamente a alcanzar la Seguridad Alimentaria de toda la población.

Se trata de impulsar procesos locales de gestión socio – sanitarias, con un significativo ingrediente de participación e inclusión de la comunidad que se encuentra involucrada

55- Reuss Fernández JM. *Recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos. Atención Nutricional en Residencias Geriátricas*. Novartis Consumer Health SA. Barcelona, España. 2004.

56- Fernández Garrido J. *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de la tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba*. [Tesis Doctoral]: Universitat de València. España. 2009. Pp 565.

57- Hernández Zamora Z. La participación del psicólogo en la atención a la salud del adulto mayor. *Enseñanza e Investigación en Psicología* 9: 303-319, 2004.

en el cuidado de los adultos mayores institucionalizados, de manera que el tema de la seguridad alimentaria se constituya en el quehacer cotidiano, implementando tareas acordadas en la institucionalidad local en función de sus misiones, capacidades, especialidades y recursos.

RECOMENDACIONES

El presente trabajo tuvo la finalidad de efectuar el diagnóstico de situación a fin de recabar la información necesaria que sirva de punto de partida para la planificación de estrategias integrales que faciliten a los Adultos Mayores Institucionalizados el ejercicio de su derecho a una alimentación nutricionalmente adecuada y culturalmente aceptable. Si bien la etapa de los Adultos Mayores, presenta cambios fisiológicos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de la alimentación, también hay factores ambientales y aspectos técnicos, sobre los que se debe trabajar en forma integral, con la finalidad de remover obstáculos y alcanzar un estado de Seguridad Alimentaria que no sólo considera los aspectos biológicos, sino los aspectos culturales y sociales. Estos no son aun debidamente considerados en las políticas de alimentación institucional.

En vista que la población de Adultos Mayores se encuentra en franco crecimiento en nuestro país, y que está adoptando un mayor protagonismo, con sus particularidades y demandas específicas, es necesario discutir y redireccionar los lineamientos técnicos que se proponen desde el Estado, donde lo nutricional domina lo alimentario, gestionando líneas integrales de acción comprometidas con el apoyo a la Seguridad Alimentaria, para el beneficio de este colectivo. Es por esto que se realizan las siguientes propuestas:

- Motivar a las Autoridades y al Personal de Salud que se dedica al cuidado de los Adultos Mayores, a incorporar el concepto integral de Seguridad Alimentaria, con la finalidad de optimizar la salud de este sector de la población.
- Crear Programas de Educación y Comunicación Alimentaria y Nutricional, adecuados a los distintos actores involucrados en la alimentación de los AM, principalmente dirigida a todos los Profesionales de Salud y a los mismos AM y sus familiares.
- Coordinar acciones entre los distintos Estamentos Estatales, para modernizar los pliegos técnicos de licitación del Servicio de Alimentación Institucional, donde se incorpore en su plenitud el concepto de Seguridad Alimentaria.
- Incorporar a los Adultos Mayores en el estudio y la toma de decisiones respecto de la alimentación institucional, fomentando su participación especialmente en el momento de seleccionar los tipos de preparaciones que se incorporan en los distintos menús.
- Proponer nuevas líneas de trabajo donde se puedan estudiar con mayor profundidad los aspectos considerados en esta investigación e incorporar otros que sean parte del proceso de alimentación-nutrición de los Adultos Mayores.
- Recopilar datos de otras investigaciones con la finalidad de establecer lineamientos básicos sobre Seguridad Alimentaria adaptados a los Adultos Mayores y que se puedan publicar en formato de Manual, para que sean multiplicados en otras Instituciones especializadas en el cuidado de este colectivo, ya sean de administración estatal o privada.

BIBLIOGRAFÍA

ABELLÁN, A., PUGA, M. (2004). *El proceso de discapacidad. Un análisis de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud*. Alcobendas, Madrid, Fundación Pfizer.

ACOSTA, R. S. (2008). *Evaluación Nutricional de ancianos. Conceptos, métodos y técnicas. Manual para trabajadores del área de Gerontología y Geriátrica*. Ed Brujas. 1ª edición.

Active Life expectancy. INSEE. National Institute of Statistic and Economic Studies.

ARBONES, G., CARBAJAL, A., GONZALVO, B. y col. (2003). Nutrición y recomendaciones para personas mayores. Grupo de Trabajo "Salud Publica" de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). *NutHosp* 18.

BARDASCO GÓMEZ, A., ROMERO DEL SOL, J. (1998). Circunferencia del brazo como evaluadora del Estado Nutricional del Adulto. *Rev cubana Aliment Nutr* 12.

BARJA DE QUIROGA, G. *Envejecimiento y obesidad*. Real Academia Nacional de Farmacia. Farmacia 11 28004. Madrid. España.

BARRERA PAZ, L. (2011). Demografía. El adulto mayor en la estructura poblacional. En: *La salud de los adultos mayores: una visión compartida*. M Quinteros Osorio compiladora. Washington, DC: OPS.

BARRERA SOTOLONGO, J., OSORIO LEÓN, S. (2007). Envejecimiento y nutrición. *Rev cubana Invest Biomed* 26.

BAYARRE VEA, H. D., PÉREZ PIÑERO, J., MENÉNDEZ JIMÉNEZ, J. (2006). *Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la Tercera Edad*. GERINFO. RNPS. 2110. Vol. 1 No. 3.

BEGHIN, I., CAP, M., DUJARDIN, B. (1989). *Guía para evaluar el estado nutricional*. OPS.

BORBA DE AMORIN, R., COHELO SANTA CRUZ, M. A., BORGES DE SAOUZA- JÚNIOR, P., CORREA DA MOTA, J., GONZÁLEZ, C. (2008). Medidas de estimación de la estatura aplicadas al IMC, en la evaluación del estado nutricional de AM. *RevChilNutr* 35.

BORDA PÉREZ, M. (2007). La paradoja de la malnutrición. *Salud Uninorte Barranquilla (Col.)* 23.

CARDONA, J. J., VILLAMIL, M. M.; EUCARIS HENAO, E. V., ÁNGELA QUINTERO, A. E. (2009). Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia, 2007. *RevFacNac Salud Pública* 27.

CARREIRA PARRADO, M., CAL DÍAZ, J. (2005). Evolución del grado de dependencia física en una residencia asistida para personas mayores. *Fisioterapia* 27.

CHAVARRIAGA, L. M. (2008). *Determinantes del riesgo de desnutrición del adulto mayor institucionalizado de la ciudad de Medellín, 2008-2009*. [Tesis de Maestría]. Medellín: Universidad CES.

CHUMLEA, W., ROCHE, A., STEINBAUGH, M. (1985). Estimating stature from knee height for persons 60-90 years of age. *J Am GeriatrSoc*, 33.

COURTIS, C. (2009). El derecho a la alimentación como derecho judicial. En: *La protección judicial de los derechos sociales*. Editores: Curtis C, Avila Santamaría R. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, República Argentina. Quito, Ecuador.

CUERVO ZAPATEL, M., MUÑOZ HORNILLOS, M., ASTIASARÁN ANCHÍA, I., MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, J. A. (2004). *Alimentación Hospitalaria. Dietas Hospitalarias*. Ed Dos Santos, 1ª edición, Madrid. España.

DE GIROLOAMI, D. H. (2003). *Fundamentos de Valoración Nutricional y Composición Corporal* (Capítulo 17). Ed El Ateneo.

DÍAZ SÁNCHEZ, M. E. (2001). *Predicción de la estatura adulta a partir de proporciones corporales*. [Tesis Máster en Antropología]. Universidad de La Habana, Cuba.

FAO. (2004). *Perfil del Proyecto de Gestión de Seguridad Alimentaria y Disminución de la Pobreza*. Comunidad Andina. TCP/RLA/2909(F). Quito Ecuador.

FAO. (2006). *El Derecho a la Alimentación en la Práctica. Aplicación a Nivel Nacional*. Roma.

FAO. (2010). *La comunicación para el Desarrollo ante los desafíos del Cambio Climático, Manejo de Recursos Naturales, Gestión de Riesgos y Seguridad Alimentaria*. Roma Italia.

FAO. (2013). *Hambre en Latinoamérica y el Caribe: acercándose a los objetivos del Milenio*. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América latina y el Caribe.

FAO. (2014). *Hambre en LAC: acercándose a los Objetivos del Milenio*. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe.

FAUSTO, J. (2004). *Perfil del Proyecto Gestión de la Seguridad Alimentaria y Disminución de la pobreza. Estrategias e instrumentos para mejorar la seguridad alimentaria en los países de la Comunidad Andina*. FAO. Quito, Ecuador.

Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo. FELANPE. *Evaluación del Estado Nutricional en pacientes hospitalizados. Revisión y unificación de conceptos*.

FERNÁNDEZ DÍAZ, I. E., MARTÍNEZ FUENTES, A. J., GARCÍA BERTRAND, F., DÍAZ SÁNCHEZ, M. E., XIQUÉS MARTÍN, X. (2005). Evaluación nutricional antropométrica en ancianos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 21.

FERNÁNDEZ GARRIDO, J. (2009). Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de la tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba. [Tesis Doctoral]. Universitat de València. España.

FLORES VILLAVICENCIO, M. E., VEGA LÓPEZ, M. G., GONZÁLEZ PÉREZ, G. J. (COORDINADORES). (2011). *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia*. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Jalisco. Impreso en México DF.

FUENTES, A., FRESNO, M. A., SANTANDER, H., VALENZUELA, S., GUTIÉRREZ, M. F., MIRALLES, R. (2010). Gustatory sensory perception: A review. *Int J Odontostomat* 4.

GARCÍA PERIS, P., SERRA, J. A., SERRA REXACH, J. A. (2004). Valoración del Estado Nutricional y Valoración Geriátrica Integral. En: *Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos*. Gómez Candela, C. y Reus Fernández, J. M., editores. Ed. Médicos SA.

GEO Salud. (2009). *Metodología para una evaluación integrada de medio ambiente y salud. Un enfoque en América Latina y el Caribe*. PNUMA/OPS.

GÓMEZ CANDELA, C. Y REUS, J. M. (Coord.). (2004). *Manual de Recomendaciones Nutricionales en Paciente Geriátricos*. Novartis Consumer Health SA. Barcelona.

GONZÁLEZ VÁZQUEZ, T., MÁRQUEZ SERRANO, M., TREVIÑO SILLER, S., JESICA GÓMEZ-JAUREGUI, S., PELCASTRE-VILLAFUERTE, B. E. (2010). La capacidad de las Organizaciones de la Sociedad Civil para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores: un estudio cualitativo en zonas urbanas empobrecidas de México. *Salud Colectiva* 60.

GRACIA GUILLEN, D. (2002). De la Bioética clínica a la Bioética global. *Acta bioeth* 8.

GUTIÉRREZ REYES, J. G., SERRALDE ZUÑIGA, A., GUEVARA CRUZ, M. (2007). Prevalencia de desnutrición del adulto mayor al ingreso hospitalario. *NutrHosp* 22.

HERNÁNDEZ ZAMORA, Z. (2004). La participación del psicólogo en la atención a la salud del adulto mayor. *Enseñanza e Investigación en Psicología* 9.

Instituto Provincial de Estadística y Censo (IPEC). (2001). *Censo de Población, Hogares y Viviendas*.

Instituto de Estadística y Censo Provincial (IPEC). (2011). *Estudio en base a los datos del Censo 2010: Envejecimiento de la población por Departamentos*. Santa Fe. Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado. Gobierno de la provincia de Santa fe.

Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC). (2001). *Censo de Población, Hogares y Viviendas*.

Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC). (2010). *Censo de Población, Hogares y Viviendas*.

Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC). Sistema de Estadísticas Sociodemográficas (SESD). *Adultos Mayores. Definiciones y conceptos*.

KATZ, S., BRANCH, L. G., BRANSON, M. H., PAPSIDERO, J. A., BECK, J. C., GREER, D. S. (1983). Active life expectancy. *N Engl J Med* 309.

Leyva Salerno, B. M. (2008). *Movilidad, equilibrio y caídas en los adultos mayores*. GERONINFO. RNPS 2110 Vol 3 N° 2.

MARTÍNEZ ORTEGA, M. P., POLO LUQUE, B., CARRASCO FERNÁNDEZ, B. (2002). Visión histórica del concepto de vejez desde la Edad Media. *Cultura de los Cuidados* 6.

MARTÍNEZ, S. M. (2006). Los médicos se enfrentan al problema complejo de alimentación y la salud. En: *Autonomía de Recursos y Soberanía Alimentaria*. Foro Social del Cono Sur de la Tierra y la Alimentación. Compilador JJ Borrell. UNR Editora. Rosario.

MARTÍNEZ, S. M. (2009a). *La alimentación humana: desde la evolución biológica al derecho a la salud y a la seguridad alimentaria*. [Ponencia]. 2º Congreso Argentino-Latinoamericano de Derechos Humanos. Universidad Nacional de Rosario.

MARTÍNEZ, S. M. (2009b). La alimentación humana: Una perspectiva biológica y médica (Editorial). *Medicina (B Aires)* 69.

MESAS, A. E., MAFFEI DE ANDRADE, S. M., SARRIA, A., CABRERA, V. L., DE CARVALHO BUENO, R. (2010). Salud oral y déficit nutricional en AM no institucionalizados en Londrina, Paraná, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 13.

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación y OPS. (2012). *Indicadores Básicos Argentina 2011. (actualizado)*.

MORÓN, C. (1995). Elementos de estrategias para elaborar un plan de acción sobre Seguridad. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. 45.

MUÑOZ, O., GARCÍA PEÑA, C. Y DURÁN, L. (2004). *La Salud del Adulto Mayor. Temas y Debate*. Instituto Mexicano de Seguro Social. México DF.

NOVELO DE LÓPEZ, H. (2005). *Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década*. XVIII Congreso Nacional de AMNFEM. Edición Especial.

Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey. México.

OEPPEL, J., PAUPEL, J. W. (2002). Broken limits to life expectancy. *Science* 296.

OMS. (2000). *Hombres, Envejecimiento y Salud. Conservar la salud a lo largo de la vida*. Grupo de estudio de Enfermedades No transmisibles y Salud mental. Ginebra.

OMS. (2009). *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable*. Resolución N° 144.

ONU. Asamblea General. (2000). Declaración de Derechos Humanos. El derecho a la alimentación. Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2000/10. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Ginebra.

OPS /OMS. (2017). *Agenda de Salud para las Américas. 2008 – 2017*.

OPS/OMS. *Situación de Salud en las Américas. Indicadores 2011. Agenda de Salud 2009-2018*.

PAIVA, M., ABAJO, V. (2011). Derecho a la Alimentación (Capítulo 3). En: *Seguridad y Soberanía Alimentaria*. Ed. Gorban, K et al. 1ª edición. Bs As.

Red de Desarrollo Cultural de los Adultos Mayores de Iberoamérica. (Octubre 2004). *Situación Actual de los Adultos Mayores en Argentina*.

REUSS FERNÁNDEZ, J. M. (2004). *Recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos. Atención Nutricional en Residencias Geriátricas*. Novartis Consumer Health SA. Barcelona, España.

RIBERA CASADO, J. M. (2004). *Envejecimiento*. Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.

ROBERT, L., ROBERT, A. M., FÜLÖP, T. (2008). Rapid increase in human life expectancy: will it soon be limited by the aging of elastin. *Biogerontology* 9.

RODRÍGUEZ, N. G., HERRERA, H. A., LUQUE, M. C., HERNÁNDEZ, R. A., HERNÁNDEZ DE VALERA, Y. (2004). Caracterización antropométrica de un grupo de adultos mayores de vida libre e institucionalizados. *RevAntropol* 8.

ROSE, M., RASER, C., MUELLER, M. (2005). Late Life: A new frontier for physiology. *PhysiolBiochemi Zool* 78.

SAEIDLOU, S. N., MERDOL, T. K., MIKAILI, P., BEKTA, Y. (2011). Assessment of the nutritional status and affecting factors of elderly people living at six nursing home in Urmia, Iran. *Int J Acad Res* 3.

SALVADOR, G., PALMA, I., PUCHAL, A., VILA, M. C., MISERRACHS, M., ILLAM, M. (2006). Entrevista Dietética. Herramientas útiles para recogida de datos. *RevMedUniv Navarra* 50.

SENDERY, S. *Evaluación del Estado de Nutrición del Anciano*. XIII Congreso Argentino de Nutrición. Sociedad Argentina de Nutrición.

SILVA LIRA, I. (2003). *Metodología para la elaboración de estrategias de desarrollo local*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). CEPAL – ONU. Santiago de Chile.

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2011). *Manual de Residente en Geriatria*. Madrid España.

STAFFOLANI, C., ORLANDO, M., ENRIA, M. G. (2006). Adultos mayores. Situación Actual y perspectivas futuras. *Rev. Mult. Gerontol.* 16.

TORRADO, S. (2004). *Escenarios demográficos hacia 2025*. Informe preparado para el Programa de Estudios Prospectivos de la Secretaría para la Ciencia, la Tecnología y la Innovación Productiva (SECTIP).

United Nations Population Division. (2005). *World Population Prospects: The 2004 Revision*, New York: United Nations.

VILLAGRÁN, E. M. (1996). *Enfoque antropológico de los problemas nutricionales*. Kallawaya Nueva Serie nº3, La Plata – Salta, Argentina.

WELGE-LÜSSEN, A., DÖRIG, P., WOLFENBERGER, M., KRONE, F., HUMMEL, T. (2011). A study about the frequency of taste disorders. *J Neurol* 258.

WHO. (2011). *World Population Prospects. Economic & Social Affairs. The 2010 Revision*. Highlights and Advance Tables. New York.