

Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional.

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata”

“Cuidados Domiciliarios para Adultos Mayores”



JUJUY - HUMAHUACA

ESPECIALIZANDO: María Teresa Erazo
TUTORA TFI: Lic. Soliverz Corina
DOCENTE DIRECTOR DE TFI: Mgter Mónica Roque

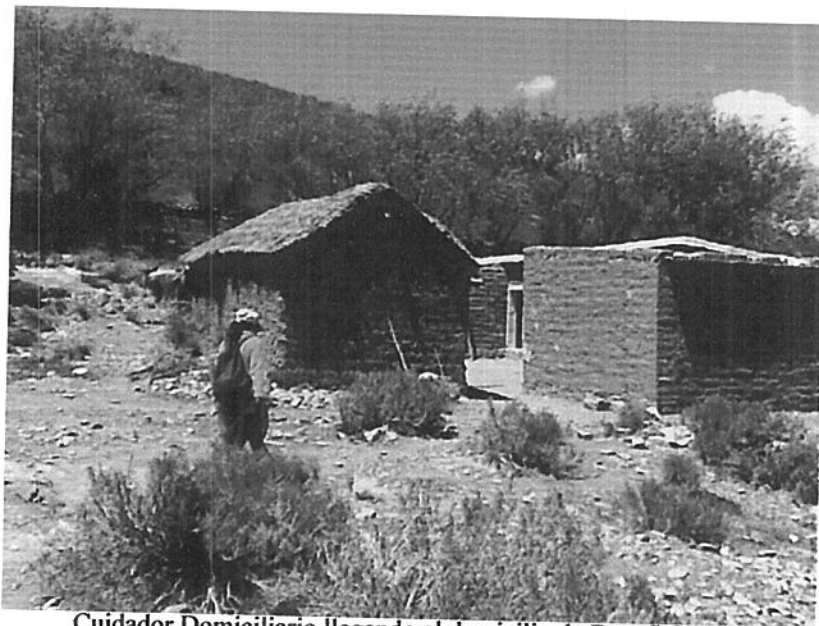
Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional.
Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata”

“Cuidados Domiciliarios para Adultos Mayores”

ALUMNA: María Teresa Erazo

TUTORA TFI: Lic. Soliverrez Corina

DIRECTOR DE TFI: Mgter Mónica Roque



Cuidador Domiciliario llegando al domicilio de Beneficiario



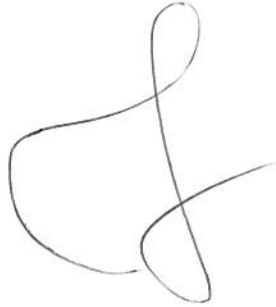
N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
+ E	1212
	N° INVENTARIO:
	2174

FECHA: MARZO 2010

CARTA AVAL

Por medio de la presente avalo la entrega final de este Trabajo Final de Integración, según lo pautado en la OCS 1676/07, para que se considere su aprobación por el Comité Evaluador.

Firma



Aclaración

Dánica Poppe

DNI N°

16-157621

Índice

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Marco Teórico	9
La transición demográfica en América Latina y en la Argentina	9
La transición demográfica en América Latina y en la Argentina: Nuevos desafíos.	9
El impacto del envejecimiento poblacional en la familia.	10
El rol del estado en la planificación y gestión de alternativas de promoción, prevención y asistencia de la población de edad. Los lineamientos de los organismos nacionales e internacionales en la temática	11
El rol del estado en la planificación y gestión de alternativas de promoción, prevención y asistencia de la población de adultos mayores.	11
Modelo de atención sociosanitario	12
Ministerio de Desarrollo Social	14
Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.	15
Acciones específicas de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.	15
El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios: Acción específicas de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.	15
El Curso de Formación de Cuidadores domiciliarios Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios: I Componente.	17
Perfil del Cuidador Domiciliario.	17
Perfil del postulante.	18
Sistema de selección.	19
Programa del curso de formación	19
Equipo técnico y docente	20
Sistema de evaluación.	21
Sistema de Prestaciones del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios: II componente.	22
Funciones del Cuidador Domiciliario.	23
El rol del Cuidador Domiciliario.	23
Tipos de prestaciones que realiza el cuidador domiciliario	24
Beneficiarios	25
Niveles de vida, salud y pobreza en la población de personas mayores.	26
Salud	28



Situación económica y pobreza.	28
Jubilaciones y pensiones.	28
Pobreza en los adultos mayores.	29
Pobreza, vejez y derechos humanos.	30
Salud y adulto mayor	31
El frágil vínculo entre la medicina y la sociedad.	32
EL enfoque sociológico del proceso salud y enfermedad.	32
Atención primaria de la salud	32
Envejecimiento y salud.	33
Promoción de la salud	35
Medidas Preventivas en la tercera edad.	36
Niveles de Prevención.	38
Atención comunitaria en el adulto mayor.	38
Las Organizaciones	39
Organizaciones según sectores publicas estatales, publicas no estatales y privadas.	39
Organizaciones voraces y organizaciones totales	40
Breve referencia de la localización geográfica de la ciudad de Humahuaca	43
4. Diagnostico	44
5. Propuestas de intervención	64
6. Conclusiones	74
7. Referencias Bibliográficas	75

Resumen

Los cambios demográficos, culturales por la propagación de una visión más individualista de las relaciones sociales, plantean importantes dilemas de tipo económico, social y político. El “envejecimiento dentro del envejecimiento” con prevalencia femenina.

En este contexto, la organización y prestación de servicios sociales y de salud y en especial la «atención a largo plazo» toma cada vez más relevancia desde el punto de vista político y se transforma, además, en una necesidad socio-familiar. Los estudios internacionales demuestran que los individuos más ancianos aumentan cada vez con más rapidez y que concentran aquellos con más limitaciones funcionales que afectan su independencia en el diario vivir. El desafío actual, para nuestros gobiernos, es brindar atención en forma moderna y adecuada a las necesidades del nuevo usuario de los servicios sociales y de salud, que es la persona mayor. Ello requiere establecer un abanico de servicios y cuidados de salud que se empleen tanto para los Adultos Mayores que estén sanos y especialmente para aquellos con enfermedades agudas, limitaciones funcionales que necesiten rehabilitación y enfermedades crónicas más discapacitantes o con problemas mentales, que requieren cuidados prolongados.

En este marco, el objetivo del Trabajo de Investigación Final fue *Evaluar la oferta del sistema de prestaciones para adultos mayores del área rural de la ciudad de humahuaca, con el fin de lograr una primera aproximación a su realidad, para facilitar un mejor entendimiento de su situación y proponer mecanismos de intervención acordes con sus necesidades e identificar la calidad de los servicios de ayuda a domicilio brindado y la percepción que las personas de edad pueden tener de ella, estableciendo la diferencia cualitativa en relación con la posibilidad de mantener su derecho a la dignidad, como derecho fundamental*. Se entrevistaron 26 personas adultas mayores bajo sistema sobre su situación socioeconómica, estado de salud, actividades y uso y los beneficios del sistema de prestaciones del programa de cuidados domiciliarios. También se entrevistó a Autoridades Municipales y Líderes Comunitarios para obtener información sobre el conocimiento que tienen del servicio que ofrece el sistema de prestaciones y su demanda, población atendida, medios de difusión, entre otros. Se discuten los resultados y se concluye que el único servicio de ayuda personalizado que llega a domicilio a estos lugares, es el sistema de prestaciones del programa de cuidados domiciliarios, el cual requiere mayor oferta, difusión y organización para que los beneficios que pueden obtener los adultos mayores de la zona rural sean eficientes y eficaces, pues se pretende que con la información obtenida, se orienten las acciones en búsqueda de mejores niveles de bienestar para eliminar y reducir las inequidades de género en este período vulnerable de la vida.

Palabras Claves: Evaluar, Adultos Mayores, Cuidador Domiciliario, Sistema de Prestaciones.

1.- Introducción

Los cambios demográficos y socioculturales experimentados en los últimos decenios en prácticamente todo el mundo están relacionados con la transición demográfica y epidemiológica, es decir, con el descenso de la mortalidad y la fecundidad y con las variaciones asociadas a las pautas de morbilidad. Uno de esos cambios demográficos es el envejecimiento de la población. Este proceso de envejecimiento es diferencial según épocas y países.

Recientes estudios demográficos del (INDEC, 2001) indican que la Argentina es un país que envejece. Desde 1970 a la actualidad, el país aumentó su ritmo de envejecimiento y el promedio de hijos por mujer, que hace tres décadas era de 3.15, decreció en este final de siglo a 2.65. De acuerdo a las fuentes censales, el incremento de la población nacional de 65 años de edad y más se mantiene en forma ascendente esta proporción no cambiará, pudiendo traducir en valores lo siguiente: si hoy los mayores de 65 años son el 9,9 %, en el 2010 serán el 10% y en el 2025 ascenderán aproximadamente al 12% más, las proyecciones señalan que el aumento va a ser continuo. Se trata de un escenario preocupante, porque esta inversión de la pirámide de edades plantea diversas cuestiones, entre las que caben destacar: las relacionadas con la salud, las sociales, las económicas, las familiares, las políticas, etc. y, como substrato de todas ellas, las éticas. En todas ellas ha habido un claro avance, pero también somos conscientes de las insuficiencias y carencias a las que todavía debemos hacer frente. El envejecimiento es un hecho natural y universal, pero las actitudes de la sociedad ante el mismo no son iguales y varían de un lugar a otro y de una época a otra.

En la provincia de Jujuy 52.933 son personas mayores de 60 años (INDEC,2001) . Los adultos mayores son el 8,7% de la población de la provincia. El 53% son mujeres y el 47% varones, el 25% (12.963) son mayores de 75 años. El 62% son mujeres y el 38% varones. 2.645 son mayores de 85 años. (INDEC 2001)

La pobreza afectó al 43,1% de la población mayor de 60 años en Mayo de 2003. En 2004 al 29,3%. La indigencia alcanzó al 6,3% de la población de adultos mayores (SIEMPRO elaboración datos EPH-INDEC, 2do. Semestre 2004)

El 24% de la población mayor de 60 años es pobre por necesidades básicas insatisfechas. El 1,3% de las personas mayores de 60 años vive en hogares colectivos (hogares de ancianos, hospitales, etc) 351 viven en hogares de ancianos, 164 en hospitales. El 13% de los mayores de 60 años vive solo (6.916). El 21,9% no tiene instrucción. El 36,8% tiene primaria incompleta y el 66,4% tiene hasta secundaria incompleta. De los 11.599 analfabetos 8.079 son mujeres y 3.520 varones. (SIEMPRO elaboración datos EPH-INDEC, 2do. Semestre 2004)

En la Región Noroeste Argentino (NOA-INDEC) los discapacitados adultos mayores de 65 años representan el 31,8% de la población total. El 61% son mujeres y el 39% varones. A partir de los 75 años los discapacitados de la Región Noroeste Argentino alcanzan el 45% de la población total. El 65,5% son mujeres y el 34,5% varones. Entre los adultos mayores de 65 años el 57% posee sólo una discapacidad, el 31% dos y el 12% tres o más. Entre los mayores de 75 años el 49% sólo una, el 33% dos y el 18% tres o más discapacidades (ENDI 2002-2003).

Así, en la Quebrada de Humahuaca que comprende los departamentos de Humahuaca, Tilcara y Tumbaya, cuenta con 31.721 habitantes (INDEC, 2001), distribuidos en una superficie de 9079 km², lo que determina una densidad poblacional de 3,5 habitantes por km²

Respecto del lugar que habitan, el 56 % de los pobladores pertenece al área urbana y el 44 % restante, al sector rural. Si este análisis se extendiera al período comprendido entre los años 1980 y 2001, se puede establecer una tendencia a la urbanización de la población en detrimento del área rural ya que este último segmento viene perdiendo participación en el total desde el año 1980, en que el área rural comprendía al 61,7 % de los habitantes de la región, para luego disminuir al 50,3 % en 1991 y llegar al 44 % registrado en el año 2001. Igualmente, para el total de la provincia se mantiene esta tendencia a la reducción de la participación del sector rural (Censos de Población y Vivienda 1980 y 1991; Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (INDEC-DIPPEC); Censo Nacional Agropecuario 2002 (INDEC))

Como podemos observar, los efectos de la transición demográfica ya se observan en las poblaciones rurales con 31.721 habitantes. El descenso de la fecundidad y de la mortalidad ya muestra cambios en la estructura y dinámica de las poblaciones con economías agrarias donde aún persisten grandes rezagos en materia de desarrollo social. Frente a la pobreza de las comunidades rurales, también se observa la expulsión de generaciones jóvenes de hombres y mujeres, lo que cada vez transforma la estructura por edad y sexo de las localidades rurales, así como la estructura de apoyos familiares de las que podía contar en décadas pasadas. La migración es el componente demográfico fundamental de transformación de las localidades rurales.

En las áreas rurales la cobertura de la seguridad es mínima para la población anciana, los sistemas de asistencia social junto con los apoyos de redes sociales tienen un impacto efímero en su calidad de vida. Se debilitan sus redes familiares como fuente principal de apoyo económico y de cuidado, como consecuencia de la alta migración de los jóvenes. Hoy en la zona rural se observan cada vez más localidades con sólo mujeres, niño/as y viejo/as, a la espera del retorno de sus familiares. En esa población se cristaliza la deuda social acumulada por décadas y en la cual la migración no representa la solución para el mantenimiento de los mayores.



Las condiciones de pobreza en éstos grupos sociales nos plantean una realidad que no escapa a la de los demás en cuanto a las carencias cotidianas de su vida, sin embargo registra agravantes, comprende no solo componentes sociales, sino que también culturales, técnicos y políticos, en donde el adulto mayor parece estar invisibilizado. .

Este estudio permitirá, entonces, tener una visión ecuánime del programa y si se encuentran estrategias y resultados exitosos será indicio de que el programa y estas nuevas estrategias son válidos para la implementación en otras localidades o zonas, de lo contrario será una "Voz de alarma" para el proceso que se desarrolla.

Lo anterior no quiere decir que se pretenda generalizar los resultados de este estudio, tan solo se quieren dar elementos que generen nuevas estrategias para disminuir la vulnerabilidad y con ellas la vinculación de otros actores sociales para la atención mejorada, del adulto mayor. Desde esta perspectiva, el sistema de prestaciones, ejecutado en las comunidades rurales, del ejido municipal de la Localidad de Humahuaca del programa nacional de cuidados domiciliarios representa el principal interés del presente trabajo de integración final, ya que se trata de una experiencia que aun no es bien conocida en la zona y por ende, si bien es una practica que aun siendo reconocida por la población beneficiaria, es de difícil comprensión para muchos de los actores sociales. El sistema de prestaciones es un servicio de baja complejidad, es decir que es un servicio que se brinda a personas que, por razones biológicas, psicológicas y/o sociales, no pueden realizar las tareas de la vida diaria por sí solos y necesitan ayuda para desarrollarlas. Se apoyan en personal técnicamente capacitado (Cuidadores Domiciliarios) para realizar actividades como: organización del hábitat, higiene y arreglo personal, preparación de alimentos, prevención de accidentes, administración de medicamentos por vía oral, colaboración con practicas indicado por profesionales, acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria, realización de trámites a las personas atendidas y actividades de recreación y de reinserción laboral y social.

Entonces la Atención Domiciliaria se define como el conjunto de servicios de apoyo sanitarios y sociales prestados a las personas en su hogar, manteniéndolos en sus casas el mayor tiempo posible y conveniente, insertos en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida. Asimismo, intenta evitar internaciones innecesarias, generando habilidades remanentes y promoviendo nuevas redes solidarias de contención (cuadernillo Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios –Dirección de Adultos Mayores año 2008).

El tema central de este trabajo, es sin duda el Sistema de Prestaciones, una experiencia ejecutada en el marco del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios convenio Municipalidad de Humahuaca. En este contexto se pretende, *Evaluar la oferta del sistema de prestaciones para*

adultos mayores del área rural de la ciudad de humahuaca, con el fin de lograr una primera aproximación a su realidad, para facilitar un mejor entendimiento de su situación y proponer mecanismos de intervención acordes con sus necesidades e identificar la calidad de los servicios de ayuda a domicilio brindado y la percepción que las personas de edad pueden tener de ella, estableciendo la diferencia cualitativa en relación con la posibilidad de mantener su derecho a la dignidad, como derecho fundamental.

La evaluación es un tema ampliamente tratado a escala nacional e internacional. Refiriéndose a la evaluación, varios autores están de acuerdo en manifestar que es un proceso que posibilita el conocimiento de los efectos de un proyecto o programa en relación con las metas propuestas y los recursos movilizados. Tyler considera que la evaluación es el proceso mediante el cual se determina hasta qué punto se alcanzaron las metas propuestas. En el modelo de evaluación que propone este autor, se consideran las intenciones del programa, las metas y objetivos de comportamiento y los procedimientos que son necesarios poner en práctica para realizarlo con éxito.

La definición realizada por la ONU en 1984, expresa que la evaluación constituye el proceso en que se determina, de manera sistemática y objetiva, la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto de las actividades en relación con los objetivos planteados para la realización de estas (Urrutia Barroso L. El sistema de monitoreo y evaluación en el contexto de los Proyectos APPL/PDL/UNIFEM. 2004. Observaciones no publicadas). La finalidad de la evaluación, de acuerdo con esta definición, es la mejora de las actividades en su desarrollo, para contribuir en la planificación, programación y la toma de decisiones.

Las expectativas del presente trabajo de integración final no solo pretende constituir una aproximación de estudio, sino que sea un primer aporte al estudio y análisis del tema y fundamentalmente a su tratamiento social, y que además sirva como punto de partida para otras investigaciones que posibiliten avanzar en la comprensión integral de la problemática del adulto mayor, discapacitado, enfermo crónico y terminal de esta zona, transmitirlo y abordarlo en programaciones operativas basadas en la adecuación de las necesidades, en las cuales las comunidades no sean solo objeto de investigación, sino las determinantes principales de las variables que deben condicionar todas las decisiones de planes, programas y proyectos en cualquier ámbito de intervención.

Objetivo General:

- *Evaluar la oferta del sistema de prestaciones para adultos mayores del área rural de la ciudad de humahuaca, con el fin de lograr una primera aproximación a su realidad, para facilitar un mejor entendimiento de su situación y proponer mecanismos de intervención acordes con sus necesidades.*

- *Identificar la calidad de los servicios de ayuda a domicilio brindado y la percepción que las personas de edad pueden tener de ella, estableciendo la diferencia cualitativa en relación con la posibilidad de mantener su derecho a la dignidad, como derecho fundamental.*

La primera etapa a constituido un estudio de orientación a través del análisis de fuentes bibliográficas que contribuyeron al encuadre del marco-teórico-conceptual, y que nos permitirá extraer aquellos componentes que nos interesan para efectuar un diagnóstico situacional general. Una vez estructurado este marco referencial, el trabajo de integración final se extiende a las fuentes documentales (informes de trabajadores sociales de casos, baremos, notas de autoridades locales) con el objeto de establecer conclusiones; también se tomaron las respuestas de las entrevistas semi estructuradas efectuadas a los funcionarios políticos, líderes comunitarios, familiares de beneficiarios y beneficiarios adultos mayores, también se tomo las opiniones, conocimientos y sugerencias de las Coordinaciones general, las Coordinaciones de caso, docentes (medico, fisioterapeuta, enfermero, nutricionista, entre otros) y cuidadores domiciliarios, esto nos ha permitido profundizar en temas de interés para el Trabajo Final de Integración (TIF) y esclarecer algunos puntos a fin de facilitar una mayor comprensión de una realidad mayor, de allí que el diseño del estudio sea descriptivo transversal, cualitativo, la población universo este constituida por 26 personas adultas mayores entre los 60 años y mas que se encuentren bajo Sistema de Prestaciones del programa nacional de cuidados domiciliarios. Los principales atributos tenidos en cuenta son: edad, sexo, conformación familiar, situación y condiciones habitacionales, participación en diferentes grupos, participación en otros grupo socio-culturales; acceso a atención de la salud; acceso a redes de servicios, comunitarios e instituciones.

La Organización del trabajo de integración final se presenta:

- **El rol del estado en la planificación y gestión de alternativas de promoción, prevención y asistencia de la población de edad. Los lineamientos de los organismos nacionales e internacionales en la temática,**
- **La transición demográfica en América Latina y en la Argentina,**
- **Niveles de vida, salud y pobreza en la población de personas mayores,**
- **Las Organizaciones,**
- **Breve referencia de la localización geográfica de la ciudad de Humahuaca**
- **Diagnostico**
- **Propuestas de intervención y conclusiones.**

3.-Marco Teórico

La transición demográfica en América Latina y en la Argentina.

La transición demográfica en América Latina y en la Argentina: Nuevos desafíos.

La transición demográfica es, sin embargo, un proceso complejo, y los países difieren en cuanto al momento de inicio y al ritmo de los cambios en la fecundidad y la mortalidad, así como respecto a los cambios en otras variables estrechamente relacionadas, tales como el lugar de residencia, el estado nutricional y de salud de la población, las conductas asociadas a la formación de las uniones y a la planificación familiar. No obstante las diferencias hay un cierto consenso en que la transición demográfica se ha dado en el seno de las transformaciones sociales y económicas que han ocurrido en la región, aunque la relación entre esa transición y esos cambios sea compleja y difícil de precisar. Para dar alguna referencia al respecto, es interesante destacar que, de acuerdo con un concepto de "modernización" que se refiere a los cambios sociales que ocurrieron en los decenios de 1960 y 1970 y en base a los criterios de terciarización de la economía, urbanización y educación, se ha encontrado que todos los países de transición demográfica avanzada presentan también un nivel de modernización avanzado; dos tercios de los países que se encuentran en plena transición demográfica se ubican en un nivel intermedio de modernización (parcial y acelerado), y cuatro de los cinco países de transición demográfica aún moderada y los dos países de transición incipiente se corresponden con un nivel de modernización también incipiente (CEPAL/CELADE, 1993).

Dentro de cada país, el comportamiento de la fecundidad, la mortalidad y las migraciones internacionales afectan el crecimiento y la distribución por edades de la población, dando lugar a la disminución, estancamiento o expansión de diferentes grupos que, a su vez, articulan demandas diferenciadas. De estos tres factores, la fecundidad es la variable que mayor influencia ha tenido en este proceso de cambios, por su fuerte impacto en el tamaño de las nuevas generaciones, efecto que se traslada con los años a los diferentes grupos de edades. Ya se ha observado, en países europeos, que el descenso de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo de sus miembros puede dar lugar, no sólo a una disminución del crecimiento, sino incluso a una disminución absoluta de sus efectivos y a una inversión de la pirámide de edades (Chesnais, 1986). En América Latina, con la excepción de Cuba, la situación está todavía lejos de ser tan extrema en la mayoría de los países, aunque puede decirse que todos ellos se encuentran actualmente en alguna etapa del proceso.

Identificar situaciones similares en diferentes países permite realizar agrupaciones y obtener una visión de conjunto de la situación de la región y de sus perspectivas futuras. Por su contribución para comprender la situación de América Latina, se ha adoptado la tipología elaborada en CELADE (1992), que indica las etapas de la transición demográfica en que se encuentran los

países. En esta tipología se han usado como criterios de clasificación las tasas brutas de natalidad y mortalidad, las que determinan el crecimiento natural de la población y su estructura por edades. Los grupos son los siguientes:

Grupo I. Transición incipiente. Son países con alta natalidad y mortalidad, con un crecimiento natural moderado, del orden de 2.5%. Los países de este grupo son Bolivia, Guatemala y Paraguay que, por su elevada fecundidad, tienen una estructura por edades muy joven y una alta relación de dependencia.

Grupo II. Transición moderada. Son países de alta natalidad, pero cuya mortalidad ya puede calificarse de moderada. Por este motivo su crecimiento natural es todavía elevado, cercano al 3%. Los países de este grupo son México, Perú y Costa Rica. El descenso de la mortalidad, sobre todo durante el primer año de vida, se ha traducido en un rejuvenecimiento de la estructura por edades, lo que también lleva a una elevada relación de dependencia.

Grupo III. En plena transición. Son países con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, lo que determina un crecimiento natural moderado cercano al 2%. Los países de este grupo son: Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela, y en el Caribe, Guyana, Suriname y Trinidad y Tabago. Como el descenso de la fecundidad es reciente la estructura por edades se mantiene todavía relativamente joven, aun cuando ya ha disminuido la relación de dependencia.

Grupo IV. Transición avanzada. Estos son países con natalidad y mortalidad moderada o baja, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo, del orden del 1%. Los países de este grupo son: Argentina, Cuba y Uruguay, y en el Caribe, Bahamas, Barbados, Guadalupe, Jamaica, Martinica y Puerto Rico. Entre éstos se pueden distinguir dos subgrupos: los que han tenido fecundidad y mortalidad bajas por un largo período (Argentina, Uruguay y, en menor medida, Cuba) y que, por lo tanto, tienen un crecimiento y una estructura de edades similares a los de países desarrollados, y los que, si bien recientemente han alcanzado tasas muy bajas de fecundidad y mortalidad, tienen aún tasas de crecimiento más elevadas debido a su población relativamente joven.

El impacto del envejecimiento poblacional en la familia.

A partir del incremento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad se derivan algunas consecuencias importantes para la relación entre familia y envejecimiento. En primer lugar, el aumento de la expectativa de vida extiende la vida de los individuos en su etapa adulta y avanzada. Esto tiene consecuencia en el incremento del tiempo dedicado a ciertos roles (hijos, abuelos, madre, padre, entre otros), a las actividades personales, profesionales y de ocio; junto con una prolongación de edad de inicio de la viudez. En segundo lugar, la disminución de la fecundidad tiene efectos significativos al reducir el número de miembros de la familia

potenciales dadores de apoyos en la edad avanzada, así como genera una tendencia a la disminución de hogares jóvenes y un aumento de los hogares con y de personas mayores. En este contexto, el paulatino incremento en la esperanza de vida y el aumento a ritmos acelerados de la población adulta mayor han suscitado inquietud por conocer el grado de bienestar que experimentan las personas mayores, poniendo una mayor atención a los mecanismos de apoyo social informales entre los que destacan el papel de los vínculos familiares

La familia constituye uno de los recursos más importantes de la población mayor. Es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de los ancianos que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal.

Para los ancianos parece que lo más importante es el potencial de relación y ayuda, la conciencia de que existe una persona relevante a quien acudir en caso de necesidad.

La familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socioafectivas ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social

El rol del estado en la planificación y gestión de alternativas de promoción, prevención y asistencia de la población de edad. Los lineamientos de los organismos nacionales e internacionales en la temática.

El rol del estado en la planificación y gestión de alternativas de promoción

La actual cultura occidental, consumista y exitista, ha colocado a la juventud en un lugar privilegiado frente a las demás etapas de la vida. Sin embargo, la felicidad, el bienestar, la productividad, etc., se pueden desarrollar a lo largo de toda la existencia.

El mito de que la vejez es una etapa de restricciones, privaciones y sufrimiento debe ser desterrado, y así permitir que nuestros viejos (y en el futuro nosotros mismos) podamos gozar de bienestar y salud hasta el fin de la vida.

El hecho de que aparezcan ciertas limitaciones no quiere decir que no se goce de buena salud. Existe un estado ideal, un bienestar propio de cada etapa de la vida. Y si esas etapas se viven al máximo del cuidado y prevención, se puede conservar una gran proporción del organismo en forma saludable en la última etapa de la vida.

Esta forma de mirar a la vejez exige un cambio de paradigma, que implica la aplicación de un cambio de enfoques de derecho a las políticas públicas

Como lo indica Huenchuán (*Huenchuán, Sandra, "De Objetos de Protección a Sujetos de Derechos: Trayectoria de las Políticas de Vejez en Europa y Estados Unidos", artículo publicado en Revista de Trabajo Social Perspectivas: Notas sobre Intervención y Acción Social, N° 8, Diciembre de 1999, Universidad Católica*) Cardenal Raúl Silva Henríquez, Santiago de

Chile), una política pública emerge como tal, cuando determinadas temáticas de interés para la ciudadanía en su conjunto o segmentos significativos de ésta -los llamados temas de “agenda pública”- pasan a formar parte de las prioridades del sistema político para llegar a integrarse en la “agenda de gobierno”. Si bien este proceso involucra como hito fundamental una toma de decisión política, ésta nunca se realiza en el vacío y siempre requiere tener en cuenta elementos técnicos que den sustento y orientación a la decisión tomada.

Dicho enfoque entonces, promueve el empoderamiento de las personas mayores y una sociedad integrada desde el punto de vista de las edades, lo que implica que las personas mayores son sujetos de derechos y no, solamente objetos de protección, por lo tanto, disfrutan de garantías, pero también tienen responsabilidades respecto de si mismos, su familia y su sociedad. (Roqué, Mónica; Fassio, Adriana. (2007). *Gerontología comunitaria e institucional*. Mar del Plata, UNMdP/Ministerio de Desarrollo Social. 145 p. [ISBN: 978-987-544-224-5])

Modelo de atención sociosanitario

Es de resaltar, que esta transición demográfica, como factor del envejecimiento, también está relacionada con la transición epidemiológica, es decir, cambio de los patrones de morbilidad en los que en lugar de predominar las enfermedades infecciosas y agudas prevalecen las crónicas y degenerativas, características de la vejez. Obviamente este fenómeno está estrechamente relacionado con los servicios de atención de la salud que se enfrentan en el presente siglo, con importantes desafíos de cambio, adaptaciones y costos.

La satisfacción de la necesidad de dependencia se articula a través de la llamada *Atención Sociosanitaria* y que definimos como *aquel conjunto integrado de servicios y/o prestaciones sociales y sanitarias, públicas y privadas, que se destinan a la rehabilitación y cuidados de personas que se encuentran en diferentes situaciones de dependencia que les impiden realizar actividades personales y/o instrumentales de la vida diaria.*

Son los servicios sanitarios específicos para la tercer edad y los enfermos crónicos. En especial, han de buscar el aumento del autovalimiento (autonomía) del enfermo, paliar sus limitaciones o sufrimientos (en especial, en el momento terminal) y facilitar, además, su reinserción social.

En la planificación de dicha atención se ha de tener en cuenta la tipología de las personas que requieren atención sociosanitaria, el modelo de atención, el catálogo de prestaciones, los recursos y los aspectos organizativos y líneas generales y específicas de actuación.

Estos servicios han de estar convenientemente coordinados con los servicios sanitarios, para garantizar la continuidad de la atención sanitaria. Asimismo, se ha de fomentar la atención de las personas mayores por médicos geriatras en los centros sanitarios.

Como antes decíamos, las situaciones de dependencia no son una necesidad nueva. Lo nuevo es la magnitud del problema en la actualidad y en el futuro inmediato así como la importancia

social que está adquiriendo debido a diferentes factores coincidentes en el tiempo como son el envejecimiento de la población (sobre todo de la población mayor de 80 años), las expectativas de una mayor calidad de vida, el aumento de la esperanza de vida y los cambios en la dinámica familiar, particularmente los profundos cambios en los roles sociales de la mujer y el crecimiento de los hogares unipersonales.

Obviamente, las necesidades sociales no se traducen automáticamente en demanda explícita. Muchas necesidades se quedan en simples demandas latentes sin posibilidad de expresión y canalización por problemas de información, recursos y medios de expresión. A su vez la demanda de ASS, en general, será función de diferentes variables sociodemográficas (género, edad), económicas (ingresos, vivienda), sanitarias (nivel de salud física y mental) y motivacionales (preferencias y expectativas de calidad de vida), junto a la variable coste.

Sin embargo, la demanda social dependerá también o variará en función de la disponibilidad u oferta de cuidados informales y servicios formales. La oferta de cuidados informales es crucial en el sistema de cuidados y depende tanto del volumen de cuidadoras/es como de su disponibilidad concreta, lo que a su vez viene condicionado por factores como el posible trabajo del cuidador, su edad, ingresos y salud así como del posible apoyo de los servicios sociales y sanitarios a su labor de cuidados. En este sentido hay que tener en cuenta (Rodríguez Rodríguez y Sancho Castiello, 1995) que la «protección social invisible» o red de apoyo informal está sufriendo profundos cambios que se concretan en la regresión de la población de mujeres cuidadoras con edades entre 45 y 69 años, cambios que demandan convertir al cuidador en objeto de apoyo y de cuidado ya que aunque nunca desaparecerán parece obvio que su contribución no podrá ser en adelante «invisible» y que se requiere un desarrollo intenso de los servicios que apoyen al cuidador y, en su caso, le sustituyan.

Por otra parte, y enlazando con la última afirmación, la demanda social de ASS dependerá de si existe o no una red amplia, suficiente y accesible de servicios sociosanitarios formales (hospital de día, enfermería a domicilio, ayuda a domicilio, centros de día, residencias asistidas, etc.) así como del papel que jueguen a lo largo del desarrollo de las diferentes situaciones de dependencia, que hipotéticamente puede ser del modo siguiente: *apoyo* puntual en las primeras fases de la dependencia, en las que el cuidador es un recurso básico; de complementariedad activa en las fases de dependencia grave, en las que el cuidador es un usuario más, además de la persona dependiente, y en las fases de gran dependencia o fases terminales, como servicios sustitutivos de la atención informal, y donde el cuidador es un paciente indirecto e incluso a veces directo en la medida en que su labor de cuidados pueda generar graves problemas de salud. La existencia de estos recursos formales e informales condicionan los modelos de cuidados sociosanitarios.

El modelo sociosanitario propuesto es aquel que aborda desde la globalidad, tanto en el acercamiento del problema como a su resolución: es decir que debe ser : Integral, Global, Inserto en la Comunidad, Interdisciplinario y Armónico.

Ministerio de Desarrollo Social

Al MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL le concierne asistir al Presidente de la Nación y al Jefe de Gabinete de Ministros, en orden a sus competencias, en todo lo inherente a la promoción y asistencia social orientada hacia el fomento de la integración social y desarrollo humano, la atención y la reducción de las situaciones de vulnerabilidad social, el desarrollo de igualdad de oportunidades para estos sectores, capacidades especiales, menores, mujeres y ancianos, la protección de la familia y el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias, así como en lo relativo al acceso a la vivienda digna, y al cumplimiento de los compromisos asumidos en relación con los tratados internacionales y los convenios multinacionales, en materia de su competencia y, en particular:

Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.

El Ministerio de Desarrollo Social cuenta con una Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, quien diseña las políticas nacionales de infancia, familia y adultos mayores.

Dependiendo de la Secretaría se encuentra la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.

Esta Dirección Nacional tiene como Misión articular las políticas dirigidas a los adultos mayores desde una perspectiva de integralidad, que considere a los mayores, sus núcleos familiares, sus organizaciones y comunidad, como sujetos de políticas públicas.

Objetivos de la Dirección:

Estos son entre otros los objetivos de la Dirección:

- Articular las políticas dirigidas a los adultos mayores desde una perspectiva de integralidad, que considere a los mayores, sus núcleos familiares, sus organizaciones y comunidad, como sujetos de políticas públicas.
- Promover la participación de los adultos mayores, sus grupos y organizaciones, orientada a fortalecer su identidad individual y colectiva.
- Planificar y ejecutar programas específicos de promoción, protección, integración social y desarrollo de los adultos mayores.
- Asistir al Ministerio de Desarrollo Social en la concepción e implementación de mecanismos que permitan mejorar la eficiencia, especialmente en los momentos de



emergencia social , de la atención de los adultos mayores a través de la articulación de recursos y prestaciones

- Diseñar Programas de capacitación orientados a la formación de personas, grupos y organizaciones, para gerenciar programas y servicios de cuidados en domicilio y en la comunidad de los adultos mayores.
- Promover, ejecutar, apoyar y coordinar acciones orientadas a la participación de los adultos mayores en distintas actividades que favorezcan su desarrollo personal y el de sus comunidades.

Acciones específicas de la Dirección Nacional de Políticas Para Adultos Mayores:

Entre las acciones que realiza la Dirección se mencionan:

- Voluntariado Social de Adultos Mayores;
- La experiencia cuenta;
- Programa de prevención de la Discriminación, Abuso y Maltrato hacia los Adultos Mayores;
- Curso para Responsable y Equipos Técnicos de Residencias y Centros de Día para Adultos Mayores;
- **Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios;**
- Consejo Federal de los Mayores;
- Residencias para Adultos Mayores

A los fines del Trabajo de Integración Final haremos referencia únicamente al Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios.

El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios

El envejecimiento corresponde a una etapa de la vida del individuo en la cual se pierde progresivamente la capacidad de adaptación y la aptitud de reaccionar adecuadamente a los cambios.

Este deterioro se debe a la disminución del potencial de reserva que se produce naturalmente en todos los órganos y sistemas del cuerpo con el transcurso de los años.

En el adulto joven, existe una gran capacidad de reserva y adaptación frente a las exigencias. El aparato respiratorio es capaz de trabajar más cuando se asciende una altura; el sistema circulatorio es más eficiente cuando se realiza un esfuerzo físico; el sistema nervioso es capaz de retener más información, por ejemplo, cuando se prepara un examen la noche anterior a un certamen.

- El envejecimiento es inevitable.
- La calidad del envejecimiento dependerá, en gran medida, de cómo hayamos vivido.

- Existen aspectos positivos de la vejez, que debemos aprender a aprovecharlos.

Existen aspectos negativos y aspectos positivos del envejecer. Los aspectos negativos son muy conocidos: las enfermedades, la autoimagen negativa, la pérdida de relaciones sociales, la disminución de los ingresos, la cercanía de la muerte. En cambio, suele hacerse menos hincapié en los aspectos positivos: la acumulación de experiencia y sabiduría, la conservación de la capacidad funcional a pesar de las enfermedades, el tiempo libre que permite hacer lo que se desea.

Las personas mayores que, por distintas causas, precisan de la ayuda de otra persona para hacer frente a las actividades de la vida diaria, intervienen tres agentes: la familia cuidadora o apoyo informal, el sector público con su oferta de servicios y prestaciones económicas, denominado servicios formales, y la oferta privada, tanto mercantil como no lucrativa. En su nivel más general, el apoyo informal es el que se presta por familiares, amigos o vecinos, estas redes sociales se caracterizan por ser de reducido tamaño, existir relación y afectividad en el cuidado y, por no realizarse de manera ocasional sino con cierta permanencia, duración y compromiso.

Esta fuerza de trabajo que –aunque no sea considerada como tal paradójicamente - sostiene la salud de miles de personas en todo el mundo. Se trata de un trabajo invisible que, tendrá cada vez más demanda, porque se calcula que en poco más de una década habrá 100 millones de adultos mayores en América Latina, necesitando de apoyo y asistencia para cuidar su salud.

Para todo ello, están las mujeres: madres, hijas y/o esposas. Convertido en una suerte de extensión del trabajo doméstico, el cuidado de salud en el hogar se mal entiende como “una tarea más” de la mujer. Se denominan cuidadores informales a las personas que realizan la tarea de cuidado de personas enfermas, discapacitadas o ancianas que no pueden valerse por sí mismas para la realización de actividades de la vida diaria (aseo, alimentación, movilidad, vestirse) administración de tratamientos o acudir a los servicios de salud, entre otras. Otros términos, con los que suele aludirse a la misma actividad de cuidado de los otros, son cuidadores/as familiares (a diferencia de cuidadores formados externos) y cuidadores principales (quien asume la responsabilidad principal). Como tantas tareas que se realizan en el seno de los hogares (ámbito privado), es difícil cuantificar el alcance de esta actividad. La inmensa mayoría de estos cuidadores son mujeres, lo que por sí sólo justifica una denominación del colectivo en femenino “cuidadoras”.

Se trata de un trabajo diario, exigente y agotador que se suma a las otras tareas profesionales y domésticas, pero que simplemente no es reconocido como tal. Sin embargo, la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo, junto a las modificaciones demográficas de envejecimiento de la población, hace que el problema llegue a un límite alarmante que exige pensar el tema socialmente.

Conceptualización:

La Atención Domiciliaria se define como el conjunto de servicios de apoyo sanitarios y sociales prestados a las personas en su hogar, manteniéndolos en sus casas el mayor tiempo posible y conveniente, insertos en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida. Asimismo, intenta evitar internaciones innecesarias, generando habilidades remanentes y promoviendo nuevas redes solidarias de contención.

El Programa Nacional e Cuidados Domiciliarios esta conformado por dos componentes:

- Curso de formación de cuidadores domiciliarios
- Sistema de prestación de cuidados domiciliarios

EL Curso de Formación de Cuidadores Domiciliarios Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios: I Componente

Propósito:

Capacitar recursos humanos para la implementación de servicios de cuidados en domicilio.

Objetivos:

- **Generales**
 - Jerarquizar la atención de la población anciana, de las personas con discapacidades y de las personas con patologías crónicas invalidantes o terminales.
 - Convertirse en agentes difusores de salud
 - Legitimar y/o crear una fuente de trabajo
- **Específicos**
 - Incorporar conocimientos teóricos generales sobre la situación biopsicosocial de las personas atendidas en su interacción con el medio.
 - Fortalecer la autovaloración y el autocuidado.
 - Desarrollar habilidades en el accionar diario de las tareas como Cuidador Domiciliario, en la toma de decisiones, en prevención de situaciones de riesgo y en la derivación profesional ante circunstancias que lo excedan.
 - Adquirir capacidad para la organización de sistemas de empleo.

Perfil del Cuidador Domiciliario:

Se entiende por perfil la expresión de las cualidades que definen a determinada persona. La formación de CD tiene como objetivo prioritario el capacitar recursos humanos que trabajen en todos los ámbitos con las personas en riesgo bio-psico-social.

Para el logro de este objetivo surge como prioritario el desarrollo de un perfil técnico y laboral.

Por **perfil técnico** se entiende al conjunto de cualidades requeridas y de conocimientos que deben incorporar los educandos a fin de proveer en forma óptima servicios de atención. Con respecto a las cualidades se busca potencializar aspectos del postulante ligados a la relación cuidador-persona atendida, priorizando las siguientes:

- Flexibilidad en el trato personal ante situaciones de cambio del beneficiario y/o de su entorno.
- Adaptación acorde al desempeño de sus funciones como cuidador.
- Acompañamiento con una actitud de comprensión y escucha, respetando la autonomía de la persona atendida.
- Amplitud de criterio ante situaciones límites.
- Actitud participativa apuntando a favorecer la autoestima del beneficiario.
- Tolerancia ante eventuales situaciones de frustración personal en caso de alejamiento, discapacidad o muerte del asistido.

Refiriéndonos a los conocimientos específicos que debe incorporar el CD, focalizamos áreas temáticas relacionadas a la problemática del envejecimiento y la discapacidad en su dimensión bio-psico-social. Se enfatiza desde lo teórico-práctico la atención integral del beneficiario.

Por **perfil laboral** se consideran las tareas que se espera desarrollen los cuidadores en función de los conocimientos adquiridos durante el desarrollo del Curso, siendo las mismas:

- Acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria.
- Administración de medicamentos por vía oral y de uso externo indicado por profesionales.
- Preparación de alimentos. Ingesta asistida.
- Higiene y arreglo personal.
- Acciones preventivas de accidentes.
- Actividades recreativas y ocupacionales acorde a sus posibilidades.
- Colaboración en las prácticas indicadas por el profesional.
- Difusión de acciones de promoción de la salud y reinserción social.

Perfil del postulante:

1. Ser beneficiario de: Plan Derecho de Inclusión Social Jefas y Jefes de Hogar Desocupados, Programa Familias por la Inclusión Social, Seguro de Empleo y Formación y similares provinciales y municipales.
2. Nivel de educación: primaria completa.
3. Edad: 25-50 años (si bien esta es la edad considerada adecuada, el equipo seleccionador podrá incorporar, dentro de un margen discrecional, a aquellos postulantes de menor o mayor

edad que, por sus características personales, reúnan otras condiciones que lo adecuen al perfil).

4. Certificado de buena conducta (Planilla prontuaria expedida por la policía de la provincia)
5. Certificado de salud (expedido por hospital público).

Sistema de selección:

A través del proceso de enseñanza-aprendizaje se pretende lograr que el agente capacitado sea un valioso recurso comunitario, a fin de poder garantizar la prevención y evitar situaciones de aislamiento, marginación y soledad, alcanzando el principal objetivo que es la permanencia del beneficiario en su hogar y el mejorar su calidad de vida, resulta imprescindible la incorporación al proceso de selección de instrumentos sensibles de medición, que permita cuantificar y cualificar, a fin de obtener un orden de prioridad con relación de los postulantes en cuanto a su situación física, psíquica y social .

Dichos instrumentos consisten en:

Inscripción.

La inscripción se realiza a través de:

Entrevista personal y de evaluación.

1- un **formulario de inscripción** que pondera aspectos tales como: datos personales, nivel de educación alcanzado, datos del grupo familiar y/o personas con las que convive el postulante, antecedentes laborales, conocimientos generales sobre la temática de la ancianidad y la discapacidad.

2- un **formulario de entrevista y evaluación personal** construido en función de las siguientes áreas: conocimientos generales, capacidad de decisión, corrección en el trato, motivaciones y expectativas respecto del curso.

3.- un **formulario de entrevista técnica de evaluación psicológica**, a cargo del Asesor Psicológico. El instrumento a usar será determinado por el profesional de la Unidad Ejecutora correspondiente.

Programa del curso

Este es conformado por 9 Módulos teóricos prácticos que son dictados por profesionales de acuerdo a las áreas temáticas y en lo posible con experiencia de trabajo con la población beneficiaria directa.

Módulos:

1. Introducción.
2. Aspectos Sociales
3. Aspectos Biológicos



4. Aspectos Psicológicos
5. Cuidados
6. Bases para la Atención de la Población Beneficiaria
7. Promoción del Bienestar
8. Prácticas Domiciliarias, Institucionales y Comunitarias
9. Integración de Conocimientos

La metodología empelada es:

- Exposiciones teóricas.
- Actividad grupal.
- Desarrollo de habilidades.
- Prácticas en terreno.
- Evaluaciones.

Duración

El curso de formación y las prácticas son desarrollados en el lapso de cinco meses.

MODALIDAD
Exposiciones Teóricas
Actividad grupal (a cargo del Equipo de Coordinación)
Prácticas para el desarrollo de habilidades
Prácticas en terreno
Evaluaciones

Frecuencia:

Curso de formación: Se recomienda una frecuencia de tres veces por semana de 4 hs. reloj diario de las cuales 1 hs. estará asignada a la actividad grupal, y el resto se distribuirá en teoría, desarrollo de habilidades y evaluación. Al final de cada módulo se deberá tomar como mínimo una evaluación, recomendándose, en aquellos que presenten mayor cantidad de contenidos, subdividirlos en dos evaluaciones a los fines de lograr un mejor aprendizaje del alumno. Para estas evaluaciones se contempla una distribución horaria de 1,5 hs. por módulo, exceptuando el módulo 9, que involucra una evaluación en si mismo.

Prácticas: Deberán realizarse durante 2 días a la semana, cuatro horas diarias.

Equipo técnico y docente

El curso de Formación se encuentra coordinado por un equipo técnico

Perfil de los Coordinadores:

Coordinador General: Médico, Trabajador Social o Psicólogo, con experiencia en el campo de la discapacidad, de la gerontología y en la gerencia de programas sociales.

Coordinadores Grupales: Solo Trabajadores Sociales con experiencia en el manejo de grupos.

Coordinador Pedagógico: Licenciado en Psicopedagogía, en Ciencias de la Educación o bien otro Profesional con experiencia en la aplicación de técnicas de enseñanza.

Asesor Psicológico: Licenciado en Psicología con experiencia en administración de técnicas de evaluación y selección.

Perfil de los docentes:

Deben presentar experiencia en la temática a desarrollar en el curso y en la formación de adultos.

Los mismos deberán tener las siguientes profesiones:

1. Médico Geriatra
2. Médico Fisiatra
3. Trabajador Social
4. Psicólogo
5. Enfermero
6. Kinesiólogo / Fisioterapeuta
7. Profesor de Educación Física / Recreación
8. Abogado o Especialista en Sistemas de Empleo
9. Terapista Ocupacional
10. Fonoaudiólogo
11. Odontólogo
12. Nutricionista
13. Podólogo
14. Cuidador
15. Arquitecto
16. Administrador de Empresas o Especialista en Sistema de Empleo.

Sistemas de evaluación

Si bien existe una evaluación permanente donde se observan actitudes, desempeño, incorporación de conocimientos, capacidad de relación, etc., están previstos momentos precisos de evaluación escrita, como mínimo una por módulo, en los que respecta al curso propiamente dicho, y una evaluación mensual en lo que se refiere a las prácticas domiciliarias.

Estas evaluaciones permiten realizar al cuerpo docente los ajustes necesarios para asegurar el aprendizaje de los alumnos.

Promoción final

Son requisitos de aprobación de promoción final acreditar:

- 90% de asistencia a clases teóricas.
- 100% de asistencia al desarrollo de habilidades.
- 90% de asistencia a las prácticas en terreno
- 100% de las evaluaciones establecidas en el curso.

Capacitación Permanente. Supervisión

Se recomienda a las Unidades Formadoras la implementación mínima de un módulo anual de actualización.

Asimismo deberán crearse espacios de supervisión gratuita para que los cuidadores domiciliarios en actividad puedan canalizar sus dificultades en el desempeño de las funciones.

Para que las prestaciones de estos servicios sean eficientes, deben brindarse de manera continua y planificada, y responder a un trabajo interdisciplinario.

Sistema de Prestaciones del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios: II Componente

Si bien el concepto de servicio domiciliario responde a un criterio unificado, difieren en la organización práctica, empresarial y administrativa del mismo. Los servicios domiciliarios presentan, en general, cuatro categorías, según el tipo de problemática bio-psico-social que atiendan y el estado de gravedad que presenten los usuarios del sistema.

- 1- **Servicios de Alta Tecnología:** Dirigidos a personas que presentan una patología que requiere para su tratamiento de tecnología compleja. Ejemplo de estos servicios son las diálisis renales, la nutrición enteral o parenteral, el uso de respiradores, la farmacoterapia avanzada, etc. Se basan fundamentalmente en atención de especialistas apoyados con tecnología de alta complejidad en el domicilio.
- 2- **Servicios Especializados:** Estos se basan, no sólo en el profesional médico, sino, principalmente en el personal de enfermería, en el fisioterapeuta, en el terapeuta ocupacional, en el fonoaudiólogo, y en el nutricionista, entre otros.
- 3- **Servicios de Baja Complejidad:** *Se brindan a personas que, por razones biológicas, psicológicas y/o sociales, no pueden realizar las tareas de la vida diaria por sí solos y necesitan ayuda para desarrollarlas. Se apoyan en personal técnicamente capacitado para realizar actividades como: organización del hábitat, higiene y arreglo personal, preparación de alimentos, prevención de accidentes, administración de medicamentos por vía oral, colaboración con practicas indicado por profesionales, acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria, realización de trámites a las personas atendidas y actividades de recreación y de reinserción laboral y social. (Cuidadores Domiciliarios)*

4- **Servicios para Pacientes Terminales:** Incluye todos los servicios mencionados anteriormente, incorporando los de asistencia espiritual, psicológica y legal.

Se observa en consecuencia, una variedad de conceptos, que van desde prestaciones amplias a otras más restringidas de la ayuda a domicilio, entendiéndose esta última como la prestación de servicios básicos de apoyo a la subsistencia en el propio hogar basados en criterios de prevención y promoción.

Funciones del cuidador domiciliario

La gran diversidad de tareas constituyen el contenido del trabajo a realizar, pero la primera tarea a cumplir es hacer las tareas encomendadas, sin embargo no se termina allí las obligaciones. El hecho de entrar al domicilio particular, y participar de la intimidad del asistido, permite advertir y en consecuencia prevenir las consecuencias de la evolución del deterioro provocado por una enfermedad o discapacidad. Estar atentos a lo que pasa en el entorno cercano al beneficiario, resultará básico para el desarrollo de otras funciones como por Ej.: la de formar, prevenir, reaccionar ante casos de urgencia y transmitir los cambios observados.

Se debe llevar un registro de las actividades a realizar, y las realizadas, indicando los tiempos.

Trabajo en equipo

El CD no trabaja en forma aislada. Se debe sentir parte de un equipo de trabajo, además el papel polivalente que cumple, su estrecha relación con la persona asistida, con el entorno familiar o allegados, así como con otros profesionales, hacen que esta profesión tenga un marcado **carácter dinámico**, éste carácter está diciendo además que **el CD, no actúa nunca de una manera rígida y terminante; sino adaptándose a los continuos cambios e innovaciones que vayan ocurriendo.**

El cuidador como agente de salud: el cuidador domiciliario por el solo hecho de trabajar con la persona, su salud y todo lo que lo rodea, lo convierte en agente de salud. Es decir que tiene la capacidad de prevenir enfermedades, o situaciones que provoquen enfermedad; colaborar y poner a disposición todo lo que esté a su alcance para que recupere la salud o no permita el avance desmesurado de la misma. El cuidador domiciliario tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida del beneficiario y para ello interactuará con el resto del equipo de salud, que lo ha integrado por el mismo hecho de ser el contacto más directo con la persona atendida.

El rol del cuidador domiciliario

El cuidador domiciliario, es un profesional cuyo trabajo consiste en atender en el domicilio de ésta, a personas mayores con problemas de dependencia, para hacer con ella o por ella y en colaboración con su familia y otros allegados, aquellas actividades de la vida diaria que no puede realizar sola, fomentando así su autonomía de vida, alejándola de una posible

institucionalización. Esta definición se extiende también al servicio que se presta a personas discapacitadas o enfermas terminales.

De la definición se pueden destacar los siguientes aspectos:

- Que la destinataria de la ayuda es una persona que presenta cierto grado de dependencia para actividades consideradas esenciales de la vida diaria, que antes hacía y ahora no puede o la realiza con grave riesgo para su integridad física.
- Las tareas encomendadas hay que realizarlas con la persona asistida en la medida que ésta pueda hacerlas. No se trata de hacer las tareas en soledad, aunque resulte más práctico o cómodo. No debemos olvidar que se debe intentar la revalorización de las capacidades en lugar de aumentar su dependencia.
- Que el trabajo del CD se hará también en colaboración con la familia u otros allegados, nunca se debe sustituir la ayuda de familiares, amigos, vecinos, etc.
- Que se fomenta la autonomía de vida de la persona cuando se facilita y estimula que ésta pueda tomar decisiones con libertad, respetando sus gustos y costumbres aún, en las tareas o las recetas de cocina etc.
- Buscar el equilibrio entre los deseos de las personas y la realización de las tareas indicadas por el/la profesional.

Tipo de Prestaciones:

Apoyo, adiestramiento o sustitución en:

- Acostarse-Levantarse
- Vestirse-Desvestirse
- Organización e higiene del hábitat
- Arreglo de la ropa
- Alimentación asistida
- Preparación de alimentos
- Compras
- Utilización de sanitarios
- Higiene y arreglo personal
- Movilización y desplazamiento dentro y fuera del hábitat
- Comunicación con el entorno
- Administración de medicamentos indicados
- Realización de trámites (ej.: pensiones, obtención de prótesis, etc.)
- Prevención de accidentes
- Primeros auxilios
- Control de pulso y presión

- Realización de prácticas indicadas por los profesionales (ej.: ejercicios de rehabilitación, de foniatría, etc.)
- Actividades recreativas y ocupacionales
- Relación intra e inter generacional.
- Atención de la salud (ej.: acompañamiento al médico, comprensión de las indicaciones del profesional, solicitud de turnos médicos, de laboratorio, de otros especialistas, etc.)
- Otras evaluadas como de apoyo a la vida diaria por la coordinadora de caso

Beneficiarios:

- **Directos:**

- Personas mayores, personas con discapacidad y personas con patologías crónicas o terminales que se encuentren con o sin familia, que por diversos motivos requieran ayuda en las actividades de la vida diaria en su domicilio.

- **Indirectos:**

- Cuidadores Domiciliarios
- Familiares de las personas atendidas

Requisitos de la población beneficiaria directa:

Personas mayores:

- Edad: 60 años y más
- Situación económica: en situación de vulnerabilidad social y que los familiares obligados por ley a prestar asistencia al solicitante acrediten ingresos insuficientes.
- Situación familiar:

A- Sin familia

B -Con familia:

a) Personas que vivan solas pero que tienen familiares que no lo pueden atender por razones de distancia, laborales, composición familiar u otras evaluadas por la trabajadora social.

b) Personas que vivan con familiares que no lo pueden atender por enfermedad o incapacidad física o psíquica, por razones laborales u otras evaluadas por la trabajadora social.

Personas con discapacidad

- Edad: sin límite.
- Situación económica: ídem personas mayores.

- Situación familiar: ídem personas mayores, pero se debe tener en cuenta que en: aquellos casos que necesiten apoyo permanente, debe existir un familiar o allegado que se haga cargo del beneficiario y lo atienda cuando el personal especializado no esté.
- Tipo: Motoras, sensoriales, mentales (sólo con compromiso intelectual), viscerales y múltiples.
- Grado: leves y moderadas.

Personas con patologías crónicas o terminales

- Edad: sin límite
- Situación económica: ídem al anterior
- Situación familiar: ídem al anterior

Niveles de vida, salud y pobreza en la población de personas mayores.

La vejez es un constructo social que involucra la asignación de roles de acuerdo con la edad, por ejemplo, en cuanto a la participación en actividades económicas y sociales, según el género y las normas socioculturales. La vejez debe entenderse como un proceso que involucra una serie de experiencias, muchas de ellas subjetivas, que se encuentran íntimamente relacionadas con las experiencias de vida, la edad biológica y la acumulación de riesgos a lo largo de los años vividos. Hasta la segunda mitad del siglo XIX un número muy pequeño de la población llegaba a la vejez. Esto crea en todos los ámbitos un reto en busca de soluciones que permitan posponer los riesgos de la fragilidad y enfermedad y alcanzar la meta establecida por la Organización Mundial de la Salud de "agregar vida a los años y no solamente años a la vida".

La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada "Calidad de Vida" y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social (San Martín, H. y Pastor, U. (1990). Epidemiología de la Vejez. Ed. Interamericana. México)

Bienestar se ha identificado con "desarrollo económico", "con la riqueza familiar o individual", "con el nivel de vida", "con el estado de salud", "con la longevidad individual", con la calidad y cantidad de los "servicios médicos", con los "ingresos o salarios" con "la satisfacción de necesidades y deseos" y con la existencia de la llamada "felicidad", elementos todos que individual o conjuntamente pueden ser sentimientos transitorios y que se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar, pero que no pueden ser estudiados en forma simplista y descriptiva sino como, el resultado de ese complejo de elementos expuestos.

Hacia fines del siglo XIX la Argentina tenía una población con un importante porcentaje de niños y adolescentes. Era población joven. Según la definición de las Naciones Unidas, una población está envejecida cuando el porcentaje de mayores de 60 años supera el 7% de la población total.

Actualmente, en Argentina, la población de 60 años y más es de 13.3% y en la Ciudad de Buenos Aires alcanza al 22% de la población total.

Hasta hace unas pocas décadas el envejecimiento poblacional era característico de los países desarrollados, pero actualmente se extendió a todo el mundo y el siglo XXI fue denominado el siglo del envejecimiento demográfico. En Italia la población de 60 años o más, es superior a la población de 15 años. Las proyecciones que se realizan para nuestro país lo ubican en esta situación para el 2040.

La Argentina se encuentra actualmente dentro de los países más envejecidos de América Latina, con valores similares a Cuba. Luego siguen Uruguay y Chile también en franca tendencia hacia el envejecimiento.

¿Cuáles son las causales de este proceso de envejecimiento poblacional?

Las causas, a nivel mundial, del envejecimiento poblacional son: el descenso de la tasa de natalidad, el descenso de la curva de mortalidad y las migraciones.

Se prevé que las tasas de natalidad y de mortalidad seguirán descendiendo en los próximos años. Las migraciones de los países limítrofes hacia la Argentina van en aumento, aportando su porcentaje a la curva de envejecimiento, y, aunque la incidencia estadística no es muy importante, también colabora la emigración de las personas adolescentes y jóvenes adultos argentinos al exterior por razones laborales desde la crisis económica del 2001.

En los últimos años se observa que la población que mayor índice de crecimiento tuvo, fue la de 80 años y más, manteniéndose el predominio femenino en todas las estimaciones realizadas hasta la fecha y también en las proyecciones al 2050.

¿Cuáles son las medidas que deben tomarse para enfrentar estos cambios en la pirámide poblacional?

Para que el envejecimiento sea un logro y no un problema en nuestra sociedad, será necesario tomar medidas urgentes.

En tal sentido, las recomendaciones efectuadas por la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Madrid 2002 son prioritarias en nuestra región: la implementación de políticas sanitarias adecuadas para brindar asistencia y tratamiento a la población que envejece y la necesidad de realizar inversiones destinadas a la atención de la salud y a la rehabilitación de las personas de edad para mejorar su calidad de vida. También se ratificó la importancia de la estrategia de atención primaria de la salud

A los fines del TIF haremos referencia únicamente a Salud, situación económica, jubilaciones

Salud:

“El envejecimiento tanto individual como colectivo no es una ruta a seguir, es un camino a construir”.

José Félix Chávez Pérez

Los adultos mayores presentan necesidades comunes sanitarias y sociales. Sin embargo, si bien todos los adultos mayores deben ser objeto de atención sanitaria integral, muchos otros miembros de la sociedad requieren vigilancia para retrasar el mayor tiempo posible, e incluso para conseguir que no desarrollen este tipo de dependencia, o ésta sea mínima.

Las estructuras sanitarias, pensadas y organizadas en tiempos en que las mayores necesidades eran otras, en épocas en que la expectativa vital y el apoyo familiar eran diferentes, o en que quizá también diferían las demandas de las personas mayores en cuanto al tipo de integración social esperado, se han quedado obsoletas para cubrir las necesidades de salud de los ancianos, que conviven largos años con enfermedades crónicas y degenerativas, intentando llevar una vida lo más activa y normal posible. Una gran parte de las medidas que afectan a la salud no dependen del sistema sanitario, sino que son competencia de otras instancias, de donde surge el concepto de espacio sociosanitario (ver Unidad I punto I.1.), cuya coordinación es la clave de la eficiencia de las organizaciones responsables de estos servicios a la sociedad.

Situación económica y pobreza.

No es sencillo tratar el tema de la situación económica de la vejez. El motivo es que a menudo los datos agregados esconden realidades muy diversas, y que las necesidades también lo son, y ello es doblemente cierto cuando se trata de la población adulta mayor, en la que se dan, casi por definición, los mayores contrastes en cuanto a experiencias vitales. La visión que del tema tenemos los trabajadores sociales y las organizaciones asistenciales y benéficas es, generalmente, catastrófica. Por el contrario, quienes trabajan con datos macroeconómicos consideran que es bastante buena o, que al menos, ha mejorado sustancialmente.

Jubilaciones y pensiones.

Jubilaciones y Pensiones

En los últimos años, ha existido un creciente consenso en relación a la necesidad de pensar a las políticas públicas en general, y a las políticas sociales en particular, como parte de las obligaciones estatales para el cumplimiento efectivo de los derechos humanos. Tal enfoque supera la visión de las políticas sociales como parte de una lógica signada por la oferta de beneficios de tipo asistencial, que pueden o no ser asumidos por



órganos estatales, para encauzarse en la definición de parámetros mínimos de dignidad cuya garantía es responsabilidad del Estado, mediante los distintos instrumentos que tiene a su alcance. Ahora bien, tal cambio de enfoque supone que los anteriormente considerados como meros “beneficiarios” de programas sociales, deberían ser valorados en tanto titulares plenos de derechos.

En la Argentina existen las pensiones asistenciales a la vejez (no contributivas) para personas de 70 años o más no cubiertas por ningún tipo de pensión y que no posean bienes, ingresos o recursos de cualquier tipo que le permitan su subsistencia, al 30 de junio de 2006 el número de beneficiarios de estas pensiones ascendía a 147.933 según los datos de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales estarían incluidas las de madre de 7 o más hijos y las de discapacidad de todas aquellas personas mayores de 70 años **Roqué, Mónica; Fassio, Adriana. (2007). Gerontología comunitaria e institucional.** Mar del Plata, UNMDP/Ministerio de Desarrollo Social. 145 p. [ISBN: 978-987-544-224-5]

A partir del 9 de diciembre de 2008, entró en vigencia la Ley 26.425 que crea el **Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA)** y elimina el régimen de capitalización, absorbido y sustituido por el régimen de reparto. El nuevo sistema circunscribe el otorgamiento de las prestaciones al Estado y se financia con recursos provenientes del pago de aportes y contribuciones previsionales, además de impuestos recaudados a tal fin (www.argentina.gov.ar). Con la universalización de las Pensiones no contributivas, la jubilación ama de casa y la jubilación anticipada, hoy estarían aumentando en un número muy importante la cobertura de la seguridad social.

Pobreza en los adultos mayores.

Es posible definir la pobreza como una situación donde se “limita el acceso a bienes materiales y culturales y a la información, impidiendo el flujo de recursos y la acumulación de activos. Las familias se ven afectadas por una situación integral que, si bien no siempre implica la insatisfacción de todas las necesidades básicas, limita el desarrollo humano de sus miembros y les impide participar decorosamente del estilo de vida prevaleciente en una sociedad dada y en un tiempo histórico determinado”. (Redondo 2002: 29)

Siguiendo uno de los enfoques tradicionales de medición de pobreza por ingresos y tomando como referencia los valores máximos de la crisis de fines del 2001, se puede decir que los niveles de pobreza disminuyeron cerca del 40%, pasando del 53% de la población (mayo 2002) al 31.4% (1er. semestre 2006). Lo mismo sucede con los niveles de indigencia que se redujeron un 55%, pasando del 25% de la población (mayo 2002) al 11.2% (INDEC, EPH, 1er. semestre 2006). A pesar de estas significativas reducciones, en la actualidad 11.3 millones de personas son pobres, de los cuales 4 millones son indigentes. De esta manera, la pobreza en la Argentina se ha

constituido a lo largo del tiempo en un fenómeno de masas, y no ya de una pequeña minoría como en el pasado.

En el Gran Buenos Aires (GBA) se puede constatar que en los últimos 30 años, la proporción de población bajo la línea de pobreza creció aproximadamente 10 veces, pasando de 3.2% a 29.4%. En igual período, la proporción de la población por debajo de la línea de indigencia se multiplicó casi por 6, pasando de 1.8% a 10.3% en el mismo aglomerado.

Asimismo, existen diferencias significativas en los niveles de pobreza en el interior del país. Mientras que en la Patagonia el 21.5% de la población se encuentra bajo la línea de pobreza y el 6.5% bajo la línea de indigencia, estos porcentajes trepan al 48.0% y 17.6% respectivamente en el noreste y al 54.0% y 22.7% en el noroeste. (INDEC, EPH, 1er. semestre 2006). Esto muestra las significativas brechas interregionales vigentes en el país.

Por otra parte, la pobreza no es un fenómeno homogéneo. Se debe distinguir, al menos, entre dos perfiles en la carencia de recursos: la pobreza estructural o heredada y la pobreza adquirida o reciente, que hace referencia a contextos variables que dan lugar a privaciones temporarias de ingresos monetarios. Estos dos grupos presentan características diferenciales. El primero está compuesto por aquella proporción de la población que estaba y permanece en situación de pobreza (núcleo duro y estable), mientras que el segundo está constituido por quienes pueden entrar y salir transitoriamente de dicha situación (pobreza transitoria). Pero “el interrogante crucial es, sin duda, cuánto tiempo de privaciones pueden soportar estas familias o personas hasta agotar su patrimonio –tanto en capital humano, como en activos habitacionales– y comenzar a vivir y reproducirse en situación de pobreza estructural, es decir, careciendo de acceso a servicios públicos indispensables” (Redondo 2002:37).

De la misma manera, la situación de pobreza afecta de forma diferente según la trayectoria de vida de cada persona. El enfoque del ciclo de vida reconoce que el impacto de un evento histórico sobre las personas y, en consecuencia, sobre el conjunto del sistema social, depende en parte de la edad en que se experimenta dicho evento. En este sentido, se distinguen tres grupos de alta vulnerabilidad: los niños, los jóvenes y los adultos mayores. La alta vulnerabilidad se debe a que consumen bienes y servicios que no producen, es decir, que para satisfacer sus necesidades, dependen de las transferencias que realicen sus familias o el Estado y porque –especialmente para el grupo de los niños y jóvenes– las situaciones de privación actuales afectan tanto las oportunidades presentes como su perspectiva en el futuro.

Pobreza, vejez y derechos humanos.

La exclusión y el empobrecimiento de las personas mayores suele ser fruto de las desigualdades estructurales de los países tanto en vías de desarrollo como desarrollados. Las desigualdades sufridas en los primeros años de la vida en el acceso a la educación, el empleo y la atención

sanitaria y las que se basan en el género y la raza están relacionadas de manera crítica con la situación y el bienestar de la vejez. Para las personas mayores que son pobres, las consecuencias de estas primeras experiencias se empeoran aún más al verse excluidas posteriormente de la atención sanitaria, los sistemas de crédito, las actividades que generan ingresos y la toma de decisiones.

Los medios para que las personas mayores logren dignidad y autonomía, reciban atención y participen en cuestiones cívicas no están, en muchos casos, a su disposición inmediata. Estas condiciones suelen ser peores cuando dichas personas viven en zonas rurales y en situaciones de conflicto o desastres humanitarios.

Los derechos que forman los pilares básicos de la protección social son, entre otros: el derecho a la jubilación con unos ingresos suficientes para tener una existencia segura y digna; el acceso a unos cuidados de salud y socio-sanitarios que garanticen la autonomía personal y la calidad de vida; la inclusión social; la integración efectiva en la sociedad. El gobierno asume en gran parte la responsabilidad del equilibrio entre auto-cuidados, sistemas de soporte informal y cuidados profesionales, así como la atención de larga duración, la cual debe contemplar un amplio abanico de servicios comunitarios, sociales y de salud. Para lograr este objetivo sus acciones tanto asistenciales, docentes e investigativas estarán dirigidas, fundamentalmente, a cambiar estilos de vida para tratar de lograr que las personas lleguen a la vejez con las óptimas capacidades funcionales posibles.

Salud y adulto mayor.

El presente milenio donde se modelan dos realidades aparentemente contradictorias: la creciente globalización en el ámbito tecno-económico y la acentuación de las diferencias en la distribución del conocimiento y las riquezas, ha proporcionado una asimetría que de forma paulatina incide en la relación del hombre con el mundo y ha planteado importantes desafíos sociales, éticos y legales acerca de los peligros radicalmente nuevos por su magnitud y naturaleza para el género humano.

Estos dilemas conciernen a la actividad humana de forma general; y en particular a la concepción y a la práctica de la medicina, que tiene al proceso salud enfermedad como núcleo central del Pensamiento Médico Social, el cual como resultado del desarrollo científico técnico alcanzado en las diversas esferas de la sociedad y en particular en la salud, ha ampliado el espectro para su análisis. (Aguirre, del B. R., Macías LI. M E. (2002.) *Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad.* Humanidades Médicas, Vol 2, No 4, Pag. 1

Disponible en: <http://www.revistahm.sld.cu/numeros/2002/n4/art/art01.htm>)

El frágil vínculo entre la medicina y la sociedad.

Se define al anciano frágil como aquél que presenta un aumento de la vulnerabilidad ante la presencia de estresores, como consecuencia de la disminución o la alteración de sus reversas fisiológicas, estando implicados criterios socio-demográficos (edad, soporte social, etc.), médicos (pluripatología, hospitalización y/o reingresos, déficit sensoriales, etc.) y funcionales (actividades básicas e instrumentales)

Por otra parte, en las últimas décadas los objetivos sanitarios han pasado de centrarse exclusivamente en la reducción de la morbimortalidad a valorar de forma significativa la calidad de vida de los pacientes, estando ésta definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e interés. Su medición ha permitido pasar de los indicadores negativos de salud clásicos a otros sobre aspectos subjetivos que se centran en el paciente y su entorno desde una vertiente más positivista. Además, pese a tratarse de un componente subjetivo, la medición de la calidad de vida subjetiva es considerada como un instrumento válido para medir el estado de salud de los pacientes, ya que diversos estudios han permitido relacionar dicha calidad de vida con la utilización de servicios sanitarios, el grado de autonomía y/o institucionalización del paciente e incluso con su supervivencia. (Orueta Sánchez Ramón (2008) *Anciano Frágil y Calidad de Vida*. Rev Clin Med Fam v.2n.3Albacete pag 31.

EL enfoque sociológico del proceso salud y enfermedad.

Es conocida la crítica acerca de los límites del paradigma vigente en el campo de la salud. La mirada profundamente biologicista, mecánica y reduccionista, es incapaz de dar cuenta de todos los aspectos de las problemáticas sanitarias, ni hablar de proveer soluciones. Sin embargo, son muy pocos los que ensayan alternativas, muy pocos los que intentan abordar la salud desde una óptica interdisciplinaria, muy pocos los que encuentran la manera de ir más allá de lo que tienen para ofrecer las ciencias naturales.

Atención primaria de la salud

La atención primaria de la salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad y de atención de las personas y el conjunto social. No sólo provee servicios de salud, sino que afronta las causas últimas (sociales, económicas y políticas) de la ausencia sanitaria.



La Atención Primaria de la Salud sólo es posible si se asienta sobre los principios de respeto a los derechos humanos, equidad y justicia social.

La atención primaria de la salud se apoya en la declaración de **Alma Ata**, de los años 70: "*Salud para todos en el año 2000*". Si bien para muchos este objetivo era utópico y su enunciación consistía sólo una declaración para tranquilizar conciencias, el lema implicaba un cambio radical de las políticas existentes, pues se trataba de privilegiar a los más necesitados.

En 1978, se adopta la concepción de **atención primaria de la salud**, estrategia global y revolucionaria que involucra al sistema sanitario, a los gobiernos y las sociedades en su conjunto. Tal filosofía impulsa un cambio que promueve el desarrollo social y económico, la solidaridad entre países, la equidad y la justicia y que alcanza una dimensión social y política insoslayable, siendo éste el nivel de análisis que la problemática requiere.

La atención primaria de la salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud–enfermedad y de atención de las personas y el conjunto social. No sólo provee servicios de salud, sino que afronta las causas últimas (sociales, económicas y políticas) de la ausencia sanitaria. La Atención primaria de la Salud, en su visión integra la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Su misión consiste en extender el sistema sanitario hasta la intimidad de las viviendas permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación entre el individuo y su familia –con sus saberes y cultura– y la medicina científica.

Envejecimiento y salud.

Los desafíos de una población que envejece son mundiales, nacionales y locales. Para afrontar estos desafíos se necesitará una planificación innovadora y reformas considerables en las políticas de los países desarrollados y los países en transición.

Tradicionalmente, la vejez se ha relacionado con la enfermedad, la dependencia y la falta de productividad. Las políticas y los programas vinculados a este paradigma desfasado no reflejan la realidad. De hecho, la mayoría de las personas se adapta a los cambios con la edad y siguen siendo autónomos ya muy ancianos. Sobre todo en los países en vías de desarrollo, continúan trabajando en trabajos remunerados y no remunerados (véase la figura 6 para el trabajo remunerado). En todos los países, las actividades de voluntariado protagonizadas por las personas mayores constituyen una importante contribución a la sociedad.

El comienzo de la enfermedad y el declive funcional relacionado con el envejecimiento pueden evitarse o retrasarse a cualquier edad. Por ejemplo, un aumento modesto de la actividad física o dejar de fumar, incluso a una edad avanzada, pueden reducir de manera significativa el riesgo de cardiopatía. Los cambios “favorables al envejecimiento” en el ámbito laboral (como pasar de un

trabajo agrícola agotador a tareas más llevaderas) y en la comunidad (como instalar semáforos que den a los mayores más tiempo para cruzar la calle) permiten que dichos mayores con discapacidad sigan siendo personas autónomas y productivas.

Ha llegado el momento de instaurar un nuevo paradigma que considere a las personas mayores participantes activos de una sociedad que integra el envejecimiento y que considere a dichas personas contribuyentes activos y beneficiarios del desarrollo.

Un paradigma tal asume un enfoque intergeneracional que reconoce la importancia de las relaciones familiares y la ayuda que se ofrecen entre sí los miembros y las generaciones en una familia. Fortalece la idea de “una sociedad para todas las edades”, el lema del Año Internacional de las Personas mayores de las Naciones Unidas (1999). También desafía la perspectiva tradicional de que el aprendizaje es cuestión de niños y jóvenes, el trabajo es cuestión de adultos y la jubilación es cuestión de la vejez. El nuevo paradigma reclama programas que apoyen el aprendizaje a todas las edades y permita a la gente entrar o salir del mercado laboral para asumir papeles dentro de la sociedad.

Si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva, una vida más larga debe ir acompañada de oportunidades continuas de autonomía y salud, productividad y protección. La Organización Mundial de la Salud utiliza el término “envejecimiento activo” para expresar el proceso por el que se consigue este objetivo.

El envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez.

El término “envejecimiento activo” fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud a finales del siglo XX con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de “envejecimiento saludable” y reconocer los factores y sectores, además de la mera atención sanitaria, que afectan a cómo envejecen individuos y poblaciones. Otros organismos internacionales, círculos académicos y grupos gubernamentales (entre los que se incluyen el G8, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, la Organización Internacional del Trabajo y la Comisión de las Comunidades Europeas) están usando también el término “envejecimiento activo”, principalmente para expresar la idea de una implicación continua en actividades socialmente productivas y en un trabajo gratificante.

Por tanto, el vocablo “activo” hace referencia a una implicación continua en cuestiones sociales, económicas, espirituales, culturales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo. Las personas mayores que estén enfermas o tengan limitaciones físicas como consecuencia de discapacidades pueden seguir colaborando activamente con sus familias, sus semejantes, en el ámbito comunitario y nacional.

Mantener la autonomía —la propia capacidad para controlar, afrontar y tomar decisiones sobre la vida diaria— es un objetivo primordial tanto para las personas como para los responsables políticos. La salud, el factor clave de la autonomía, posibilita una experiencia de envejecimiento activo.

El envejecimiento activo como acercamiento para el desarrollo de políticas y programas ofrece la posibilidad de afrontar todos los retos de las personas y poblaciones que están envejeciendo. Por último, permite a las personas mayores mejorar al máximo sus posibilidades de autonomía, buena salud y productividad, a la vez que les proporciona protección y cuidados adecuados cuando necesiten ayuda. Sólo cuando la salud, el mercado de trabajo, el empleo, las políticas educativas y sanitarias apoyen el envejecimiento activo será posible que:

- Menos adultos mueran prematuramente en las etapas más productivas de la vida
- Menos personas mayores sufran discapacidades y dolores relacionados con enfermedades crónicas
- Más personas mayores sigan siendo independientes y disfruten de una calidad de vida positiva
- Más personas mayores sigan colaborando productivamente en la economía y ámbitos sociales, culturales y políticos importantes de la sociedad, en trabajos remunerados y sin remunerar y en la vida doméstica y familiar
- Menos personas mayores necesiten tratamientos médicos costosos y atención sanitaria (OMS, en preparación).

El envejecimiento activo como acercamiento postula el reconocimiento de los derechos humanos de los mayores y en los Principios de las Naciones Unidas *de independencia, participación, dignidad, cuidados y realización de los propios deseos*. Dicho acercamiento sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento “basado en las necesidades” (que asume que las personas mayores son objetivos pasivos) a otro “basado en los derechos”, que reconoce la titularidad de las personas mayores a derechos como la igualdad de oportunidades y al tratamiento en todos los aspectos de la vida y apoya asimismo su responsabilidad para poner en práctica la participación en el proceso político

Promoción de la salud

La Carta de Ottawa, emitida en 1986:2, dirigida a la consecución del objetivo " Salud para todos en el año 2 000", de que " las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación., la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad"

Esta carta define que la Promoción de la Salud " consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, entendiendo a la salud como fuente de riqueza de la vida cotidiana, como un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Su acción se dirige a reducir las

diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades" (Carta de Ottawa, 1986: 2).

La Promoción de la Salud es un elemento fundamental en la vinculación de los servicios con la comunidad, los determinantes sociales del proceso salud enfermedad, no siempre están dentro del ámbito médico.

Es por ello que la promoción de la salud se interesa más allá de los estilos de vida; ella incluye, "un nivel adecuado de vida, buenas condiciones de trabajo, educación, actividad física, descanso y recreación".

Diversos esfuerzos de la sociedad mundial han llevado a la Promoción de la Salud, a un lugar prioritario en la agenda de discusión y de toma de decisiones. Declaraciones, conferencias internacionales y experiencias en el campo, han sido el marco donde se ha enriquecido el concepto, diferenciándolo de la prevención de la enfermedad y asignándole el valor que tiene como respuesta de los diferentes sectores relacionados con la salud, orientada a mejorar el entorno y las condiciones de vida de la población. Es un tema que debe ser conocido, discutido y analizado por todo/a profesional de la salud que trabaja en forma interdisciplinaria por la producción social de la salud.

La promoción de la salud requiere de la toma de decisiones de Estado que comprometen a todos los sectores sociales.

Dentro de este contexto, exige ciudadanos activos que dejen de ser receptores pasivos, implica el cuidado de la salud, noción que tiene una connotación mucho más amplia e integral que la de "atención". Implica relaciones horizontales, simétricas y participativas; no se aísla en un programa o en un servicio específico, sino que es intersectorial. De este modo, se exige que las instituciones y personas tengan como objetivo lograr el más alto nivel de salud posible para la población y los grupos más vulnerables y que definan acciones y recursos para lograrlo.

La intersectorialidad implica integrar, sin descuidar las funciones sustantivas de cada sector, nuevos saberes e involucrar a personas e instituciones, con independencia de relaciones jerárquicas, que dan por resultado una estructura organizacional abierta, flexible, funcional, con alta capacidad de adaptación a objetivos socio - comunitarios.

Medidas Preventivas en la tercera edad

"Prevenir mejor que curar, pero en la vejez mas aun "

José Luis Jordana Laguna

La medicina preventiva adquiere su máximo desarrollo efectivo durante el siglo XIX y primera mitad del siglo XX. El control y prevención de las enfermedades infecciosas originó el mayor aumento de expectativa de vida de la humanidad, con el consiguiente envejecimiento poblacional

en los países más desarrollados. Una medicina preventiva eficaz ha traído consigo un progresivo envejecimiento poblacional, que se produce sobre todo en la segunda mitad del siglo XX y en los países de mayor grado de desarrollo técnico y económico.

La Geriátrica es la rama de la Medicina que estudia y atiende aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales del anciano, tanto en situación de salud como de enfermedad. El objetivo principal que tiene es conseguir el máximo bienestar funcional del individuo, para acceder a una mejor integración social. Esto no sólo implica la prevención de la enfermedad, sino también la prevención y reducción de la discapacidad y la promoción de un mejor estado de salud. Todo ello debe permitir a los ancianos envejecer con mayor independencia, satisfacción y felicidad. La Dra. Warren, considerada pionera de la Geriátrica moderna, inició su andadura profesional en un asilo londinense en el que convivían viejos e indigentes, en un ambiente de reclusión y conformismo terapéutico. La aplicación de una metodología diagnóstica eficaz y la utilización de todas las medidas terapéuticas posibles, incluyendo las rehabilitadoras, así como la búsqueda de soluciones sociales a sus problemas, consiguieron reintegrar a la sociedad a gran parte de aquellos viejos asilados. Su trabajo, unido al de otros muchos y al envejecimiento demográfico, ha dado lugar a un concepto asistencial del anciano, que ha de extenderse no sólo a éste, sino a sus cuidadores. La familia a la que se le preste el apoyo debido, se le informe bien sobre el estado de salud y de enfermedad del anciano y se le garantice la ayuda adecuada para satisfacer las necesidades del mismo, seguirá atendiéndole con mayor efectividad y durante más tiempo que otra, a la que se le niegan estas ayudas. Este método de trabajo exige la colaboración interdisciplinar entre los profesionales del área sanitaria y del área social, que deben intervenir en el anciano y en su familia para conseguir una mejor calidad.

Si deseamos prevenir, el primer concepto que debemos adquirir es la diferencia existente entre el envejecimiento fisiológico y el patológico; es diferente envejecer que enfermar. El viejo está sometido a modificaciones fisiológicas por su propio envejecimiento, y accede a la vejez tras una larga exposición a factores de riesgo, tras un periodo previo en el que ha podido desarrollar enfermedades y hasta presentar secuelas de las mismas, que dificulten la adaptación social del individuo. También de manera previa, debemos conocer cuál es la expectativa de vida del individuo en relación con su edad. Debemos valorar la aplicación de medidas diagnósticas o terapéuticas especialmente agresivas para el individuo en el contexto de su calidad de vida previa y de su esperanza de vida. En Medicina Preventiva se contempla tres clásicos escalones de actuación.

Niveles de prevención.

Prevención primaria: Es la actuación en el periodo prepatogénico de la enfermedad, orientada a evitar que aparezca la enfermedad. Los campos de actuación serían: promoción de la salud, educación sanitaria y protección específica.

La medicina preventiva primaria en el anciano debe ser una continuación de la desarrollada desde la infancia. La eliminación de factores de riesgo y la adopción de una forma de vida saludable, son conceptos educacionales que deben adquirirse en edades más tempranas y mantenerse en la vejez

Prevención secundaria: Es la actuación dirigida a diagnosticar precozmente la enfermedad, para prevenir sus consecuencias y progresión, mediante un tratamiento temprano.

Acceder a una terapéutica temprana y adecuada, intentando evitar las consecuencias de la enfermedad. La pluripatología es frecuente en la vejez y la presentación de las enfermedades se realiza de manera atípica. Estas, entre otras cuestiones, dificultan el diagnóstico precoz y acreditan la necesidad de que el médico tenga una adecuada base de conocimientos en el área geriátrica y gerontológica.

Prevención terciaria: Es la actuación dirigida a prevenir, mediante terapéutica rehabilitadora, las consecuencias discapacitantes de la enfermedad y la invalidez consiguiente. La rehabilitación debe ser precoz y global (física, psíquica y social). Tiene como objetivo evitar las secuelas físicas y psíquicas de la enfermedad. Es necesario conocer los déficits funcionales para tratarlos y atenuarlos. Gran parte de los casos de invalidez producidos por diferentes aparatos, eran desconocidos por el médico del paciente. La incontinencia de orina, la demencia, la depresión o los dolores de los pies, habitualmente eran desconocidas por los médicos de los pacientes, a pesar de la potencia discapacitante de las mismas. Si no las conocían, difícilmente se puede hacer algo para mejorarlas.

Atención comunitaria en el adulto mayor.

“El sentido que los seres humanos atribuyen a su vida y su total sistema de valores, son los que definen el significado y el valor de la vejez.”

Simone de Beauvoir

Se reconoce que el envejecimiento es aquella etapa de la vida en la que se presentan con mayor frecuencia problemas de salud, como las **enfermedades crónicas degenerativas** y sus complicaciones, ameritando con mayor frecuencia el uso de los servicios de salud. El envejecimiento es el proceso al que todo ser viviente puede aspirar, por lo cual existen diferentes ángulos para entenderlo y vivirlo.



Desde que el ser humano habita este planeta, se ha esforzado en conocer el proceso de envejecer, quizá en parte por la angustia de envejecer como tal o por ser sinónimo de muerte. La fórmula para frenar este proceso o revertirlo es fuente de inspiración para muchos investigadores.

El panorama cambia si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva. Una vida más larga debe ir acompañada de oportunidades continuas de salud, de participación y seguridad. Enfrentar estos retos implica conocer las necesidades y la responsabilidad de los individuos.

La atención comunitaria es la célula básica en la atención al adulto mayor porque aglutina a la familia y a la comunidad en su trabajo cuyo protagonista es el anciano. La atención al anciano está encaminada esencialmente a:

- Mejorar la salud de la población de 60 años y más, aumento de la vida activa, mediante la promoción y el auto cuidado, el tratamiento preventivo, curativo y rehabilitador de este grupo. con el apoyo de la familia y la comunidad contribuyendo así a elevar su calidad de vida
- Crear una modalidad de atención gerontológica comunitaria que contribuya a resolver necesidades socio-económicas, psicológicas y biomédicas de los adultos mayores.

Es decir promover cambios en estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud. Prevenir y retardar la aparición de enfermedades y discapacidades. Garantizar la atención integral, progresiva, oportuna y eficiente a este grupo. Garantizar la rehabilitación de los adultos mayores a través de la rehabilitación de base comunitaria.

La clave del éxito de la Atención Comunitaria al Adulto Mayor radica en el trabajo multidisciplinario e intersectorial.

Las Organizaciones

Es un sistema social integrado por individuos y grupos que, bajo una determinada estructura y dentro de un contexto al que controlan parcialmente, desarrollan actividades aplicando recursos en pos de ciertos valores comunes. La gestión de una organización tiene una enorme importancia. Para entenderla, debemos estudiar formalmente las organizaciones, su gente, sus procesos y su estructura.

A los fines del TIF únicamente se tomara los conceptos de las organizaciones públicas estatales, públicas no estatales y privada.

Organizaciones según sectores: públicas estatales, públicas no estatales y privadas.

Es responsabilidad esencial de todo gobierno promover las condiciones básicas de bienestar que garanticen el desarrollo integral de la población, en especial de los grupos sociales que presentan las mayores carencias.

Bajo esta premisa, las acciones tendientes al desarrollo humano y social se fortalecen con la suma de esfuerzos de la acción gubernamental y de la sociedad, a efecto de construir oportunidades de superación individual y comunitaria que propicien la mejoría de la calidad de vida de quienes atraviesan por diversas condiciones de marginación, discapacidad, vejez, desamparo, desintegración familiar o discriminación de género.

Para atender oportunamente cada problemática, resulta fundamental que se fortalezca la cohesión social y la corresponsabilidad, a través de una coordinación eficaz entre las instituciones públicas y la sociedad en su conjunto. En esta tarea, la participación social se ha hecho evidente a través de un trabajo arduo y perseverante de organizaciones de la sociedad civil, que desde distintos ámbitos colaboran en la atención de una variada problemática que tradicionalmente era vista como responsabilidad exclusiva del estado, y en donde se pone de manifiesto una ciudadanía más activa y comprometida.

Las organizaciones públicas estatales dependen del poder del estado, entendido como lo que es de todos y para todos. Los propósitos solo pueden ser establecidos a través de procesos públicos, en cambio las organizaciones públicas no estatales esta volcada hacia el interés público, aunque la rige el derecho privado. Depende de que los propósitos sean adoptados por los contribuyentes y voluntarios que aportan y trabajan para ellas.

Las organizaciones privadas esta volcado al lucro o consumo.

Moore (200) señala que la distinción entre la administración de organizaciones sin fines de lucro y las gubernamentales en relación a las privadas con fines de lucro, radica en:

- El valor público a ser creado,
- Las fuentes de legitimación y soporte y
- La capacidad operativa para la entrega del valor.

Organizaciones voraces y organizaciones totales

Sobre las características de las instituciones totales, según Erving Goffman

Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un elevado número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su reclusión una rutina diaria, administrada formalmente. [Erving Goffman, *Internados: Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales* (Buenos Aires: Amorrortu, 1972), 5].

Es en el primero de los ensayos (*Sobre las características de las instituciones totales*) donde Goffman ordena las instituciones totales en cinco grandes grupos, avisando que la clasificación "no es precisa, exhaustiva, ni por su inmediata aplicación tampoco analítica; aporta, sin embargo, una definición puramente denotativa de la categoría, como punto de partida concreto." [Ibid., 19] Estos cinco grupos son: a) Las instituciones erigidas para cuidar personas incapacitadas pero

inofensivas: centros para invidentes, huérfanos, indigentes, ancianos...; b) Grupos integrados por personas que no pueden cuidarse ellas mismas pero que, a diferencia del grupo anterior, representan una amenaza involuntaria contra la comunidad: hospitales psiquiátricos, de enfermos infecciosos, etc; c) Aquellas instituciones que, a diferencia de las anteriores, se proponen el bienestar inmediato del interno, se organizan para proteger a la comunidad de aquellos que constituyen una amenaza real o no; d) En cuarto lugar nos encontraríamos con aquellas instituciones que se han creado deliberadamente para mejorar el cumplimiento de una determinada labor y que sólo se justifican sobre estas bases instrumentales: cuarteles, barcos, escuelas de internos, y campos de trabajo son algunos ejemplos; y, e) Finalmente encontramos establecimientos concebidos como refugios del mundo, lugares que con frecuencia sirven para la formación de religiosos: abadías, monasterios, conventos y otros claustros.

Centrados ya en las características de las instituciones totales, y si pensamos en el orden social de nuestra sociedad, coincidiremos con Goffman al afirmar que "el individuo tiene que dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, con diferentes co-partícipes, bajo autoridades diferentes, y sin un plan racional amplio." [Loc.cit.] Así, podemos extraer el elemento central que caracteriza a las instituciones totales: "La ruptura de las barreras que separan normalmente estos tres ámbitos de la vida." [Loc.cit.]

La característica central de las instituciones totales, según Goffman, es la ruptura de un ordenamiento social básico en la sociedad moderna: la distinción entre los espacios de juego, descanso y trabajo, en los que por lo general se interactúa con distintos coparticipantes, bajo autoridades diversas y sin respetar un plan administrativo muy estricto. Por el contrario, según Goffman (1961: 19-20), las instituciones totales se caracterizan por:

1. Todas las dimensiones de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo una única autoridad.
2. Todas las etapas de la actividad cotidiana de cada miembro de la institución total se llevan a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros miembros, a los que se da el mismo trato y de los que se requiere que hagan juntos las mismas cosas.
3. Todas las actividades cotidianas están estrictamente programadas, de modo que la actividad que se realiza en un momento determinado conduce a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone jerárquicamente, mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo administrativo.
4. Las diversas actividades obligatorias se integran en un único plan racional, deliberadamente creado para lograr de objetivos propios de la institución.

Haciendo una breve aproximación a las instituciones totales uno de sus elementos fundamentales: su incompatibilidad con la familia. "La vida familiar suele contraponerse a la

vida solitaria, pero en realidad el contraste más pertinente es con la vida de cuadrilla, porque los que comen y duermen en el trabajo, con un grupo de compañeros, difícilmente pueden llegar a una existencia doméstica significativa." [Ibid., 24-25] Inversamente, el hecho de que las familias del personal que trabaja con los internos se mantengan fuera de la institución, les permite romper la tendencia absorbente de la institución total. Goffman quiere insistir en que la fuerza que una institución pueda tener sobre un individuo dependen de la supresión del círculo familia, ya sea real o potencial: "La formación de familias proporciona una garantía estructural de resistencia permanente contra las instituciones totales." [Ibid., 25].

Según C. Lewis Coser las características de las instituciones voraces, son las principales cuestiones a las que se enfrentan los grupos organizados: a) poner las energías humanas al servicio de sus fines, y b) hacer que sus miembros les guarden fidelidad por encima de las demandas de lealtad de otros grupos o instituciones. En resumen: lealtad absoluta y adhesión total.

Podemos concretar las características de las instituciones voraces en los siguientes puntos: a) se establecen barreras simbólicas que aíslan al grupo de las personas no pertenecientes a él; b) se exige adhesión absoluta al grupo; c) lealtad incondicional; d) organización excluyente que distingue entre los que pertenecen al grupo y los que no.

Breve Referencia de Humahuaca:

La Quebrada de Humahuaca es un extenso valle montañoso de 155 kilómetros de longitud que corre en dirección norte-sur. Esta ubicado en el Noroeste de la Argentina.

La localidad de Humahuaca, capital histórica de la quebrada, es el centro neurálgico del circuito de poblaciones de la Puna. Tiene una altitud de 2939 metros sobre el nivel del mar y está asentada a orillas del río Grande

En 1974 Jujuy nombró a Humahuaca como "Ciudad Histórica" mediante una ley provincial. La quebrada homónima, que incluye diversas localidades, tuvo que esperar unos años más para lograr el mayor de los reconocimientos. Fue declarada "Patrimonio Cultural y Natural de la Humanidad". Durante la sesión realizada en París el 2 de julio de 2003, los 21 integrantes del Comité de Patrimonio Mundial de la UNESCO tomaron esta decisión de manera unánime y calificaron al paisaje como un "sistema patrimonial de características excepcionales".

Su nombre deriva de una leyenda aborigen que hace referencia a la Cabeza que llora ¡ Humahuacac! ¡ Humahuacac!. Algunos historiadores como el Dr. Horacio Carrillo, sostiene con respecto al origen del nombre, que hace referencia al lugar de enterratorios de cabezas, o sepulcro de principales cabezas destacadas.



4.- Diagnostico

En el diagnostico se presenta el análisis de la información empírica identificando diferentes aspectos y dimensiones a partir del trabajo con las entrevistas realizadas tanto a los beneficiarios directos del sistema de prestaciones del programa nacional de cuidados domiciliarios como a los familiares, funcionarios, líderes comunitarios., observaciones y charlas informales. Esto adquiere relevancia analítica a través de su tensión con el marco teórico y las categorías que surgen en la construcción de la información.

Se organiza en los siguientes apartados:

- 1. Descripción del universo de estudio y de la muestra.**
- 2. Dimensiones de análisis**
- 3. Configuraciones del sistema de prestaciones**

Descripción del universo de estudio y de la muestra

El Universo de estudio lo constituyen los adultos mayores de la zona rural del ejido municipal de la ciudad de Humahuaca – provincia de Jujuy-. La unidad de Análisis, cada uno de los adultos mayores que se encuentran bajo sistema de prestaciones del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores – Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia -Ministerio de Desarrollo Social de la Nación - en Convenio con la Municipalidad de Humahuaca.

La selección de casos (26 en total, constituyen el 100%), se realizó a través de una muestra intencional, la que se tomó como punto de partida del trabajo de terreno, durante los monitoreos periódicos.

Composición de la muestra

Propios y criterios tenidos en cuenta para la selección:

Edad: se agrupan en tres franjas etarias: entre 60 y 70 años (20%); entre 70 y 80 años (35%) y mayores de 80 años (45%).

Sexo: el 67 % mujeres y el 33 % varones.

Residencia: adultos mayores que residen en forma permanente en los parajes de Chorcan, Rodero, Varas, Coctaca, La Mesada, Ciénaga, Juri y Esquinas Blancas ejido Municipal de la Ciudad Humahuaca).

Ingresos/Tipo de ingreso: Distintos tipos de beneficios y remuneraciones, en base al actual sistema de seguridad social. La información al respecto se presenta en el siguiente cuadro.

TIPO DE BENEFICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Jubilación Nacional	2	8
Jubilación Provincial	2	8
Jubilación Ama de Casa	6	23
Pensión Nacional No contributiva	12	46
Pensión derivada de conyugue fallecido	2	8
Sin ingresos	2	8
TOTAL	26	100%

Cobertura de Obra Social: Esta relacionada con el tipo de beneficio previsional y no previsional y cobertura con que se cuente. El 46% cuenta con cobertura de Obra Social (9 adultos mayores pertenecen al INSSJyP, y 3 al Obra Social Provincial ISJ (Institutos de Seguros de Jujuy), , el 46 % tiene la cobertura del Programa Federal de Salud y el 8% restante no cuenta con obra social.

Acceso a atención de la Salud: esta relacionado a la necesidad de atención, los mayores con obra social acuden esporádicamente a servicios privados de salud, generalmente el 100% accede a la atención de la salud a través del sistema publico (hospital cabecera y puestos de salud con atención primaria de la salud).

Situación educativa: un 77% tiene el nivel primario incompleto (curso hasta el 2º o 3º) y 23 % no tiene estudios (son mujeres).

Situación habitacional: El 100% de los adultos mayores vive en viviendas propias en terrenos cedidos por el reconocimiento de la propiedad comunitaria aborigen. Ley 23.302. Decreto N° 155/89.

Condiciones habitacionales: el 100% vive en viviendas precarias, sin adecuación acorde a sus necesidades se caracteriza por una habitación, pequeña, baño letrina cielo abierto, cocina a fogata en el piso.

Acceso a servicios: carecen de red de luz eléctrica y de agua potable. Se alumbran con vela o con mechero y el gua lo extraen del rio o de algún ojo de agua.

Conformación del hogar: 16 adultos mayores viven solos, 5 con otros familiares, 1 con sus bisnietos, 1 con su nieto, 1 con su hija y 2 con su hermano.

Abuelidad: la mayoría tienen nietos (23 sobre un total de 26)

Tipo de ayuda que recibe de los familiares: del total de 26, manifiestan 9 que reciben alguna ayuda esporádica que consiste en ropa, calzado y/o alimentos, los 17 subsiste de su pensión o jubilación.

Contención de redes de servicios, comunitarios e institucionales: organizaciones aborígenes; caritas parroquial, grupos comunitarios o asociaciones civiles sin fines de lucro, partidos políticos: la mayoría recibe alguna ayuda material esporádica, ocasional que consiste en ropa, alimentos.

A quien recurre ante dificultades: este aspecto se expresa en el cuadro siguiente:

	Frecuencia	Porcentaje
Familia	10	38%
Amigos	1	4%
Vecinos	-----	0%
Iglesia	-----	0%
A nadie	16	61,50%
Otros	2	8%

Participación en diferentes grupos: el 100% no participa de ningún grupo, no existen estos espacios en la zona.

Participación en otros espacios socio-culturales: el 95% no participa de ningún otro espacio, el 5% restante lo hace en forma ocasional en épocas de carnavales, fiestas patronales. .

Actividades de la vida cotidiana: se hace referencias a ella en el siguiente cuadro:

Actividades de la Vida Diaria	Grado de Dependencia				Apoyo *		Total
	Autonomía Total	Limitaciones		Dependencia Total	Con apoyo	Sin apoyo	
		Leves	Severas				
1- Levantarse/Acostarse:							
• Incorporarse en la cama		15	8	2	10	16	26
• Levantarse e iniciar la marcha		16	7	3	10	16	26
• Sentarse en la cama		15	8	3	10	16	26
• Levantar los pies y acostarse		15	8	3	10	16	26
• Abrigarse		15	8	3	10	16	26
2- Comida/ Bebida:							
• Servirse, untar y cortar	4	12	8	2	10	16	26
• Sostener y manejar cubiertos, vasos, etc.	12	8	4	2	10	16	26
• Llevarse la comida a la boca	12	8	4	2	10	16	26
3- Vestirse/Desvestirse							
• Ponerse y quitarse prendas de la mitad superior		15	8	2	10	16	26
• Ponerse y quitarse prendas de la mitad inferior		16	7	3	10	16	26
• Ponerse y quitarse el calzado		15	8	3	10	16	26
• Abrocharse botones, corpiño, etc.		15	8	3	10	16	26
		15	8	3	10	16	26

4- Lavarse/Arreglarse							
• Lavarse las manos - cara		15	8	3	10	16	26
• Peinarse		13	10	3	10	16	26
• Lavarse el pelo - afeitarse		13	10	3	10	16	26
• Lavarse los pies - cortarse las uñas		11	12	3	10	16	26
• Realizar higiene íntima, etc.		15	8	3	19	16	26
5- Bañarse/Ducharse							
• Ingresar a la bañera, ducha, etc.		12	11	3	10	16	26
• Abrir y cerrar las canillas		15	8	3	10	16	26
• Enjabonarse la parte superior de su cuerpo		15	8	3	10	16	26
• Enjabonarse la parte inferior de su cuerpo		15	8	3	10	16	26
• Enjuagarse		15	8	3	10	16	26
• Salir de la bañera, ducha, etc.		12	11	3	10	16	26
• Secarse la parte superior de su cuerpo		14	9	3	10	16	26
• Secarse la parte inferior de su cuerpo		12	8	3	10	16	26
6- Uso de Sanitarios							
• Llega a tiempo al baño para orinar/defecar	8	6	5	7	10	16	26
• Se higieniza	--	6	13	7	10	16	26
7- Visión (con o sin lentes)							
• Visualiza a las personas y objetos	9	6	9	-	10	16	26
• Visualiza señalizaciones	6	6	12	2	10	16	26
• Distingue los colores	16	5	3	2	10	16	26
8- Audición (con o sin audífono)							
• Escucha normalmente	5						
• Escucha con dificultad	--	11	7	3	10	16	26
• Identifica sonidos	16		7	3	19	16	26
En el caso de las personas que usan audífono:							
• Se coloca el audífono adecuadamente	--	--	--	--	--	--	--
• Lo retira	--	--	--	--	--	--	--
• Identifica el desgaste de pilas-baterías	--	--	--	--	--	--	--
• Higieniza adecuadamente su audífono	--	--	--	--	--	--	--
9- Orientación Temporoespacial							
• Es consciente del mes, día y hora en el que vive	5	11	7	3	10	16	26
• Es consciente de la estación del año en la que se encuentra	5	11	7	3	10	16	26
• Reconoce su casa y su comunidad	13	6	4	3	10	16	26
• Reconoce sus familiares y vecinos	13	6	6	1	10	16	26
• Tiene noción de cerca y lejos, alto y bajo, frío y calor	19	4	1	2	10	16	26
10- Desplazamiento en vivienda							
• Movilidad por las distintas dependencias	5	11	6	3	10	16	26
• Capacidad para manejar dispositivos domésticos (llaves, enchufes, etc.)	5	11	6	--	10	16	26
• Accesibilidad dentro de la misma (manejar picaportes, abrir y cerrar puertas, etc.)	5	11	6	3	10	16	26

11- Relación con el entorno							
• Capacidad para desplazarse fuera de la casa	5	11	6	3	10	16	26
• Capacidad para manejar objetos de comunicación (teléfono, radio, etc.)	16	6	1	3	10	16	26
• Capacidad para hacer uso de medios de transporte	5	11	7	3	10	16	26
• Capacidad para gestionar recursos	3	11	9	3	10	16	26
• Capacidad para organizar la rutina cotidiana (compras, manejo del dinero, etc.)	3	11	9	3	10	16	26
• Capacidad para manejarse en contextos no habituales		14	9	3	10	16	26
12- Capacidad de Autoprotección							
• Capacidad para eludir riesgos		3	11	12	10	16	26
• Capacidad para obtener ayuda en situación de emergencia		2	11	12	10	16	26
13- Capacidad de interacción							
• Capacidad para mantener relaciones interpersonales habituales	5	8	3	11	10	16	26
• Capacidad para ampliar su núcleo relacional	3	6	6	11	10	16	26
• Adaptabilidad de hábitos personales al contexto social (atuendo, horario, expresiones, etc.)	1	6	8	11	10	16	26
• Capacidad para asumir y cumplir normas, usos y costumbres propias de su entorno.	5	11	4	6	10	16	26
14- Labores del hogar							
• Puede realizar higiene total del hábitat		8	7	11	10	16	26
• Puede realizar higiene parcial de hábitat	3	6	7	10	10	16	26
• Puede cocinar	2	6	8	10	10	16	26
• Puede lavar		4	12	10	10	16	26

(Formulario tomado del cuadernillo de cuidadores domiciliarios)

*Hace referencia al apoyo familiar

En relación con la totalidad de la muestra, podemos decir que esta franja etaria se caracteriza por estar compuesta por los viejos de 80 años y más, prevalece la vejez femenina en un 67%, se puede observar a través de este dato que la mujer que vive en esta zona tiene mayores expectativas de vida.

De la información recabada se puede inferir claramente que la familia, sufre de alguna manera un impacto de fuertes transformaciones, atraviesa una suerte de crisis de representación y de legitimidad; esta situación se refleja claramente en la caracterización de la muestra, en cuanto los adultos mayores sobre un total de 26, el 61,5% vive solo a pesar de requerir el apoyo familiar para las actividades básicas de la vida cotidiana, otro referencia importante es cuando requiere de ayuda de algún familiar, solo 9 adultos mayores reciben ayuda familiar esporádicas y elemental,

también es de resaltar que el 61% de los adultos mayores, cuando tienen dificultades no recurren a nadie, solo el 38% acude a algún familiar.

Como podemos observar el cambio en la transición demográfica y epidemiológica ha influido también en los pueblos rurales o aborígenes modificando las formas de percibir y atender la vejez, situación que se agrava al referirnos a las condiciones de vida de los adultos mayores de estas zona, quienes viven en regiones de pobreza extrema caracterizadas por situaciones de alta marginación, desprovistos de programas de atención, especialmente en los rubros de salud, el 100% accede al hospital público a pesar de contar con una cobertura de Obra Social. En el hospital público, de acuerdo a la versiones emitidas por los adultos mayores son mal atendidos o directamente no son atendidos; en cuanto a la educación sistematizada, el 77% tiene un primario incompleto, cursos hasta el segundo o tercer grado, transformándose así en analfabetos funcionales, porque saben leer con dificultad y apenas firmar, y los demás son analfabetos; el sistema habitacional, es precario, aunque característico de la zona, sin accesos a servicios básicos de agua potable y de red luz eléctrica, inexistencia de espacios socio culturales y de otros espacios propios del sector envejecido, lo que hace prioritario afrontar los problemas sociales de ese conjunto de población. *La "costumbre" respecto al cuidado y atención de los adultos mayores, que en las culturas aborígenes o rurales indígenas se pensaba era difícil de modificar, ha sufrido cambios bruscos, la más de las veces con saldo negativo para el sector envejecido; impactando de diversa manera las formas de vivir la vejez., esta situación se observa ante la ausencia de contención en redes de servicios comunitarios e institucionales.*

Hasta no hace mucho tiempo, lo común era que toda la familia (padres, abuelos e hijos), vivía bajo el mismo techo, lo que proporcionaba un ambiente de crianza que duraba toda la vida, y en el que destacaban los sentimientos de cohesión y solidaridad entre sus miembros, junto al respeto y la defensa del adulto mayor. En la actualidad este modelo tradicional ha cambiado; el adulto mayor de esta zona en 61% no suele convivir bajo el mismo techo y en muchos de los casos, tal es así que podemos ver que solo el 9% vive cerca de sus hijas y nietos, el 30% vive con otros adultos mayores que son familiares o no.

Cuando están enfermos no pueden proveerse de los alimentos básicos, menos de la medicación o de la atención médica que necesita, ya que las viviendas son alejadas las unas de las otras, por ende la relación vecinal es casi nula, y mas aun cuando su vecino es otro adulto mayor a cargo de otro mayor enfermos crónico o discapacitado. El medio de transporte es escaso, el recorrido de un trasporte pequeño de pasajero privado hace su recorrido una vez a la semana, no tiene días especificados, ni horarios, por ende el que quiere trasladarse para consulta médica debe esperar este medio de transporte a la orilla del camino, ya que su vivienda esta alejada del camino comunal.

Tal como se hiciera mención todas las personas adultas mayores entrevistadas residen en la zona rural constituida por los parajes de Chorcan, Rodero, Varas, Coctaca, La Mesada, Ciénaga, Juirí y Esquinas Blancas (Jurisdicción del ejido Municipal de la Ciudad Humahuaca Provincia de Jujuy).

En este contexto generan sus estrategias de vida de pobreza, no por la falta del recurso económico, ya que el 92% cuenta con algún beneficio previsional, sino porque se encuentran alejados del medio urbano y de la familia.

Sin duda, en estos casos se puede ver como el contexto limita las posibilidades de pensar, de pensarse y de proyectarse. En este aspecto podemos ver que las implicancias que tiene la posición socio económica de cada persona, de cada grupo, de cada familia que vive en esta zona y especialmente el adulto mayor, no esta condicionado directamente con la falta del recurso económico, sino mas bien por la topografía del lugar, las distancias, las ausencias de medios de transporte, de instituciones contenedoras, de atención de la salud, entre otras tantas.

Dimensión de análisis

En este punto damos cuenta de los aspectos y características que configuran diferentes situaciones de los adultos mayores en relación a la implementación del sistema de prestaciones del programa nacional de cuidados domiciliarios, en tanto constituye el eje central en el abordaje de la temática en el actual contexto de beneficiarios bajo programa y de cómo como lo viven, lo siente y piensan sus situaciones en cuanto a cuidados y elevar su calidad de vida, estableciendo la diferencia cualitativa en relación con la posibilidad de mantener su derecho a la dignidad, como derecho fundamental .

Este fenómeno del proceso de envejecimiento de “llegar a viejo”, que algunos autores llaman vejez o envejecimiento en donde la “costumbre” respecto al cuidado y atención de los ancianos, que en las culturas de estas comunidades rurales se pensaba era difícil de modificar, ha sufrido cambios bruscos, la más de las veces con saldos negativos; impactando de diversa manera las formas de vivir la vejez masculina y femenina. Así, por ejemplo, ya no podemos asumir una “vejez idílica” cómo elemento explicativo del último tramo del ciclo de vida, según lo reportan diversos estudios etnográficos realizados en la segunda mitad del siglo XX. Tal como señaláramos anteriormente, en este trabajo se *“Evaluará la oferta del sistema de prestaciones para adultos mayores del área rural de la ciudad de humahuaca, con el fin de lograr una primera aproximación a su realidad, para facilitar un mejor entendimiento de su situación y proponer mecanismos de intervención acordes con sus necesidades y se identificara la calidad de los servicios de ayuda a domicilio brindado y la percepción que las personas de edad*



pueden tener de ella, estableciendo la diferencia cualitativa en relación con la posibilidad de mantener su derecho a la dignidad, como derecho fundamental ”

En este sentido, teniendo en cuenta la descripción de la muestra y el trabajo minucioso con las entrevistas tanto a los beneficiarios directos, a los familiares, líderes comunitarios y funcionarios, los principales aspectos que configuran la evaluación de la implementación del sistema de prestaciones del programa nacional de cuidados domiciliarios son:

Familia, Adulto Mayor, Vida Cotidiana y Sistema de Prestaciones del Programa de Cuidados Domiciliarios

Salud envejecimiento – atención de la salud y sistema de prestaciones

Protección social, vejez y sistema de prestaciones

Identidad y participación social

El sistema de prestaciones en el mirar de los funcionarios y líderes comunitarios

El ordenamiento de estos aspectos se realiza en base a la relevancia y significado que cada uno de los adultos mayores, familiar, líder comunitario y funcionarios les asigno al momento de las entrevistas.

Familia, Adulto Mayor, vida cotidiana y sistema de prestaciones

Desde la perspectiva planteada en el presente Trabajo final de integración, mostrare que uno de los aspectos que adquieren mayor relevancia en la configuración de la *oferta del sistema de prestaciones del programa nacional de cuidados domiciliarios a los adultos mayores de las comunidades rurales*, se da en el seno de la familia y la vida cotidiana.

En tal sentido es necesario expresar la concepción de familia desde la cual se realiza el análisis.

“La familia se constituye históricamente con relación al contexto y en un tiempo determinado. Su estructura esta sometida a condiciones socioeconómicas, culturales, geográficas, ecológicas, políticas y sociales(s...) es producida y productora de un sistema social de relaciones en que cada sujeto que la integra significa dichas relaciones expresadas en la vida cotidiana desde su particular manera de pensar, sentir, valorar, de ser, entender, de actuar, desde sus condiciones concretas de existencia” (Eloisa de Jong, 2001).

“Si bien cada familia es un espacio sociocultural instituyente de la vida de cada sujeto en tanto es una estructura social en movimiento que se modifica permanentemente en su proceso de la vida, pero a la vez es un espacio instituido socialmente ya que es una estructura social institucionalizada en la organización de la sociedad adquiriendo una configuración legal normativa” Carreon guillen, Javier,(2005) relaciones de poder y vida cotidiana en las familias N° 10).

La ayuda a domicilio en la zona rural abre un nuevo horizonte tanto para los beneficiarios como para los familiares, de muchas esperanzas hacia nuevos desafíos, “...Con la ayuda de la Srta.

Cuidadora, hemos podiu salir a la ciudad, llevarla al Hospital, conseguir que el medico la atienda, tener los medicamentos”; “ahora que contamos con la cuidadora, uno conoce mas, pregunta lo que necesita saber...me siento con confianza”; “la cuidadora trajo un medico y con la ayuda de ellos hemos conseguui que venga la ambulancia y la traslademos a la ciudad para que se opere de la cadera, ahora ya se sienta”; “ la mocita un día me dice... doña Francisca cuantos años tiene...y yo lei contestau, maver no se..., como que nosabe me esta contestando, díai estoy dando el documento.. mave fijate en la libreta y me sale diciendo parece que vamos a comer torta doñita...y entonces le digo ma ver porque, porque falta poco para su cumple, hay que soplar las velitas,y después esta llegando con una torta grande, con carne, arina, huevos, que lindo día mamita, nunca le voy a olvidar a esta mocita... ”; “Con la cuidadora, llevamos a mi mamita pa que le vean los ojos,... tanto años sin ver, ahora ve,... que contenta que se ve mi mamita...” “con la Sra. que viene a ver a la abuela, hemos aprendido mucho y la vemos mucho mejor”; “Con la chica, hey podiu ir al medico, velay refriegue que te refiegre la cadera, aura puedo caminar mejor”; Cuando viene la Berta, guapita es, ya me deja los baldes con agua, por lo menos pa cocinar...); “Con la chica hey podiu ir después de tantos años a ver a mi hermanito en Rodero); “Mira que linda compañía que tengo, ya no estoy sola”; “tantos años sin tener noticias de mi hijo, la cuidadora ...no se como habrá hecho, velay un día llegando los dos habían estau, que alegría,...el tuito enojau sia ido diciendo no mia a de ver mas mama, todo por una moza”,en fin los relatos son infinitos. En muchos aparece con fuerza el impacto positivo del sistema de prestaciones de cuidados domiciliarios, se sienten más seguros, de sentirse escuchados, bien tratados, de ver que sus problemas de salud se resuelven, los problemas de medicamentos, se sienten con mas confianza para expresar sus afectos, de compartir.

Como podemos observar el Cuidador Domiciliarios (C.D.) toma un rol representativo y principal con respuestas ágiles y permanentes, sobre todo tratando eliminar el prejuicio de que ya nada se puede hacer porque el viejo es sinónimo de enfermo, discapacitado, que no puede hacer nada. Si bien algunos C.D. hacen tambalear la decisión de los familiares y beneficiarios consientes de las ventajas del domicilio como lugar idóneo para los cuidados de la salud, mediante la asistencia, la prevención, la promoción, la rehabilitación y la educación permanente.

Abandonar las características de inestabilidad implico para el cuidador domiciliario apoderarse de las técnicas necesarias para convertir desde sus inicios en una actividad efectiva y afectiva más que competitiva, sin olvidar las bases humanísticas, dándole un toque de dinamismo, creatividad y eficiencia, con los diversos problemas de accesos: largas distancias, ausencia de medios de transporte, topografía dificultosa, climas fríos, fuertes vientos, falta de agua potables, etc., nace un nuevo compromiso en el cuidador domiciliario, con una marcada formación y con perfil técnico y laboral, validando las causas de los familiares y delos beneficiarios, y es allí en

ese momento en que la familia percibe al cuidador domiciliario como alguien que informa, orienta poya, con oportunidades en el ambiente hospitalario para facilitar el acceso y por sobre todo hacer respetar los derechos del adulto mayor, se convierte así en el contacto íntimo y personal a pesar de encontrarse limitado con la burocracia institucional.



Cuidador domiciliario rumbo a la vivienda del beneficiario

Motivo de gran preocupación, ante situaciones de abandono o de alejamiento, de no contención, es la presencia de los hijos, nietos y/o de otros familiares, es la situación económica de los hijos y sus respectivas familias; la falta de trabajo; de ingresos estables; de atención de la salud, de educación sistematizada, medios de transporte, climas adverso, entre otros. Carballada (2001) refiere que al igual que la escuela, la familia como institución sufre hoy la dificultad para conformarse como vehiculizadora de normas, dado que estas no muestran posibilidades muy concretas de enfrentar a un mundo que se presenta cada vez como más problemático, fragmentado e incierto. Al deteriorarse los lazos sociales y en especial el sentido de estos, la fragmentación de lo social implica de alguna manera una fuerte separación en cuanto a normas, códigos y sanciones.

La familia desde su conformación como institución moderna, sufre hoy de alguna manera el impacto de fuertes transformaciones.

En otros tiempos, la familia (padres, abuelos e hijos) vivían bajo el mismo techo, y este motivo proporcionaba un ambiente de crianza que duraba toda la vida, en el que destacaban los sentimientos de cohesión y solidaridad entre sus miembros, y el respeto y la defensa del anciano. En este modelo el varón tenía el rol de sustentador de la familia y la mujer era la encargada del hogar, de la crianza de los hijos y del cuidado de los mayores.

Hasta no hace mucho tiempo, lo común era que toda la familia (padres, abuelos e hijos), vivía bajo el mismo techo, lo que proporcionaba un ambiente de crianza que duraba toda la vida, y en

el que destacaban los sentimientos de cohesión y solidaridad entre sus miembros, junto al respeto y la defensa del adulto mayor. En la actualidad este modelo tradicional ha cambiado; el adulto mayor no suele convivir bajo el mismo techo y en muchos de los casos ni siquiera cerca de sus hijos y nietos.

“solo se trata de pasar el día” “Dios dirá hasta cuando”, decía Anastacia ; Doña Margarita decía “ los hijos no me pueden ayudar en nada, ellos también están mal y tiene sus hijos también, por eso sian han ido” “ nos los veo hace como 10 año, sia ido antes que el finadito mi marido se enferme, ni pal velorio han veniu...velay no se ni donde viven”; “mi hija viene con su marido cada dos años pal carnaval, viene dos , tres días y se va”; “ mi nieto viene de vez en cuando”; “ el único que me visita de tanto en tanto es mi hermanitos.”...

De la información recabada se puede inferir claramente que la familia, sufre de alguna manera el impacto de fuertes transformaciones, atraviesa una suerte de crisis de representación y de legitimidad. Como podemos observar el cambio en la transición demográfica y epidemiológica ha influido también en los pueblos rurales o aborígenes modificando las formas de percibir y atender la vejez, situación que se agrava al referirnos a las condiciones de vida de los adultos mayores de estas zona, quienes viven en regiones de pobreza extrema caracterizadas por situaciones de alta marginación, desprovistos de programas de atención, especialmente en los rubros de salud, educación escolarizada, fuentes de empleo y otras necesidades propias del sector envejecido, lo que hace prioritario afrontar los problemas sociales de ese conjunto de población. *La “costumbre” respecto al cuidado y atención de los adultos mayores, que en las culturas aborígenes o rurales indígenas se pensaba era difícil de modificar, ha sufrido cambios bruscos, la más de las veces con saldo negativo para el sector envejecido; impactando de diversa manera las formas de vivir la vejez.*

Ahora bien, el incremento de la esperanza de vida a nivel local y mundial, y con ella la determinación que para el año 2025 el número de personas ancianas o adultas mayores será de aproximadamente el 60% de la población mundial, invita al talento humano que tanto en lo social como en la salud a encontrarse en una continua capacitación técnica y científica que les permita entender las características dinámicas que integren a los adultos mayores para que de ésta manera se pueda brindar eficiente y oportunamente el cuidado técnico que tenga sentido y valor para las personas ancianas, para sus familias y por supuesto para la sociedad en general. Estrategias de cuidado que deben estar enmarcadas dentro de valores como el respeto, tolerancia, responsabilidad, cordialidad y compromiso en la relación con el adulto mayor.

Salud envejecimiento - atención de la salud y sistema de prestaciones

La mayoría de los entrevistados han referido tener algún “acheque” propio de la edad, ...Juana dice que...”*desde hace 5 años sufro con dolores de huesos, pa que voy a ir al medico, porque no*

me hace nada, pa eso me fricciono con pomada de grasa de llama con ruda y me siento mejo, la chica toda mi pierna, mis caderas me fricciona y me pone un trapito caliente y estoy mejor”; Don Pedro expresa *“los dolores de la vejez, los trato con te de yuyos, pero la buena moza, me dice don Pedro Usted tiene que ir al hospital...y aquí estoy pensando...capaz que me vaya con esta buena moza, ”;* Feliciano relata *“ir la medico es pa morir”;* *“ no saben nada encima te tratan mal y quia a pasau, la chica me dice aunque sea dejese ver con el agente sanitario y yo digo paque me saque mis cositas, prometiendo que va a volver ...no vuelve mas, la ultima vez sia llevau mi coca...”* Isabel dice.. *“hey estau internada en Jujuy, como dos meses, tuito mi cuerpo me dolía de tanta cama, los enfermeros iban y venían, los médicos también, Mas bien a los retos me tenían, ...deje de coquiar, que es eso de estar masticando, velay solita me lloraba, un día mi hermano mia ido a visita y le dicho hermanito aunque alsau llevame quiero morir en mi casa, aunque sea tirau como animal, y velay aquí estoy...pasando por humahuaca, ma ver hemos comprau pomada, yuyos y con eso estoy caminando... me duele mi pierna...pero ma ve caminaba agarrando de la paredes, aurita tengo tres patas, (hace referencia la bastón) la chica mia consiguiu con mi compañero voy hasta el ojo de agua, despacito...despacito).*

Juana dice *“cuando uno decide bajar para internarse a la ciudad es pa’ no volver” “solo... te morís, mira la chica mia llevau y no mey muerto...(se rie)”*

Francisca 78 años también con dificultades motoras, tiene su hermana Teodora de 92 años con fractura de caderas no operadas, postrada no tiene sillas de ruedas, sin medicación, duerme sobre una parrilla de madera, sin colchón sobre cueros de ovejas, se observa desnutrida, no se escucha lo que balbucea; Francisca expresa.. *“...mey cansau de ir venir al hospital e humahuaca, cerro arriba cerro abajo, pa pedir la ambulancia, mas que ey gastau la plata y perdiu el tiempo qui*



otra cosa, después de tanto insistir han veniu, pa nada, lan mirau y así como han veniu así sian ido, diciendo eso ya no se opera se va a morir, velay no me ha dau nada, aura con la cuidadora ya se sienta en la esquina de la casa en el solcito, aunque sea un ratito”, “con la chica en la casa, ya me voy tranquila con mis ovejas, mi hermanita no esta solitu”;

“la mozita lia enseñau a la Isabel (Isabel es hija de la beneficiaria, tiene 65 años, es ciega y aparentemente presenta algún tipo de retardo menta y problemas en el habla), que cuando me pase algo a mi tiene, que hacer señas con ese trapo (señala un retazo de tela blanca colgado en el umbral de la puerta); la pregunta era como hizo la cuidadora para que Isabel entendiera lo que le enseñaba Irma (la cuidadora), sin embargo pude observar que mantenían una buena comunicación dentro de los código de las dos, constatado a través de la demostración cuando le pregunto que tiene que hacer cuando su mama no se pueda levantar de la cama, Isabel entre gemidos y gestos descolgaba el retazo de tela y salía puerta afuera, tocando la pared y caminando hacia el lugar por donde pasa el camino hacia flamear el retazo de tela, esto iba a significar que si alguien pasaba por ahí, bajaría hasta el lugar para ayudar a Isabel con lo que necesitara.

Transcribir los relatos de los adultos/as mayores entrevistados realmente es desgarrador, cuando están enfermos no pueden proveerse de los alimentos básicos, menos de la medicación o de la atención medica que necesita, ya que las viviendas son alejadas las unas de las otras, por ende la relación vecinal es casi nula, y mas aun cuando su vecino es otro adulto mayor a cargo de otro mayor enfermos crónico o discapacitado. El medio de transporte es escaso, el recorrido de un trasporte pequeño de pasajero privado hace su recorrido una vez a la semana, no tiene días especificados, ni horarios, por ende el que quiere trasladarse para consulta medica debe esperar este medio de transporte a la orilla del camino, ya que su vivienda esta alejada del camino comunal.

Protección social, vejez y sistema de prestaciones

En el análisis de esta dimensión intentamos mostrar que la protección social que “protege”; “cuida”, ”sostiene”, en esta zona contiene procesos de envejecimiento particulares, “convive”, con la cada vez mayor desprotección social que otorga mayores desventajas, descuida, quebranta y condena a nuestros viejos solo a sobrevivir sin posibilidades de proyectarse, vinculando directa o indirectamente a un contexto de pobreza.

Loaiza y Rodríguez (2003) cuando expresan que (...) tanto los sistemas formales como los informales de protección social están íntimamente vinculados a la relación que el hombre establece con el sistema formal de trabajo y(o previsión inmersos en una estructura productiva-social, o cuando ante la ausencia de este , “surge el rebuscársela como se pueda” a través de la generación de estrategias de vida, esto se vislumbra claramente en cuanto el 100% de los adultos mayores entrevistados manifiestan que la contención en redes de servicios, comunitarios e institucionales es esporádica y oportunista, ya que tanto los funcionarios y lideres comunitarios, recurren a ellos en épocas electorales: La atención de la salud, aun contando con obra social, deben recurrir al hospital publico en donde o son atendidos mal o directamente no son atendidos.

Por el carácter multicultural de la población, resulta evidente que este tipo de relaciones viene sufriendo una serie insospechadas de cambios, auténticos quiebres o rupturas.

Sin duda, en estos casos se puede ver como el contexto limita las posibilidades de pensar, de pensarse y de proyectarse. En este aspecto podemos ver que las implicancias que tiene la posición socio económica de cada persona, de cada grupo, de cada familia que vive en esta zona y especialmente el adulto mayor no está relacionado directamente con la falta del recurso económico, sino más bien por la topografía del lugar, las distancias, las ausencias de medios de transporte, de instituciones contenedoras, de atención de la salud, entre otras tantas.

Ante esta situación, los agentes que deberán dar respuesta a esta creciente demanda serán, lógicamente, el sector público y el privado. A este respecto, no obstante, las alternativas son muy variadas. En última instancia, la provisión de cuidados de larga duración, constituye una decisión que compete a nuestros decisores políticos, en el caso de los servicios públicos, y a las empresas en el caso de los servicios privados; claro que teniendo en cuenta las características de la zona difícilmente se pueda contar con los servicios privados.

Desde la perspectiva planteada en el presente trabajo, mostrare que uno de las dimensiones que adquiere relevancia en la configuración del sistema de prestaciones, es durante su implementación y organización del mismo; en el medio rural.

En tal sentido es necesario enunciar la concepción del sistema de prestaciones desde el cual se hace el análisis. “Entonces la Atención Domiciliaria se define como el conjunto de servicios de apoyo sanitarios y sociales prestados a las personas en su hogar, manteniéndolos en sus casas el mayor tiempo posible y conveniente, insertos en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida. Asimismo, intenta evitar internaciones innecesarias, generando habilidades remanentes y promoviendo nuevas redes solidarias de contención”. (Cuadernillo Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios – Dirección de Adultos Mayores año 2008).

Pensar y reflexionar acerca de la definición de cuidados domiciliarios nos permite la problematización necesaria que involucra componentes, aspectos y actores que juegan dialécticamente en la misma.

Una primera cuestión a la que debemos hacer mención es que con cuidados domiciliarios suponen un cambio importante en el esquema sociosanitario. La aceptación de estos postulados nuevos tanto para los sanitaristas como para los usuarios y sus familias requiere de información minuciosa en el momento adecuado, sobre el funcionamiento del sistema de prestaciones domiciliarias, ya que la prestación del mismo no significa que el cuidados domiciliario no reemplaza los roles ni funciones de la familia, ni tampoco reemplaza algunas responsabilidades de otros profesionales.



Hábitat rural

Es importante resaltar que la implementación de este tipo de prestación para la atención del adulto mayor ha exigido establecer una metódica de trabajo y crear formalidades de actuación; esto es de crucial relevancia ya que sirve para determinar el momento idóneo para incluir a un persona bajo atención domiciliaria, ni muy temprano con un adultos mayor en fase demasiado aguda, durante la cual necesita ser vigilado más de cerca y podría presentar complicaciones importantes en su domicilio, ni muy tarde.

Para ello primeramente se establecio el contacto con los lideres comunitarios, referentes rurales y la iglesia y presentar el programa de cuidados domiciliarios, como resultado se observo por un lado mucha resistencia y por otra privacidad a pesar de que ellos son los depositarios del certero conocimiento en cuanto cantidad de personas mayores solas, enfermas discapacitadas, viejos y viejas mayores de 80 años y mas.

Cada familia, cada beneficiario es un espacio sociocultural instituyente en la vida de cada uno de sus miembros. Es difícil a veces encontrar aceptación debido al desconocimiento de este tipo prestaciones domiciliarias y a los ataques a estos criterios de reciente instalación en nuestro país aunque ya distan más de más 13 años desde su implementación, aplicación y éxitos comprobados en esta provincia de Jujuy. Por un lado tanto los profesionales médicos como los enfermeros y agentes sanitarios creen que los CD son una competencia para los centros de internación y de la hospitalización misma y/o de intromisión en aéreas que no son consideradas de competencia del cuidador domiciliario polivalente y nada es mas lejano que esta posición y lo veremos más adelante; de todos modos nuestro mayor temor no ha sido la reticencia, la oposición o el escepticismo, sino la falta de interés, la falta de visión, el estancamiento en sistemas que han dejado en el olvido a este grupo poblacional.

Son justamente los centros de internación convencionales tanto públicos como privados actuales los que deberían en forma inmediata absorber e implementar esta metodología y sistemas complementarios llamados sistema de prestaciones y no ser los que imponen su inclusión social, sanitaria o técnica ya que el cuidador domiciliarios no nace como producto de mercado sino de un estudio sociosanitario, en definitiva es muy simple llegar a la conclusión lógica que si es un sistema que tiene tanto tiempo implementándose en Europa es cuestión de tiempo para su traslado al continente y no como plan piloto y eventual sino como parte de la política de estado adosada a un necesario cambio en el plan de salud.

Por otro lado, podemos acordar con numerosos autores que señalan que la salud es uno de los mayores “bienes” que posee el hombre, ya que le permite crear y desarrollarse, cumplir con diferentes roles de su vida en sociedad y disfrutar con plenitud cualquier etapa de la vida. La salud es un proceso dinámico, resultante de la interacción y adaptación activa del sujeto en su interjuego con la naturaleza, su medio ambiente, su hábitat y sus relaciones con los demás sujetos. Aquí debe destacar la relación compleja que hay entre formas de vida, condiciones concretas de existencia y situación de salud.

La adopción de hábitos saludables y la eliminación de algunas conductas de riesgos, son una forma de promover y mantener la salud. Así cada persona tiene potencialidades para asumir el cuidado de su propia salud como modos de autocuidado. En todos los momentos de la vida, es importante esto, mas aun en las personas de mediana edad, ya que durante el proceso de envejecimiento el organismo tiene menores recursos para adaptarse a las agresiones externas de todo tipo.

Ante estos postulados y recomendaciones, cabria preguntarse que posibilidades concretas tienen los viejos de sectores rurales pobres y empobrecientes de conocer, tener en cuenta estos aspectos y poder realizarlos, si las condiciones de vida que atraviesan su proceso de envejecientes o de viejos no son las acordes, o caso contrario si lo son, de un satisfactorio curso vital

Debe erradicarse el pensamiento de que la mayor comodidad que ofrece una atención domiciliaria es equivalente a mayor lujo y esto a mayor gasto, sino todo lo contrario y para ello debe actualizarse en las distintas publicaciones e informes de estudios sobre los logros de la prestación domiciliaria, teniendo en cuenta condicionamientos o variables del tipo económico (relación costo-eficiencia) social (preocupación por la satisfacción de los usuarios) técnicos (disminución de la estancias medias como indicador de calidad; descentralización de la tecnología y aparición de nuevos sistemas información y comunicación) culturales (educación en cuidados domiciliarios a la familiares; la muerte como proceso natural y no como fracaso del sistema sanitario)

Tiempo atrás la temática de las obras sociales que impedían el sistema de atención domiciliaria era que el beneficiario o familiar que deseaba la inclusión en el sistema de prestaciones debía afrontar los costos, o bien que al estar o provenir de una unidad de internación convencional no tenía esta cobertura, en efecto esta postura firme no hacía deponer las actitudes sobre la necesidad de internación sino que se encarrilan hacia una más prolongada y más costosa internación y con satisfacción limitada.

La ayuda a domicilio abre un horizonte de muchas esperanzas hacia nuevos y distintos campos en los cuales el Cuidador Domiciliarios toma un rol representativo y principal y debe ser la primera en tomar la posta de la capacitación y actualización que esta actividad requiere y para las Unidades Formadoras, debemos darle base firme y dejar de darle ese sentido de inestabilidad, debemos decirle sí al Sistema de Prestaciones en domicilio, con respuestas ágiles y permanentes, sobre todo abandonar los prejuicios en que el viejo es sinónimo de enfermo, discapacitado, que no puede hacer nada. Si bien algunos C.D. hacen tambalear la decisión de los familiares y beneficiarios consientes de las ventajas del domicilio como lugar idóneo para los cuidados de la salud, mediante la asistencia, la prevención, la promoción, la rehabilitación y la educación permanente. Abandonar las características de inestabilidad implica apoderarse de las técnicas necesarias para convertir la ayuda a domicilio en una actividad efectiva y afectiva más que competitiva, sin olvidar las bases humanísticas, dándole un toque de dinamismo, creatividad y eficiencia, y aplicarlos al beneficiario en el domicilio.

Identidad y participación social

El análisis de esta dimensión se centra en la idea de exponer aspectos y características que asume en la vida cotidiana de los adultos mayores, en su proceso de envejecimiento, el hecho de no tener cierta participación social, como juega esto en su construcción de identidad y con sus proyectos de vida.

Partimos de que el 100% de los viejos entrevistados casi no tiene ningún tipo de participación social y como ya destacamos viven en situación de extrema pobreza, lo que sobre determina con mayor énfasis su situación de aislamiento y de soledad.

En la mayoría de las entrevistas se puede ver claramente como aparece el tema de identidad; esa identidad que se construye dialécticamente con los otros, con el contexto, en las relaciones y vínculos sociales que cada uno establece. Identidad que no es unívoca porque cada uno modifica o es modificado; identidad que nos muestra, nos caracteriza, nos reconoce y a la vez distingue. En la mayoría se da como en una reminiscencia familiar, se recuerdan huellas, la mayoría acepta “que este es su lugar”, hacen hincapié en las cosas que les gustan hacer y que ahora ya no pueden hacerlo; las relaciones sociales se caracterizan más como de repliegue ya que solo mantiene los contactos necesarios e indispensables para cubrir sus necesidades básicas, más que familiares o

reivindicativas, no participan de espacios recreativos, no porque no quieran sino porque no existen. Expresan así, como la imposibilidad de hacer algo diferente, de mantenerse ocupado, entretenidos, útiles, importantes, reconocidos, salir de la rutina, pasear, compartir con sus hijos, nietos, encontrar y dar apoyo familiar, ha quedado rezagado con el paso de los años y por las distancias que lo separan .



Con relación a ello, Elisabeth Jelin (1994) manifiesta que “(...) la actual fragilidad y limitación de los vínculos familiares no están acompañados por un individualismo aislado, autosuficiente. Es bien sabido que par su bienestar físico, psicológico y social, el individuo requiere su integración en redes sociales comunitarias, redes que contienen y canalizan la afectividad y en las que vuelca la capacidad de solidaridad y responsabilidad hacia el otro, redes que confieren identidad y sentido.

En la mayoría de los adultos mayores entrevistados la idea de envejecer aparece relacionado con el miedo a enfermarse, a quedarse solo, a dar trabajo a la familia, a no poder caminar, quedarse postrado, morir solo, relacionado a este ultimo expresan de manera contradictoria, por una lado se acepta la idea de finitud y al mismo tiempo se la teme, otra cuestión que aparece relacionado con la vida y la muerte es la religión, Dios da Fe, muchos recuperan el lugar de Dios, porque el hecho de creer, de tener Fe en Dios ayuda a seguir adelante, a soportar, a aceptar, a resignarse y también en la posibilidad del mas allá de la vida, a la vida después de la muerte, a la idea de trascendencia.

Un aspecto muy presente también es el hecho de haberse quedado solo/a, es la soledad, la soledad aparece como impulsor para seguir adelante, como motor, como movilizador, motivador para no quedarse, para estar en movimiento; esta adquiere sentido en la medida que les permite a seguir adelante por el solo hecho de estar solos, no caer, o caer y levantarse nuevamente, esta

adquiere sentido cuando aparece en la búsqueda de alternativas cotidiana de sobrevivencia, porque vive solo/a o porque vive con otro viejo/a y porque su vecino mas próximo esta a la vuelta de aquel cerro al cual no puede llegar y porque por allí pasa alguien de vez muy en cuando y que si tiene suerte bajara para preguntarle como esta y quizás si necesita algo.

Configuraciones del sistema de prestaciones en el mirar de los funcionarios y líderes comunitarios

Los entrevistados (Intendente, 2 Lideres Comunitarios, 1 Agente Sanitario).

En el trabajo con las entrevistas se puede ver con mucha claridad como aparece en el relato de los funcionarios y líderes comunitarios, una mirada puesta en cuestiones compensadoras de los ajustes económicos y altamente sensible al ciclo electoral, caracterizando al sistema de prestaciones de cuidados domiciliarios como una modalidad asistencial clientelista, denigrando así la máxima expresión de la naturaliza misma del programa nacional de cuidados domiciliarios y que cuyo propósito es el de brindar ayuda domiciliaria a personas adultas mayores, discapacitadas y enfermos crónicos y terminales en situación de riesgo y en donde los beneficiarios indirectos son los cuidadores domiciliarios capacitados por Desarrollo Social de la Nación y las familiares de las personas atendidas.

El programa de cuidados domiciliarios se inscribe en las experiencias y expectativas de la vida de las persona beneficiarias y son estas las que le dan un sentido diferente, y a su vez permiten usos y practicas distintas para cada beneficiario, en donde cada uno se define en relación a otro diferenciándose según su experiencia y el capital, social y cultural, que posee.

Pensar en términos de la experiencia nos permite dar cuenta del contexto social y cultural, donde se conforma el habitué y ver como los condicionamientos sociales y culturales presentes en cada situación intervienen en las diferentes formas de concebir al sistema de prestaciones del programa nacional de cuidados domiciliarios.

Continuando con la evaluación de las entrevistas efectuadas se vislumbra claramente que la modalidad con la que se implementa el sistema de prestaciones, es decir con las evaluaciones previas efectuadas por profesionales, y por otro que para ser beneficiario indirecto tiene primero que formarse y cumplir con los demás requisitos formales de edad, buena salud, y buena conducta y fundamentalmente el estar comprometido con lo que hace, es decir con el cuidado al adulto mayor. En las áreas rurales la cobertura de la seguridad es mínima para la población anciana, los sistemas de asistencia social junto con los apoyos de redes sociales tienen un impacto efímero en su calidad de vida. Se debilitan sus redes familiares como fuente principal de apoyo económico y de cuidado, como consecuencia de la alta migración de los jóvenes. Hoy en la zona rural se observan cada vez más localidades con sólo mujeres, niño/as y viejo/as, a la

espera del retorno de sus familiares. En esta realidad se cristaliza la deuda social acumulada y en la cual el clientelismo político no representa la solución para la contención de los mayores.

Concluyendo con la entrevistas se percibe claramente que la configuración que tienen tanto funcionario como líderes comunitarios del sistema de prestaciones es que sea un objeto, como mercancía. Tiene que quedar a favor del político de turno o del líder mas fuerte, *“de nada sirve poner en ejecución un programa como este ya que no deja nada para nuestra gente, para la que trabaja con nosotros”*; *“seria útil y beneficiosos si al menos dejara algún “dinero”, o se diera trabajo a nuestra “gente”*

Hay que crear la consciencia de lo necesario que es una renovación de la población, junto con tomar en cuenta la calidad de vida de los Adultos Mayores y su rol en la sociedad con el fin de que se logre una buena convivencia a todo nivel social, quedando por concretar en la realidad social y en las políticas gubernamentales la relevancia de este segmento poblacional, el cual no va dejar de crecer en este siglo, lo que hace imperioso tomar una serie de medidas al respecto, con el fin de que su participación e integración a la sociedad y su calidad de vida sean de la mejor manera posible tanto en la sociedad actual como en la futura.



PROYECTO DE INTERVENCION SOCIAL
CUIDADOS DOMICILIARIOS PARA ADULTOS MAYORES DE LA ZONA RURAL
“Redes de Fortalecimiento Socio Familiar”

1 - INTRODUCCION

Este proyecto surge para dar respuestas a demandas y necesidades detectadas a través de la investigación efectuada en el marco del trabajo final de integración de la carrera de especialización gerontología comunitaria e institucional y de la propia comunidad, que requiere para este grupo poblacional de una atención adecuada a las particularidades del ciclo vital.

Se busca evitar la institucionalización y/o la soledad y abandono del adulto mayor y los costos psicológicos, sociales y económicos que esto conlleva para el adulto y la familia.

Los beneficiarios del mismo serán adultos mayores que padezcan enfermedades agudas, limitaciones funcionales que necesiten rehabilitación y presenten enfermedades crónicas más discapacitantes o con problemas mentales, que requieren cuidados prolongados, tengan o no una Red Primaria de Soporte Social, Familia directa (línea consanguínea) o indirecta(línea no consanguínea), usuarios de la ONG, Asociación de Jubilados y Pensionados, con o sin cobertura del Ministerio de Salud Pública o Mutual, y porque no los Adultos mayores Sanos..

2 - FUNDAMENTACION

El envejecimiento poblacional será sin duda el proceso demográfico de mayor relevancia para las sociedades en la próxima centuria a nivel mundial, particularmente en el caso de Argentina, país que presenta una estructura demográfica envejecida.

De acuerdo a cifras de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de octubre del 2003 y en base a proyecciones entre los años 2000 y 2025 para Latinoamérica, 57 millones de personas mayores se sumarían a los 41 millones existentes y entre 2025 y 2050, ese incremento sería de 86 millones de personas.² Esto representa un problema desde la salud pública que desde el año 1980 la OPS y la Asamblea General de las Naciones Unidas han venido trabajando con los países mas afectados (América Latina y el Caribe).

La prioridad para este proyecto es establecer contactos y articular con distintos organismos públicos y privados que tengan injerencia en los aspectos de salvaguardar los derechos del adulto mayor para obtener sinergia de recursos e iniciativas.

A nivel provincial dentro de los programas actuales de Prestaciones Sociales se encuentra:

- **PAMI, con el Programa de atención progresiva del adulto mayor que brinda:**

ATENCIÓN DOMICILIARIA: Con el objetivo de brindar apoyo, cuidados progresivos y gestionar recursos institucionales, familiares y comunitarios para afiliados con distintos grados de dependencia y vulnerabilidad social, se brinda un subsidio para el pago de un cuidador

domiciliario de acuerdo al nivel de autonomía funcional del beneficiario para la colaboración de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

- **El Programa Federal de Salud:**

Este programa da cumplimiento a las políticas de prevención, promoción y recuperación de la salud y el ejercicio del derecho de los afiliados a gozar las prestaciones médicas, conforme lo establecido por el Programa Medico Obligatorio (PMO) y otras leyes Nacionales en Vigencia. Para ello, transfieren recursos presupuestarios de la Nación a las provincias, quienes asumen la responsabilidad de brindar atención medico integral a los afiliados del PROFE., entre sus prestaciones sociales brinda atención domiciliaria a los adultos mayores.

Estos servicios sociales alternativos a la institucionalización, que de alguna favorecen la permanencia del adulto mayor en su medio, llegan solo a aquellos beneficiarios que hacen sus propias demandas o través de familiares, su cobertura se acota a la zona urbana y mas específicamente a capital de Jujuy, asimismo la organización de los cuidados domiciliarios, responden mas a demandas de atención de familiares que a las necesidades reales del beneficiario.

Quizás las instituciones y los que trabajamos con adultos mayores nos acostumbramos a que se nos solicite atenciones y las tareas de traernos a los beneficiarios la radicábamos en la comunidad y/o a los familiares, o por último se lo traspasábamos a otra entidad. Durante el desarrollo de la investigación no pudimos dejar de preocuparnos del tema y si bien los recursos no nos llegan, nos sentimos con el deber de ser los impulsores de un cambio de la situación, juntar a los posibles involucrados en el tema y darnos tareas específicas para iniciar el camino de una atención adecuada, oportuna, solidaria y en conjunto al adulto mayor dependiente.

Con ello, no solo queremos ser un espacio que contribuya a divulgar información que tenga un potencial significativo en diversas direcciones: para generar reflexión sobre las propias prácticas, abrir nuestras mentes hacia temas que necesiten ser investigados, conocer sobre medidas de políticas que se llevan a cabo en materia de envejecimiento y vejez, identificar nuevos desafíos, entre otros, y de esta manera trataremos de dar respuesta a un problema, e intentaremos convencer que la salud es tarea de todos.

En este contexto el desafío actual, para nuestros gobiernos, es brindar atención en forma moderna y adecuada a las necesidades del nuevo usuario de los servicios sociales y de salud, que es la persona mayor. Ello requiere establecer un abanico de servicios y cuidados de salud que se empleen tanto para los AM que estén sanos, como para aquellos con enfermedades agudas, limitaciones funcionales que necesiten rehabilitación y enfermedades crónicas más discapacitantes o con problemas mentales, que requieren cuidados prolongados, como así también requiere de la voluntad política para la colaboración intersectorial y el logro de alianzas

estratégicas entre instituciones públicas, privadas y ONG con propósitos comunes, contribuirá al desarrollo de programas para aumentar el bienestar del adulto mayor.

3.-PROBLEMA

Adultos Mayores dependientes, incapacitados para desplazarse, enfermos crónicos y terminales, postergados por sus familiares y equipo de salud, marginados socialmente y que no cuentan con alguien preparado para su cuidado.

Desconocemos el número total de adultos mayores dependientes en las Comunidades rurales del ejido municipal de la ciudad de Humahuaca. Nuestros Cuidadores Domiciliarios tienen conocimiento de ellos cuando llega la demanda y cuando esta llega es porque el adulto mayor se encuentra deteriorado físicamente, muy enfermo y por ende todo ello repercute en su calidad de vida

4.-CONTEXTO SOCIAL

Nuestra tarea será la atención integral al adulto mayor limitado física y psíquicamente, dependientes y que requieran de cuidados.

Sabemos que la familia, desconoce de programas y otros beneficios dirigidos a los adultos mayores, sabemos que no está preparada para enfrentar gastos como tampoco sus cuidados, nosotros conocemos de su existencia cuando ya está en etapa terminal por la gravedad de su patología o por su soledad y/o abandono y no saben que hacer con ellos, ya que se han convertido en verdaderos problemas, olvidándonos así lo que significan porque han aportaron toda su sabiduría y experiencia.

La unidad operativa de nuestra intervención será preferentemente una ONG Local y los equipos multidisciplinarios: Médico, Enfermera, Asistente Social, Psicólogo, Nutricionista Kinesiólogo, Agente sanitario y Cuidador Domiciliarios.

Nuestra intención es llevar al domicilio el Programa de Cuidados Domiciliarios para Adultos Mayores, Personas con Discapacidad, Enfermos Crónicos y Terminales, prestaciones que le corresponde como sujeto de derecho, pero que hoy solo se brinda a las personas que tocan la puerta de las instituciones y no así a los grupos impedidos de llegar.

La intersectorialidad para efectos de nuestra intervención será con:

- PAMI
- PROFE JUJUY
- HOSPITAL CABECERA
- PUESTOS DE SALUD
- MUNICIPALIDAD
- COMUNIDAD ABORIGEN



5 - META

Generar redes de atención para los adultos mayores, para las personas con Discapacidad, Enfermas Crónicas y Terminales que residen en las zonas rurales del ejido Municipal de la Ciudad de Humahuaca -Provincia de Jujuy-, que evite el abandono, la soledad, las hospitalizaciones prolongadas y/o la institucionalización.

6 - MARCO INSTITUCIONAL.

Conformado por Organismos Públicos: DiNAPAM -Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios-, PAMI, Dirección de Adultos Mayores de la provincia de Jujuy; Profe, Hospital cabecera, Puestos de Salud de las comunidades, Municipalidad de Humahuaca, entre otros instituciones que se sumen, el propósito es formalizar acuerdos, convenios y / o comodatos que permitan la ejecución del presente proyecto.

7 - FINALIDAD DEL PROYECTO

Fortalecimiento de las capacidades y habilidades de los familiares, amigos, vecinos, instituciones que atiendan a los adultos mayores, en un ámbito organizacional, a través de la creación de una Red de Trabajo, que permita generar un soporte social, entre familia, adulto mayor, organización, comunidad, dando respuesta a una necesidad y demanda de servicios no existentes en las zonas rurales a nivel provincial.

Es una oportunidad para la familia que desea cuidar al anciano en su domicilio; es económico de instrumentar; permite a la mujer seguir trabajando; garantiza al anciano la permanencia en su casa, disminuye los costos institucionales, evitando las institucionalizaciones en residencia de largas estadías o las hospitalizaciones innecesarias o prolongadas, evita el desarraigo familiar y ambiental, mejora el dialogo y la convivencia familiar, valora a la familia cuidadora y constituye una ayuda y asistencia a la misma.

8.-OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN

- Crear una red de Cuidados Domiciliarios para los Adultos Mayores, Personas con Discapacidad, Enfermas Crónicas y Terminales, con participación y coordinación interinstitucional, teniendo en cuenta el Modelo de Atención propuesto por el Sistema de Prestaciones del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de la DiNAPAM, a fin de Fortalecer las capacidades de atención familiar y social
- Implementar un programa de atención integral domiciliaria al adulto mayor dependiente con el fin de mejorar su calidad de vida y la de sus familiares en las Comunidades del ejido Municipal de la ciudad de Humahuaca.

Con ello pretendemos ser coherente con la declaración de los derechos del adulto mayor de la Convención de Ginebra: 6.- *Poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible; 10 Poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de*

acuerdo con el sistema de valores culturales de cada sociedad, 11 Tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad; 13 Tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental y el 17 Poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.

9.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Promover la creación de una red de apoyo al adulto mayor con participación intersectorial
2. Elaborar un programa educativo para la familia y /o cuidadores principales
3. Lograr que la comunidad identifique por sector sus adultos mayores dependientes.
4. Mantener un equipo psicosocial de apoyo permanente para el equipo, familia y/o cuidadores.
5. Lograr que el adulto mayor dependiente en esta etapa de su vida tenga calidad de vida.
6. Promover formas de coordinación y gestión en el sistema de prestaciones de cuidados domiciliarios.
7. Realizar promoción y prevención primaria en salud a través del trabajo personalizado con el adulto mayor y red familiar.
8. Fomentar la participación, el aprendizaje y la convivencia institucional de las organizaciones que participen de la red a través de la ejecución de diferentes espacios

10.-ANÁLISIS DEL PROYECTO

La unidad operativa del proyecto trabajara coordinadamente con APS del Hospital Cabecera que cuenta con equipos de salud que realizan las campañas trimestrales por la zona rural, dispuestos a participar en este programa, y en relación con la comunidad sabemos que participará activamente en identificar el domicilio de cada uno de sus adultos mayores dependientes.

Sabemos, además, que estos grupos desprotegidos tienden a recurrir menos a los servicios de salud lo que hace más importante en ellos el rol del auto cuidado y de la familia como agentes de salud.

10.1.-FORTALEZAS

1. Compromiso del equipo de cuidadores para trabajar con el Adulto Mayor de la zona rural
2. Existencia de políticas en el ámbito de Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.
3. Existencia de políticas en el ámbito de Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia
4. Programa de Cuidados Domiciliarios implementado por la DiNAPAM
5. Equipos de Salud comprometidos
6. Comunidad organizada con líderes Aborígenes
7. Comunidad interesada y receptiva.

10.2.- ENUMERACIÓN DE LAS DEBILIDADES Y LOS MECANISMOS CON QUE PODEMOS RESOLVER EL PROBLEMA.

Nº	DEBILIDADES	MECANISMOS DE SOLUCIÓN
1.	Falta de coordinación intersectorial	Realizar reuniones con líderes y directivas de organizaciones comunitarias, municipios, instituciones religiosas,
2.	Ausencia de personas formadas para realizar cuidados domiciliarios a las personas adultas mayores.	Realizar un curso de formación de cuidadores domiciliarios rurales, dirigidos a las personas de la zona
3.	Desconocimiento del perfil biopsicosocial del Adulto Mayor	Capacitación a personal y comunidad involucrada en el proyecto en el perfil biopsicosocial del adulto mayor
4.	Desconocimiento de las redes de apoyo social	Catastro actualizado de instituciones de apoyo social para el adulto mayor
5.	Inexistencia de monitoras de salud para el adulto mayor	Formación de monitores: ubicar líderes comunitarios, taller de cuidados del adulto mayor, certificación de monitores capacitados.
6.	Desconocimiento del número de adultos mayores con discapacidad y su domicilio	Realizar censo en cada sector para detectar adultos mayores dependientes.
7.	Falta de recursos para la atención continuada de los beneficiarios en su domicilio.	Conocer y postular a los distintos fondos de financiamiento para el adulto mayor. Disponer de un ítem en el presupuesto interno del sistema de prestaciones
8.	Falta de movilización para llegar a los domicilios de los adultos mayores	Si no se logra acordar con la Municipalidad un vehículo se buscara otros medios para los monitoreo
9.	Ausencia de difusión y sensibilización acerca de la problemática de los mayores, sus derechos y contribuciones a la sociedad	Realizar Jornada contra Abusos y Maltrato a los Mayores Realizar Jornada sobre Derechos de los Mayores Realizar Celebración del Día del Adulto Mayor, con difusión de manifiestos en reclamo de sus derechos Fomentar la Participación en Jornadas y seminarios sobre ambiente y barreras arquitectónicas, salud y políticas sociales. Propiciar la elaboración de videos institucionales. Elaboración y distribución de folletos, gacetillas y manifiestos.

11.-PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Nuestra propuesta es implementar un programa de cuidados domiciliarios para **Adultos Mayores, Personas con Discapacidad, Enfermas Crónicas y Terminales** de la zona rural del ejido Municipal de la ciudad de Humahuaca que se ven impedidos de acceder a las instituciones de Salud y de recibir los beneficios estipulados por programas nacionales y por ende de que la comunidad comparta la responsabilidad en el cuidado de esta población vulnerable.

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
Promover la creación de una red de apoyo al adulto mayor con participación intersectorial	<ul style="list-style-type: none"> Promover la participación activa, estableciendo un sistema de coordinación entre los diferentes actores sociales y de salud. 	Reuniones informativas y de promoción intersectorial.	Coordinador general Coordinadores de caso
Elaborar un programa educativo para la familia y	<ul style="list-style-type: none"> Implementar un curso de formación para cuidadores domiciliarios para personas 	<ul style="list-style-type: none"> Curso de formación de cuidadores domiciliarios 	Equipo interdisciplinario

/o cuidadores principales	<ul style="list-style-type: none"> adultas mayores. Realizar charlas informativas y trabajos grupales y talleres con familia, vecinos, amigos y población beneficiaria Realizar charlas educativas sobre cuidados en los diferentes riesgos y/o alteraciones y patologías prevalentes en el adulto mayor. 	<ul style="list-style-type: none"> Talleres Charlas informativas Trabajo grupal 	
Lograr que la comunidad identifique por sector sus adultos mayores dependientes.	Realizar un diagnóstico en cada sector	Aplicación de breve encuesta de funcionalidad	Trabajadores Sociales Lideres Comunitarios. Agentes Sanitarios
Mantener un equipo psicosocial de apoyo permanente para el equipo, familia y/o cuidadores.	Contar con equipo de apoyo Psicosocial para el programa	Grupos de auto ayuda Atención integral de Salud Cuidados domiciliarios	Equipo técnico Cuidadores Domiciliarios Familiares Amigos Vecinos
Lograr que el adulto mayor dependiente en esta etapa de su vida tenga calidad de vida.	Realizar talleres de capacitación y reflexión	Realizar taller. Actualizar normas de técnicas básicas de la atención del adulto mayor.	Equipo técnico Equipo docente
Promover formas de coordinación y gestión en el sistema de prestaciones de cuidados domiciliarios.	<ul style="list-style-type: none"> Atención domiciliaria Cuidados paliativos 	Visita Domiciliaria Educación	Equipo de Salud Comunidad Voluntariado
Realizar promoción y prevención primaria en salud a través del trabajo personalizado con el adulto mayor y red familiar.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar reuniones de coordinación e intercambio de los diferentes actores ejecutores del proyecto. elaborar normativa que regule el funcionamiento de la red. 	Reuniones Talleres	Organizaciones de la red
Fomentar la participación, el aprendizaje y la convivencia institucional de las organizaciones que participen de la red a través de la ejecución de diferentes espacios	<ul style="list-style-type: none"> Gestionar con actores sociales locales y gubernamentales apoyo para la ejecución del proyecto 	Gestiones	Coordinaciones

12 - BENEFICIARIOS del PROYECTO:

Beneficiarios directos: adultos mayores de la zona rural.

Beneficiarios indirectos: Cuidadores Domiciliarios, Familia, amigos, vecinos y organizaciones públicas y privadas.

13 - PERFIL DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA:

13.1.- Criterio de inclusión

Adultos mayores de 60 años y más,

Imposibilidad de aporte económico mensual por parte del adulto mayor y/o familia.

Ruptura en la red familiar y necesidad de cuidados.

Jubilado o pensionados se coordinara con la Obra Social correspondiente (la prestación será brindada hasta tanto dure el tramite de solicitud de cuidados en su obra social)

13.2.- Criterio de exclusión

No aceptación a las normas de funcionamiento del proyecto,
Instalación de un deterioro psicofísico.

14 - LOCALIZACION FISICA

El proyecto se desarrollara como prueba piloto en la zona rural del ejido Municipal de la Ciudad de Humahuaca

15 - ADMINISTRACION DEL PROYECTO

El proyecto será administrado y ejecutado por una ONG RURAL con el financiamiento de instituciones públicas: Dirección Nacional de Política para Adultos Mayores -Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios-, Dirección de Adultos Mayor de la provincia de Jujuy y Municipalidad de Humahuaca.

16.- PLANTA FÍSICA PARA EL PROYECTO:

Si bien en la actualidad la institución no cuenta con el espacio físico para el funcionamiento administrativo del proyecto, se destinará provisoriamente el salón multiuso de la Municipalidad, donde actualmente se realizan actividades varias, siendo inicialmente un área compartida.

Se requiere de los recursos materiales necesarios para que pueda funcionar:

- 1.- para la organización y conformación de la red
- 2.- para la capacitación y formación de la red de cuidadores conformada por familiares, vecinos, amigos, representantes de instituciones públicas y privadas. (Anexo 1).

17 - EVALUACION del PROYECTO:

Este proyecto se evaluará con los indicadores convencionalmente utilizados: de estructura, de proceso y de resultado.

a) Con respecto a la evaluación de estructura:

- se tendrá en cuenta la accesibilidad geográfica, económica y organizacional.
- Se valorará el tiempo utilizado para acceder a la organización
- Asimismo, la disponibilidad de recursos humanos técnico-profesionales acordados y la real disposición de horas de trabajo mensual.

b) Con respecto a la evaluación del proceso:

Para cumplir los objetivos del proyecto, los recursos – tanto humanos como materiales – deben dar muestra del desempeño en relación a la población y a las metas pautadas para el mismo, por lo que se evaluará

- Su productividad y rendimiento a través de la verificación del número de actividades realizadas por mes en general, con cada uno de los beneficiarios y por cada recurso humano contratado.
- Existencia de Protocolos para el manejo de problemas mas frecuentes
- También se evaluará mensualmente la aplicación de las pautas de funcionamiento elaboradas y las etapas logradas en el proceso de atención propuesto.
- En el proceso también se evaluará el desempeño y la eficacia de las reuniones de grupo responsable y de coordinación del proyecto.
- Se evaluará la calidad del servicio prestado en el proceso de atención con y en referencia a aspectos de carácter técnico y otros de carácter humano y ambiental, con el fin de verificar la satisfacción del beneficiario y su red de apoyo primaria.

c) Con respecto a la evaluación de resultado:

Para medir el resultado de ésta propuesta es necesario verificar si la población que necesita el apoyo que el proyecto ofrece, busca empoderar a los ancianos en un protagonismo activo, dentro de sus comunidades, brindándoles capacitación y sensibilizando a sus familiares y al resto de la población.

Teniendo en cuenta los objetivos específicos propuestos, se deberá evaluar si la aplicación de ésta propuesta permite fortalecer las capacidades de autocuidado de los beneficiarios para potenciar su permanencia en su medio ambiente socio-familiar y evaluar si sus familias o red de apoyo son fortalecidos en el cuidado y contención de éstos adultos mayores.

Se realizará un corte de evaluación trimestral del proyecto para analizar la evolución del mismo desde la perspectiva del equipo técnico y del beneficiario, a través de una reunión y de encuesta de satisfacción del mismo, información resultante que servirá para retroalimentar el proceso

18 - IMPACTO ESPERADO

- 1- Disminuir el abandono y/o la soledad de los adultos mayores
- 2.-Disminuir la institucionalización de personas adultas mayores.
- 2- Establecer un trabajo en red entre las diferentes instituciones participantes, e incorporar otras.
- 3- Generar la necesidad en las Instituciones públicas y privadas, de instrumentar la creación de redes de atención y otros modelos de atención a nivel zonal que favorezcan al adulto mayor familia, y a la convivencia en sociedad.
- 4- Fortalecer la Red Familia- Adulto Mayor- Comunidad
- 5- Beneficiar la atención integral (biopsicosocial) del adulto mayor

INDICADORES para medir el impacto

- 80% de los participantes del servicio, no llegan a ser institucionalizados
- 100% de las organizaciones intervinientes, comprometidas con el apoyo logístico, técnico y financiero.
- Numero de nuevos servicios creados que beneficien al adulto mayor.
- 50 % de las familias involucradas en el trabajo grupal e individual con los adultos mayores y la organización.
- Comisión local del adulto mayor, creada e integrada por ONG, organismos públicos y diferentes actores sociales.

19.-ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD:

La factibilidad está condicionada por factores sociales, tecnológicos, económicos y políticos.

Desde el punto de vista social y cultural es previsible una buena aceptación del servicio, en tanto se trata de una nueva opción alternativa no solo a la institucionalización; sino también a las hospitalizaciones innecesarias, al abandono y/o soledad del adulto mayor. Es fundamental una amplia difusión de este servicio en la comunidad.

Desde el punto de vista tecnológico se trata de una propuesta de tecnología simple y accesible.

La factibilidad política está vinculada a la determinación de introducir cambios en el modelo de atención a los adultos mayores y a la histórica necesidad de coordinar y maximizar los esfuerzos que múltiples instituciones realizan en forma aislada e inconexa.

La factibilidad económica aparece vinculada a la disponibilidad de recursos aportados por la DiNAPAM para el inicio, y al mecanismo propuesto que posibilita la sostenibilidad de éste servicio, a medida que se avance con el proyecto se coordinara una contrapartida de los servicios intervinientes.

Conclusiones

En nuestra provincia la ausencia de comprensión del proceso de envejecimiento demográfico está generando decisiones políticas equivocadas, ya que solo se tiene en cuenta a esta población en las zonas urbanas y mas específicamente en la capital de la provincia de jujuy.

La actual dinámica de población nos permite vislumbrar que en el siglo XXI, Jujuy al igual que otras provincias de Argentina conllevará, al igual que la mayor parte de los países, un proceso de envejecimiento, no solo en la zona urbano sino que también en la rural, con importantes repercusiones sociales y económicas (demandas médicas, sociales y asistenciales) a las que tendrá que dar respuesta los gobiernos.

En los próximos años la planeación gerontológica debe ser prioritaria en las políticas sociales de la vejez, propiciando perspectivas adecuadas en calidad de vida de los mayores (salud, dependencia, familia, sociedad, economía, vivienda) en un marco espacial de referencia tan complejo como la ciudad y la zona rural.

Hoy las instituciones que trabajan y/o atienden las demandas y necesidades de la población adulta mayor no está preparada para asumir el reto del envejecimiento demográfico urbano, menos aun el rural, esto podría ser dramático ya que a hoy la zona rural tiene importantes rezagos en materia de salud, empleo, educación, vivienda y mucho mas aun en materia de ocio y ocupación del tiempo libre. Todo ello, puede provocar un colapso en el sistema de respuesta social, médica y asistencial de las comunidades rurales. Es necesario ampliar la cobertura de los programas sociales dirigidos a las personas mayores, ausentes o muy limitados en la actualidad. La inquietud no radica en que en las próximas décadas haya más ancianos, sino generar las condiciones de bienestar para lograr que en la etapa de la vejez las personas de edad estén sanas, activas y participativas. Además, es importante que se produzca un pacto a nivel institucional por el adulto mayor, donde participen los profesionales, las autoridades municipales, provinciales, nacionales, la ciudadanía y las organizaciones no gubernamentales.



Referencias Bibliográficas

- DiNAPAM, (2008).** Cuaderno del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios.
- Chadi, Mónica, (2000)** *Redes Sociales en el Trabajo Social: Espacio.*
- Fassio, Adriana. (2008).** *Sociología de las organizaciones que trabajan con adultos mayores.* Mar del Plata; UNMdP/Ministerio de Desarrollo Social.116p. (IABN: 978-987-544-257-3)
- Golpe, Laura I.; Arias; Claudia J. (2007)** *Métodos de investigación y dispositivos de intervención comunitaria e institucional.* Mar del Plata; UNMdP/Ministerio de Desarrollo Social.132p. (ISBN: 978-987-544-231-3)
- Marion L. Beaver y otros, (2000)** *la practica clínica del Trabajo Social con las personas mayores. Intervención primaria, secundaria y terciaria:* Paidós.
- Melano, María Cristina, (2001)** *Un Trabajo Social para los nuevos tiempos, La construcción de la ciudadanía:* lumen Humanitas.
- Roque, Mónica; Fassio, Adriana. (2007).***Gerontología comunitaria e institucional.* Mar del Plata; UNMdP/Ministerio de Desarrollo Social.145p. (IABN: 978-987-544-224-5)
- Salvarezza, Leopoldo. (2002).** *Geriatría. Teoría y Clínica.* Editorial Paidós.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, (1997).** *El Servicio de Ayuda a Domicilio. Programación del Servicio. Manual de Formación para Auxiliares:* Médica Panamericana.
- Touceda, María Angélica; Rubín, Domina. (2007).** *Salud, epidemiología y envejecimiento.* Mar del Plata; UNMdP/Ministerio de Desarrollo Social.135p. (IABN: 978-987-544-229-0)
- Zolotow, David Mario, (2002)** *Los devenires de la ancianidad:* Lumen Humanitas.
- [<http://www.mdx.ac.uk/WWW/STUDY/xgof.htm> Extractos de las obras de Goffman]
- [[Categoría: Sociología |Institución total]]



