



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES DEL SUR

*Documento de Trabajo Proyecto Unidad Ejecutora
"Inclusión social: innovaciones y políticas públicas. Un análisis regional"
Nº 9*

Salud y vulnerabilidad en el adulto mayor. Aproximaciones conceptuales.

Autores:

Gisela González

Emiliano Gutiérrez

María Florencia Arnaudo

01/08/2018

Salud y vulnerabilidad en el adulto mayor. Aproximaciones conceptuales¹

Resumen

La adultez mayor como fenómeno social puede analizarse utilizando tres enfoques alternativos: de la desigualdad, de la dependencia y de la vulnerabilidad. En este trabajo, se estudiará el enfoque de la vulnerabilidad en tanto concepto multidimensional y dinámico puntualizando en la dimensión salud y en la población adulta mayor. Para lograr este objetivo, en una primera sección se reseña el concepto de vulnerabilidad, describiendo los diversos tipos de vulnerabilidad existentes y enfatizando en el concepto y dimensiones de la vulnerabilidad social; luego, en un segundo apartado, se define la vulnerabilidad en salud para finalizar considerando esta dimensión en la población adulta mayor.

Introducción

El número de personas que en el mundo supera la edad de 60 años, ascendió en el año 2014 a 650 millones y se estima que, para el año 2025, existirán alrededor de 2.000 millones de ancianos. Esto obedece a un proceso de transición demográfica según el cual los grupos de edades maduras y longevas crecen debido a que, el desarrollo socioeconómico de los países permite una mayor cobertura de servicios de salud y el progreso de la ciencia y la investigación en salud junto con la incorporación de hábitos y comportamientos saludables implican el aumento de la esperanza de vida al nacer (Guerrero y Yépez, 2015). Entre los países con esta transición demográfica avanzada se encuentran, por ejemplo, Japón, Italia y Grecia. En América se observa el caso de Argentina, Bahamas, Barbados, Canadá, Chile, Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Puerto Rico y Uruguay, entre otros. El reto social que el proceso de transición demográfica representa para las naciones, se relaciona con las grandes necesidades que genera desde el punto de vista económico, biomédico y social

¹ Este trabajo se desarrolla en el marco de dos proyectos de investigación titulados: i) “Cobertura Universal en Salud” financiado por la Universidad Nacional del Sur, y ii) “Inclusión social sostenible: Innovaciones y políticas públicas en perspectiva regional”, Proyecto Unidad Ejecutora financiado por el Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (UNS-CONICET) del CONICET.

(Alonso et al, 2007). El incremento en la población de adultos mayores tiene repercusiones considerables en el funcionamiento de las estructuras sociales, que se expresan principalmente en los sistemas de jubilación y pensión, aporte de ingresos, distribución de tareas dentro de las familias y un aumento en la necesidad de asistencia médica, psicológica y socioeconómica. Este fenómeno debe ser entendido como una profunda transformación de la sociedad al involucrar aspectos tan variados y complejos, que obligan a realizar un replanteamiento de las relaciones familiares, necesidades culturales y materiales, desafiando las capacidades estructurales y funcionales de todos los agentes sociales involucrados (Egan, 2000).

Como objetivo general del presente trabajo se plantea analizar la vejez en su condición de fenómeno social complejo utilizando el enfoque de la vulnerabilidad. Para lograr este objetivo en una primera sección se describe el concepto de vulnerabilidad, y los diversos tipos de vulnerabilidad existentes y enfatizando en el concepto y dimensiones de la vulnerabilidad social; luego, en un segundo apartado se define la vulnerabilidad en salud considerando esta dimensión en la población adulta mayor; para finalizar estableciendo lineamientos básicos de políticas públicas en salud vinculadas a asegurar la protección del adulto mayor.

Vulnerabilidad: Origen del concepto y su dimensión social

Para poder comenzar el estudio de la vulnerabilidad resulta necesario analizar su origen etimológico. Se trata de una palabra que puede desagregarse en las siguientes expresiones del latín: *vulnus* (que significa “herida”); *abilis*, (“poder de”); y “*dad*” (que significa “cualidad”). Es decir, puede entenderse la vulnerabilidad como la cualidad de alguien para resultar herido (Araujo González, 2015).

Existen distintas definiciones del término vulnerabilidad. Villa (2001) caracteriza a las personas vulnerables como aquellas que, por distintos motivos, no tienen desarrollada la capacidad para prevenir, resistir y sobreponerse de un impacto y, por lo tanto, se encuentran en situación de riesgo. Según lo señalado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), la vulnerabilidad surge debido a la exposición a riesgos junto con la incapacidad

para enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse activamente a sus consecuencias (CEPAL-ECLAC, 2002).

Perona et al, (2001) entienden a la vulnerabilidad como la variedad de situaciones intermedias por las cuales se está en riesgo de ingresar al espacio de exclusión. Lafuente Lechuga y Faura Martínez, (2012) definen a la vulnerabilidad como la incapacidad de adaptarse activamente en caso de materialización efectiva de la exclusión. En este sentido, la vulnerabilidad comprende la capacidad de cada unidad de referencia (persona, hogar, comunidad, región, país, etc.) para enfrentarse a la exclusión, dando cuenta de los procesos históricos y la posibilidad de sufrir carencias en el futuro.

De esta forma un concepto que se desprende de la vulnerabilidad y que debe ser correctamente diferenciado, es el de exclusión. Hernández Pedreño (2010) considera que esta última debe ser entendida como un *proceso dinámico*, cuya explicación es *multicausal*, manifestándose en diversas dimensiones (salud, educación, ingresos, entre otras), lo cual conlleva a que el mismo sea *heterogéneo* y de carácter *estructural*. El concepto de vulnerabilidad es también *multidimensional* y *dinámico*, y debe entenderse como una zona intermedia entre la integración y la exclusión social (Ramasco-Gutiérrez et al, 2017).

No obstante, debe señalarse que tanto los individuos vulnerables como aquellos excluidos se exponen a una condición social de riesgo, de dificultad, que inhabilita e invalida tanto en el presente como en el futuro la satisfacción de su bienestar, de su subsistencia y calidad de vida (Perona et al, 2001).

Lis y Vecslir (2010) señalan que la presencia de vulnerabilidad responde a transformaciones económicas que actúan sobre la estructura social, determinándola y modificándola. Esta situación de privación se traduce en ausencia de posibilidades para poder alimentarse bien, habitar una vivienda y usar vestimenta adecuada, acceder a la educación y a servicios de salud, ejercitar la participación política y, acceder a un empleo digno.

En este sentido, Wilches-Chaux (1989) sostiene que la vulnerabilidad puede ser de distintos tipos: i) Vulnerabilidad Natural, ii) Vulnerabilidad Física, iii) Vulnerabilidad Económica, iv) Vulnerabilidad Social, v) Vulnerabilidad Política, vi) Vulnerabilidad técnica, vii) Vulnerabilidad ideológica, viii) Vulnerabilidad educativa, ix) Vulnerabilidad Cultural, x) Vulnerabilidad ecológica, y xi) Vulnerabilidad Institucional.

En particular la *vulnerabilidad social* es definida por la CEPAL como aquella relacionada con los grupos socialmente vulnerables, cuya identificación obedece a diferentes criterios: algún factor contextual que los hace más propensos a enfrentar circunstancias adversas para su inserción social y desarrollo personal, el ejercicio de conductas que entrañan mayor exposición a eventos dañinos, o la presencia de un atributo básico compartido (edad, sexo, condición étnica) que se supone les confiere riesgos o problemas comunes (Pizarro Hofer, 2001) Como señaló Hurst (2013), la protección de los individuos vulnerables requiere un enfoque de diagnóstico que incluye identificar el mal que los afecta, la fuente de vulnerabilidad y las protecciones existentes, así como identificar a las personas que participan en el deber de protección de los vulnerables.

La población adulta mayor enfrenta una serie de factores de riesgo que potencian su situación de vulnerabilidad dentro del contexto social sobre el cual se posicionan. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (1995) los ubica entre los más desprotegidos a nivel global. El primer factor es su edad, desde el punto de vista fisiológico, los individuos con la edad acumulan situaciones que los van haciendo gradualmente dependientes; por ejemplo, la disminución de la fuerza física y de algunas capacidades como la visual, auditiva, cognitiva que le impiden tener una vida independiente. Desde el punto de vista económico, la disminución o pérdida de un ingreso tiene como consecuencia la pérdida de la capacidad de respuesta a cualquier contingencia, hasta la más básica como lo es comer y vestir, o más grave como pagar medicamentos en caso de enfermedad. Desde el punto de vista antropológico, el ser anciano en las sociedades modernas es casi sinónimo de pérdida. La sociedad reconoce y valora lo joven, la estética, lo material; el adulto mayor tiene, por tanto, un lugar misericordioso, despierta sentimientos

de pena e incluso de culpabilidad. Como se puede ver, factores de riesgo individuales se suman a otros definidos por el entorno político, económico, social y cultural (Caro, 2003).

El concepto de *salud* ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (1948) como el bienestar físico, psicológico y social completo y no sólo la ausencia de enfermedad. La salud debe ser considerada como un proceso, en el cual se interrelacionan diversos factores. Es decir, la dimensión social se reconoce hoy como un componente central para el mejoramiento continuo de la salud y el bienestar de cualquier población. Por esto, al hablar de vulnerabilidad social, se incluye también la *vulnerabilidad en salud*.

Vulnerabilidad en Salud

La vulnerabilidad en salud se entiende como la desprotección que sufren algunos individuos o grupos de personas ante daños potenciales a su salud (Juárez-Ramírez et al, 2014; Shi y Stevens, 2005). La población vulnerable incluye personas bajo niveles de pobreza, enfermos crónicos, discapacitados, madres adolescentes y sus hijos, adultos mayores, inmigrantes y refugiados, personas con trastornos mentales y del comportamiento, individuos sin empleo, personas con poca educación, con bajo capital social, niños, entre otros (Leight, 2003). No obstante, es posible dividir a estos individuos según el tipo de vulnerabilidad que sufren que, a su vez, implica distintos tipos de necesidades sanitarias. Así es posible distinguir entre tres categorías: i) física, ii) psicológica y iii) social. Entre aquellos con necesidades físicas se incluyen madres e infantes de alto riesgo, enfermos crónicos² y discapacitados. El grupo que experimenta necesidades de tipo psicológicas comprende a personas con trastornos mentales crónicos sobre todo aquellos que no logran acceder a los servicios de salud mental por atravesar una situación de pobreza. Respecto a las necesidades de tipo social se incluyen a las personas que viven en familias abusivas, las personas sin hogar, inmigrantes y refugiados (“Vulnerable people”, 2006).

Según Ponce (2015), la vulnerabilidad en salud puede ser explicada por una de las siguientes dimensiones o una combinación de ellas:

² enfermedades respiratorias, diabetes, hipertensión, dislipidemia, enfermedad cardíaca, personas con HIV.

- La *dimensión administrativa* relacionada con la dificultad que presenta la organización de los servicios de salud. Por ejemplo: horarios de atención, frecuencia de los turnos, listas de espera, entre otras.
- La *dimensión económica* vinculada con la capacidad de los individuos para costear la asistencia. Se relaciona con la falta de recursos para acceder tanto a medicamentos como al centro de salud. Esto ocasiona falta de continuidad de los tratamientos, retrasos en la obtención de atención y opciones limitadas sobre dónde y de quién puede recibir la atención, entre otros inconvenientes.
- La *dimensión cultural* referida a las diferencias culturales que existen entre los profesionales sanitarios y los pacientes, que en ocasiones constituye un obstáculo para la comunicación oral y/o escrita. Las dificultades de comunicación frecuentemente se asocian con el nivel educativo de un individuo, su idioma, su condición de salud o discapacidad física o mental, entre otros. Las personas que experimentan inconvenientes a la hora de comunicarse se ven muchas veces imposibilitados para expresar preferencias de tratamiento, proporcionar consentimiento informado, obtener servicios que sean consistentes con sus normas culturales, encontrar profesionales que comprendan sus preocupaciones particulares, resolver problemas, y comprender o cumplir con las opciones de tratamiento, entre otros.
- La *dimensión física o geográfica* vinculada con la ubicación de los centros de atención de la salud que representa una barrera para los usuarios, ya sea por las grandes distancias que deben recorrer desde sus hogares hasta los puntos de atención, como así también por los medios que utilizan para trasladarse, las condiciones de los caminos, entre otros. Asimismo, la ubicación geográfica de los individuos puede aumentar la exposición a riesgos ambientales (como condiciones deficientes de saneamiento, exposición a pesticidas, contaminación auditiva, etc.), riesgos de seguridad (como los peligros del tráfico), riesgo de exposición a factores estresantes sociales y psicológicos (como el miedo al delito) y falta de apoyo a los servicios sociales (como servicios educativos) que contribuyen a crear dificultades para acceder a los servicios de salud.

Es posible incorporar otra dimensión relacionada con el aspecto *social* (Agency for Healthcare Research and Quality, 1998). Existen diferencias significativas en el tratamiento de los individuos por raza, origen étnico, sexo y edad. Las mismas se manifiestan no solo en los patrones de tratamiento, sino también en los indicadores del estado de salud. Las razones subyacentes de estas diferencias pueden, en parte, atribuirse a la discriminación, factores culturales u otras causas. La edad también está asociada con la vulnerabilidad. Los adultos mayores, por ejemplo, tienen necesidades de atención médica únicas debido no solo a la mayor incidencia de enfermedades y discapacidades, sino también a las interacciones múltiples y complejas de las consecuencias físicas y sociales del envejecimiento (OMS, 2004).

Vulnerabilidad en salud adulto mayor

Según Chong Daniel (2012), la salud de los adultos mayores se ve determinada por dos tipos de factores:

- Factores intrínsecos: Proviene del interior de la persona obedecen a causas genéticas, y ejercen influencias en los procesos que determinan la duración de la vida.
- Factores extrínsecos: Actúan desde las edades más tempranas de la vida, algunos ejemplos son el estrés, la dieta, el sedentarismo, el consumo de tabaco, las condiciones ambientales a las que se encuentra expuesto el individuo, las situaciones familiares que afectan a su psiquis, entre otros. En otras palabras, los entornos físicos y sociales revisten gran importancia, en particular las viviendas, vecindario y comunidades, así como las características personales de los individuos, como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico.

Por su parte, Monod y Sautebin (2009), estudian la vulnerabilidad en salud dentro de los adultos mayores a partir de cuatro aspectos interrelacionados

- La *dependencia funcional*, entendida como la incapacidad del realizar ciertas actividades físicas o mentales dando lugar a la dependencia hacia otros.

- La *pérdida de autonomía* por la cual el individuo se encuentra impedido y/o imposibilitado de tomar decisiones por sí mismo.
- La *precaridad social*, en la que se distinguen dos aspectos fundamentales: el aislamiento social y la pobreza. El primero de ellos alude a la ausencia de relaciones intra e intergeneracionales que puedan brindarles cuidados o atenciones. En cuanto a la pobreza, la misma puede ser comprendida como la imposibilidad de contar recursos necesarios para acceder a una vida digna (Monod y Sautebin, 2009; Perona et al 2001). De esta manera en el caso del adulto mayor la situación de pobreza repercutiría en dificultades en el acceso a la salud y las posibilidades de poseer un flujo de ingreso necesario para una adecuada subsistencia.
- Las *barreras en el acceso a los cuidados médicos sanitarios*, es también otro aspecto que puede profundizar la situación de vulnerabilidad en salud para el adulto mayor. Que una persona longeva requiera cuidados, no asegura de ninguna forma que el mismo sea efectivamente brindado ya sea de manera formal o informal.

Los adultos mayores experimentan múltiples cambios orgánicos respecto al resto de los individuos. En relación a lo estrictamente biológico sufren alteraciones a escala celular y molecular, en órganos y tejidos. También están expuestos a cambios bioquímicos que afectan las capacidades de adaptación, recuperación y defensa del organismo. Como consecuencia padecen problemas de salud física tales como mayor frecuencia de enfermedades crónicas³, mayor tendencia a la disfunción y la discapacidad; presencia frecuente de más de una patología. El envejecimiento también se refleja sobre las distintas funciones psicológicas; dentro de estas se incluyen las formas en que estos individuos perciben la realidad, las relaciones con sí mismos y con los demás, entre otras. En este punto resulta necesario enfatizar que la ausencia de relaciones sociales por parte de los adultos mayores, tendrá como contrapartida consecuencias psicológicas vinculadas a la depresión, soledad y ansiedad (Eva, et al, 2015; Monod y Sautebin, 2009; Van Eeuwijk, 2006). En el orden intelectual comienzan a deteriorarse la atención y la concentración, se inician fallos en la memoria, y se dificulta o atenúa la velocidad de reacción (Espinoza, 2005). Este deterioro gradual de las condiciones de salud física y mental conduce, de no

³ hipertensión arterial, diabetes mellitus, entre otras

mediar intervenciones específicas, a limitaciones funcionales y pérdida de autonomía (Albala et al, 2011).

La vulnerabilidad en salud del adulto mayor surge tanto a partir de la falta de protección de este grupo ante los problemas de salud típicos de la edad como de las desventajas que enfrentan para resolverlos, en comparación con otros grupos etarios (Juárez-Ramírez, 2014). Las causas de este problema de salud pública son muchas y de diversa índole. Así los adultos mayores a menudo no logran acceder a la atención de la salud por cuestiones de transporte ya sea por falta de recursos monetarios o por la imposibilidad de acceder a un medio de transporte adecuado. Asimismo, en caso de lograr trasladarse a los centros de atención deben hacer fila y esperar para poder ser atendidos por un especialista. Pueden tener dificultades para completar los formularios requeridos por el personal administrativo. Luego de la espera, puede que los atienda solo unos minutos un profesional clínico que, muchas veces no posee el entrenamiento geriátrico necesario para llegar al diagnóstico correcto o recetar el tratamiento adecuado. No siempre pueden hacerle frente al costo de los medicamentos prescritos ni entender su acción terapéutica, dosificación, efectos secundarios a notificar, etc. (OMS, 2016; Juárez-Ramírez, 2014). Van Eeuwijk (2006) señala que las consecuencias de la vulnerabilidad en salud dentro de la vejez pueden abarcar desde un creciente malestar hasta una temprana muerte.

Recomendaciones de política

Es necesario que los países enfoquen sus políticas públicas en modificar los determinantes sociales de la salud (DSS) y elaboren políticas de salud que estén en sintonía con las necesidades locales y tengan en cuenta a los grupos sociales más vulnerables (UNICEF y OMS, 2013). En particular, respecto a los adultos mayores la OMS (2001) ha propuesto una estrategia y plan de acción sobre el envejecimiento y la salud que incluye:

- Compromiso con un envejecimiento saludable: Exige una sensibilización con respecto al valor del envejecimiento saludable y un compromiso y medidas sostenibles para formular políticas de base científica que refuercen las capacidades de las personas mayores.

- Alineamiento de los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores: Los sistemas de salud deben organizarse mejor en torno a las necesidades y las preferencias de las personas mayores. Para lograr este objetivo es necesario mejorar el acceso a los servicios de salud, capacitar profesionales de la salud en gerontología y promover el uso preventivo de los servicios médicos desde edades tempranas (Juárez-Ramírez, 2014)
- Cobertura Sanitaria Universal (CUS): La CUS requiere que todos los individuos puedan utilizar los servicios de salud (de promoción, preventivos, curativos, rehabilitación, paliativos) que necesitan, asegurando estándares de calidad adecuados que garanticen su eficacia, sin que experimenten penurias financieras para obtenerlos. Esta definición involucra objetivos independientes, aunque relacionados entre sí: i) la equidad en el acceso a los servicios de salud, garantizando que todos los habitantes puedan acceder a servicios de salud de calidad de acuerdo a sus necesidades independientemente de su capacidad de pago (lo cual requiere de una discriminación positiva en favor de los individuos con mayores necesidades) y ii) la protección contra los riesgos financieros de la enfermedad, asegurando que el costo de los servicios utilizados no ponga en riesgo la situación financiera de los usuarios (Yates y Humphreys, 2013).
- Creación de entornos adaptados a las personas mayores: Ello exige adoptar medidas para combatir la discriminación por razones de edad, permitir la autonomía y apoyar el envejecimiento saludable en todas las políticas y en todos los ámbitos de gobierno.

Por otra parte Lacour (2009), resalta la necesidad de existencia de un marco legal que reconozca la protección hacia el adulto mayor para evitar la pérdida de autonomía por parte de los mismos.

Conclusiones

La vulnerabilidad social es un proceso dinámico en el cual intervienen una serie de determinantes sociales que interactuando en conjunto o aisladamente ubican a determinado grupo poblacional en situación de desprotección y desventaja en comparación con otros

grupos. Algunos de dichos determinantes corresponden a los ingresos bajos, el desempleo, la discriminación de género y los bajos niveles de escolaridad. Así la vulnerabilidad no es un estado permanente que caracterice a ciertos grupos en particular (Juárez-Ramírez et al, 2014). En este contexto, los adultos mayores debido a: sus condiciones biológicas y sociales que los exponen a situaciones de riesgo, a la carencia de recursos económicos, de lazos sociales y, por otro a la dependencia funcional propia de su edad, son considerados vulnerables (Guerrero y Yepes, 2015).

Los individuos considerados vulnerables en la dimensión salud son aquellos que sufren cierta desprotección ante daños potenciales a su salud. Los factores que determinan esta vulnerabilidad se relacionan con la presencia de pobreza, enfermedades crónicas, inmigrantes, trastornos mentales, adicciones, entre otros factores. En particular en el adulto mayor la vulnerabilidad en salud se relaciona con cuatro aspectos interrelacionados: la dependencia funcional, la pérdida de autonomía, la precariedad social y las barreras al acceso de cuidados médicos.

El alcance de las oportunidades de una mayor longevidad depende, en gran medida, de un factor clave: la salud. El envejecimiento de la población exige, por consiguiente, una respuesta integral de salud pública (OMS, 2016). En este contexto es necesario que las políticas públicas apunten a revertir o al menos mitigar aquellos factores que tornan a la población vulnerable. Estas políticas deben abarcar los siguientes aspectos: i) Mejorar el acceso a los servicios de salud, ii) Fortalecer la atención primaria de salud, iii) Elaborar políticas públicas inclusivas, iv) Generar lazos con las organizaciones de la sociedad civil, v) Fomentar redes de apoyo social, vi) Incorporar las recomendaciones de organismos internacionales, vii) Generar en los centros de atención primaria un enfoque intercultural, viii) Implementar políticas intersectoriales, ix) Capacitar profesionales de la salud en gerontología, x) Promover el uso preventivo de los servicios médicos desde edades tempranas (Juárez- Ramírez et.al, 2014; Salgado-de Snyder y Wong, 2007).

Referencias bibliográficas

- Agency for Healthcare Research and Quality (1998). Chapter eight: Focusing on Vulnerable Populations [Archive]. Recuperado de <https://archive.ahrq.gov/hcqual/meetings/mar12/chap08.html>
- Albala, C., Sánchez, H., Lera, L., Angel, B., & Cea, X. (2011). Efecto sobre la salud de las desigualdades socioeconómicas en el adulto mayor: Resultados basales del estudio expectativa de vida saludable y discapacidad relacionada con la obesidad (Alexandros). *Revista médica de Chile*, 139(10), 1276-1285.
- Alonso Galbán, P., Sansó Soberats, F. J., Díaz-Canel Navarro, A., Carrasco García, M., & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista cubana de salud pública*, 33(1).
- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Chile: CEPAL.
- Araujo González, R. (2015). Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿ dos conceptos concomitantes?. *Revista Novedades en Población*, 11(21), 89-96.
- Caro, E. (2003, July). La vulnerabilidad social como enfoque de análisis de la política de asistencia social para la población adulta mayor en México. In *Simposio viejos y viejas participación, ciudadanía e inclusión social*; Santiago de Chile (pp. 14-18).
- CEPAL-ECLAC. (2002). Vulnerabilidad Sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Brasil: CEPAL.
- Chong Daniel, A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de medicina general integral*, 28(2), 79-86.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1995). Observación general No. 6. Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores. Ginebra: ONU.
- Egan, L. A. V. (2000). Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. *Revista del Hospital General Dr. Manuel Gea González*, 3(3), 107-114.
- Espinoza, P. (2005). Autopercepción y Nivel De Satisfacción Necesidades Afectivas, Adultos Mayores Institucionalizados Comuna De Santiago (Doctoral dissertation, Tesis para optar al grado de Licenciado en Trabajo Social. Universidad academia de humanismo cristiano. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/123456789/177/1/ttraso140.pdf>).

- Eva, G., Elisa, M., Piera, B., Lyrakos, D. G., & Luca, R. (2015). ScienceDirect Quality Of Life In The Third Age: A Research On Risk And Protective Factors. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 187(187), 217–222. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.041>
- Guerrero R, & Yépez-Ch, M. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad y Salud*, 17(1), 121-131.
- Hernández Pedreño, M. H. (2010). El estudio de la pobreza y la exclusión social. Aproximación cuantitativa y cualitativa. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 24(3), 25–46.
- Hurst, S. (2013). Protecting vulnerable persons: an ethical requirement in need of clarification. *Revue medicale suisse*, 9(386), 1054-1057.
- Juárez-Ramírez, C., Márquez-Serrano, M., Salgado de Snyder, N., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Ruelas-González, M. G., & Reyes-Morales, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35, 284-290.
- Lacour, C. (2009). La personne âgée vulnérable: entre autonomie et protection. *Gérontologie et Sociétés*, 32 / n° 131(4), 187. Disponible en: <https://doi.org/10.3917/g.s.131.0187>
- Lafuente Lechuga, M., & Faura Martínez, U. (2012). Estudio de la vulnerabilidad a la exclusión social por Comunidades Autónomas en España (2005-2009). *Investigaciones Regionales*, 23, 105–126.
- Leight, S. B. (2003). The application of a vulnerable population's conceptual model to rural health. *Public Health Nursing*, 20(6), 440-448.
- Lis, D., & Vecslir, L. (2010). Desindustrialización y desempleo en la Argentina contemporánea: efectos sobre la estructura social. En Fernández, P. & Pelliza, L. *Introducción a la Sociología* (2da ed., pp. 151–174). Argentina: EDIUNS.
- Monod, S., & Sautebin, A. (2009). Aging and becoming vulnerable. *Revue medicale suisse*, 5(226), 2353-2357.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Definition of Health*. Estados Unidos: OMS. Disponible en: www.who.org

- Organización Mundial de la Salud. (2001). Salud y Envejecimiento—Documento de debate. Estados Unidos: OMS.
- OMS. (2004). Active ageing: towards age-friendly primary health care. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68727/WHO_CHP_HPR_04.02.pdf;jsessionid=2F8677A6984FE4936F5DF5F03F180206?sequence=1
- OMS. (2016). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=933113F4B84F298F2C12560FE1BC6601?sequence=1
- Perona, N., Crucella, C., Rocchi, G., & Robin, S. (2001). Vulnerabilidad y Exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares. *Kairos* 8(8).
- Pizarro Hofer, R. (2001). La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. CEPAL. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf?sequence=1
- Ponce, B. (2015). Análisis de la accesibilidad geográfica en la atención primaria de la salud: estudio aplicado en los Centros Regionales de Referencias del Gran Resistencia (Chaco, Argentina). *Revista de Salud Pública*, 19(3), 32-44
- Ramasco-Gutiérrez, M., Heras-Mosteiro, J., Garabato-González, S., Aránguez-Ruiz, E., & Martín-Gil, R. A. (2017). Implementación del mapa de la vulnerabilidad en salud en la Comunidad de Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 31(5), 432-435.
- Salgado-de Snyder, V. N., & Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud pública de México*, 49, s515-s521.
- Shi, L., & Stevens, G. D. (2005). Vulnerability and unmet health care needs. *Journal of general internal medicine*, 20(2), 148-154
- UNICEF y OMS (2013). Health in the post-2015 development agenda: need for a social determinants of health approach. Joint statement of the UN Platform on Social Determinants of Health. Disponible en: <http://www.worldwewant2015.org/es/node/300184>
- Van Eeuwijk, P. (2006). Old-age vulnerability, ill-health and care support in urban areas of Indonesia. *Ageing & Society*, 26(1), 61-80.

- Villa, M. (2001). Vulnerabilidad social: notas preliminares. Trabajo presentado al Seminario Internacional sobre las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe. CEPAL/CELADE. Chile.
- Vulnerable populations: who are they?. (2006). /The American Journal of Managed Care, 12/(13) supp., 348-352. Recuperado de <http://www.ajmc.com/journals/supplement/2006/2006-11-vol12-n13suppl/nov06-2390ps348-s352>
- Wilches-Chaux, G. (1989). La vulnerabilidad Global. Publicado en Desastres, ecologismo y formación profesional. Cáp. II, SENA, Colombia.
- Yates, R., y Humphreys, G. (2013). Arguing for universal health coverage. Documento de la OMS, Ginebra