



UNCuyo



Facultad de Ciencias
Políticas y Sociales
Universidad Nacional de Cuyo

TESIS DE GRADO

LICENCIATURA EN SOCIOLOGÍA

“Envejecer en Mendoza”

Los Adultos Mayores en una Institución

Alumna: Silvina Tania Berti

N° Registro: 7974

Directora de Tesis: Lic. Patricia Lecaro

Mendoza, Julio de 2013

Introducción

El presente trabajo de investigación está centrado en el análisis del proceso de envejecimiento en el contexto actual de la provincia de Mendoza. Asimismo, las aproximaciones a la situación del adulto mayor en Latinoamérica, servirán como marco para la comprensión del fenómeno demográfico con alcance sociológico; y contribuirán a la reflexión y la intervención concreta. En este sentido, la planificación en gerontología se plantea como un desafío a escala no sólo para las naciones, sino también para cualquier provincia, municipio, e incluso barrio.

Al iniciar la investigación sobre vejez, resultó un terreno poco explorado para la Sociología. Los trabajos de la CEPAL han guiado desde entonces el enfoque sociológico que pretendemos abordar. Principalmente, las investigaciones sobre el fenómeno en cuestión arrojan datos de Latinoamérica y Argentina, que contribuyen a entender el panorama más amplio en el que se reproduce la estructura sociodemográfica mendocina.

El objetivo general que guía este estudio es caracterizar las condiciones de envejecimiento de los adultos mayores en la provincia de Mendoza, específicamente de aquellos que residen en una institución geriátrica. De esta manera se pretende contribuir al conocimiento de las tendencias actuales respecto al tema, a partir de la descripción de las principales características de la población adulta mayor.

Con el fin de poder ahondar en el tema, se tomarán datos estadísticos de la DEIE, del INDEC, de la CEPAL e investigaciones que contribuyan a construir conocimiento y permitan, de esta manera, analizar la estructura sociodemográfica mendocina desde la perspectiva del envejecimiento.

El envejecimiento poblacional es y será una realidad a la que habrá que prestarle suficiente atención, no sólo debido a un progresivo incremento en su proporción, sino

también por el aumento en las condiciones de dependencia que van a padecer muchas de estas personas, lo que demandará calificación humana y técnica para su cuidado.

METODOLOGÍA

El diseño de la siguiente investigación tiene que ver con la problemática planteada, ya que se trata de una temática poco abordada en términos de investigación, es de carácter exploratorio y descriptivo.

La estrategia metodológica a seguir será cuantitativa. Para la realización de este trabajo, se considera adecuado utilizar datos provenientes de diversas fuentes secundarias: Bibliografía proveniente de investigaciones relacionadas con el tema, así como también informes y datos que contribuyan a describir la especificidad de la situación del adulto mayor.

Para la etapa de recolección de datos secundarios sobre la provincia, se utilizarán las fuentes e indicadores provistos por la DEIE (Dirección de Estadísticas e Investigaciones Económicas) y los últimos Censos Nacionales de Población (2001 y 2010). Grandes aportes de la CEPAL, servirán de marco para describir la región. Se pretende obtener información respecto de los programas y las políticas que desde el Estado se llevan adelante con respecto a la atención de los adultos mayores.

La unidad de análisis seleccionada es la población adulta mayor residente en el “Hostal de los Abuelos”. Con el fin de contextualizar la institución geriátrica, recurrimos a fuentes de carácter primario: a) Revisión de documentos oficiales de la institución (estatuto, acta de reuniones, registros, informes, fotografías, cartelería de difusión de actividades); b) Desde el Área Social: entrevistas de ingreso a familiares referentes y residentes, propietaria y personal del Hostal; c) Confeccionamos encuestas semiestructuradas de opinión a personal de la institución en estudio.

La recolección de los datos se llevó a cabo entre los meses de julio y diciembre de 2012. Respecto a la observación documental, debido a la multiplicidad y diversidad de

los documentos, ha proporcionado una importante cantidad de información útil para este trabajo.

La observación será un instrumento de investigación importante a lo largo del estudio; la misma, como técnica de recolección de datos e información, ha facilitado el poder conocer a estos adultos mayores en su contexto real, en este caso, un hogar geriátrico, donde desarrollan el último tramo de sus vidas.

El interés en el tema se fundamenta en la experiencia laboral personal en el citado geriátrico, desde el año 2008. La propuesta de trabajo consistió en organizar, coordinar y ejecutar las actividades socio- recreativas, hecho que motivó la búsqueda de información que permitiera planificar de acuerdo a las necesidades de la población. De allí en adelante, la investigación respecto al tema ha sido una constante, y permite hoy, brindar una visión sobre la vejez desde la Sociología.

El trabajo consta de tres capítulos en los que se tratan las diferentes dimensiones de la vejez. El primero de ellos describe el proceso de envejecimiento como fenómeno demográfico y sus consecuencias sociales, analizando las estrategias estatales, privadas y familiares ante el fenómeno. Incluye datos sobre América Latina y Argentina.

El segundo capítulo contiene un análisis de datos de la estructura sociodemográfica de la población adulta mayor a nivel nacional y provincial (sobre Mendoza), con un breve apartado sobre el departamento de San Martín, como el contexto más cercano a nuestra unidad de análisis.

En tanto que el tercer capítulo abarca las especificidades de envejecer en una institución, a partir del análisis de la población del hogar geriátrico “Hostal de los Abuelos”, considerado como una de las formas posibles de cuidados. Una vez realizada la descripción, se desarrollan aportes a modo de conclusiones acerca de los temas tratados. El trabajo contiene también un Anexo que incluye información complementaria relacionada con la investigación.

CAPÍTULO 1: LA REVOLUCIÓN DE LA LONGEVIDAD

“Para la sociedad, la vejez parece un especie de secreto vergonzoso del cual es indecente hablar... Justamente por eso escribo este libro: para quebrar la conspiración del silencio...”

La Vejez. Simone de Beauvoir

1.1- El proceso de envejecimiento como fenómeno demográfico y sus consecuencias sociales

Las sociedades de hoy inevitablemente tienen que dirigir su mirada ante un grupo etéreo que va creciendo día a día y que requiere ser visibilizado desde el campo académico: los adultos mayores. El envejecimiento se convierte así en un tema importante a tratar en la agenda de los gobiernos y, debido a las particularidades que acarrea este proceso, urge la acción y el planteo de políticas concretas que beneficien al sector. En cualquier contexto social, el envejecimiento poblacional se puede considerar tanto un logro como un desafío. Los cambios en la estructura de edad afectan diferencialmente los objetivos y las prioridades, así como la asignación de recursos, dentro del ámbito familiar y del Estado mismo.

El envejecimiento de la población está relacionado al desarrollo y al proceso de modernización de las sociedades, por lo tanto es pertinente preguntarse qué estrategias adoptan las mismas para contener a un grupo que crece en un mundo que envejece. Se debe destacar de igual modo, el efecto que produce el envejecimiento de las

poblaciones, especialmente sobre el sistema de salud público y el sistema previsional. El envejecimiento poblacional altera profundamente la estructura interna de las sociedades pues crece la proporción de personas de mayor edad que depende de la población económicamente activa, la que debe encontrar una respuesta a una población que envejece.

El interés social que despierta este campo de investigación conlleva a la realización de análisis demográficos centrados en la estructura y las demandas de la tercera edad. A partir de ellos se advierte el incremento del volumen y la proporción de personas mayores sobre el total de la población.

La CEPAL considera el envejecimiento de la población como uno de los fenómenos demográficos más importantes de este siglo, que provocará grandes transformaciones a futuro en las estructuras sociales, económicas y culturales de América Latina. En el caso argentino, los datos han seguido esta tendencia, según proyecciones del INDEC, para el 2015 se espera que la población de 65 años y más, sea de un 10,9 %. Susana Torrado considera a una población envejecida aquella en la que la proporción de habitantes de 65 años y más, supera el 7%, y revela que Argentina entró en esa categoría a principios de la década del '70. (Torrado 1994, p.75)

En esta línea de análisis es pertinente nombrar al Sistema Regional de Indicadores Sobre Envejecimiento (SISE), desarrollado por el CELADE, División de Población de CEPAL en cumplimiento a lo establecido en la “Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento” adoptada por los estados miembros de la comisión en 2003. El mismo se centra en la focalización del estudio de las variables propias de la ancianidad.

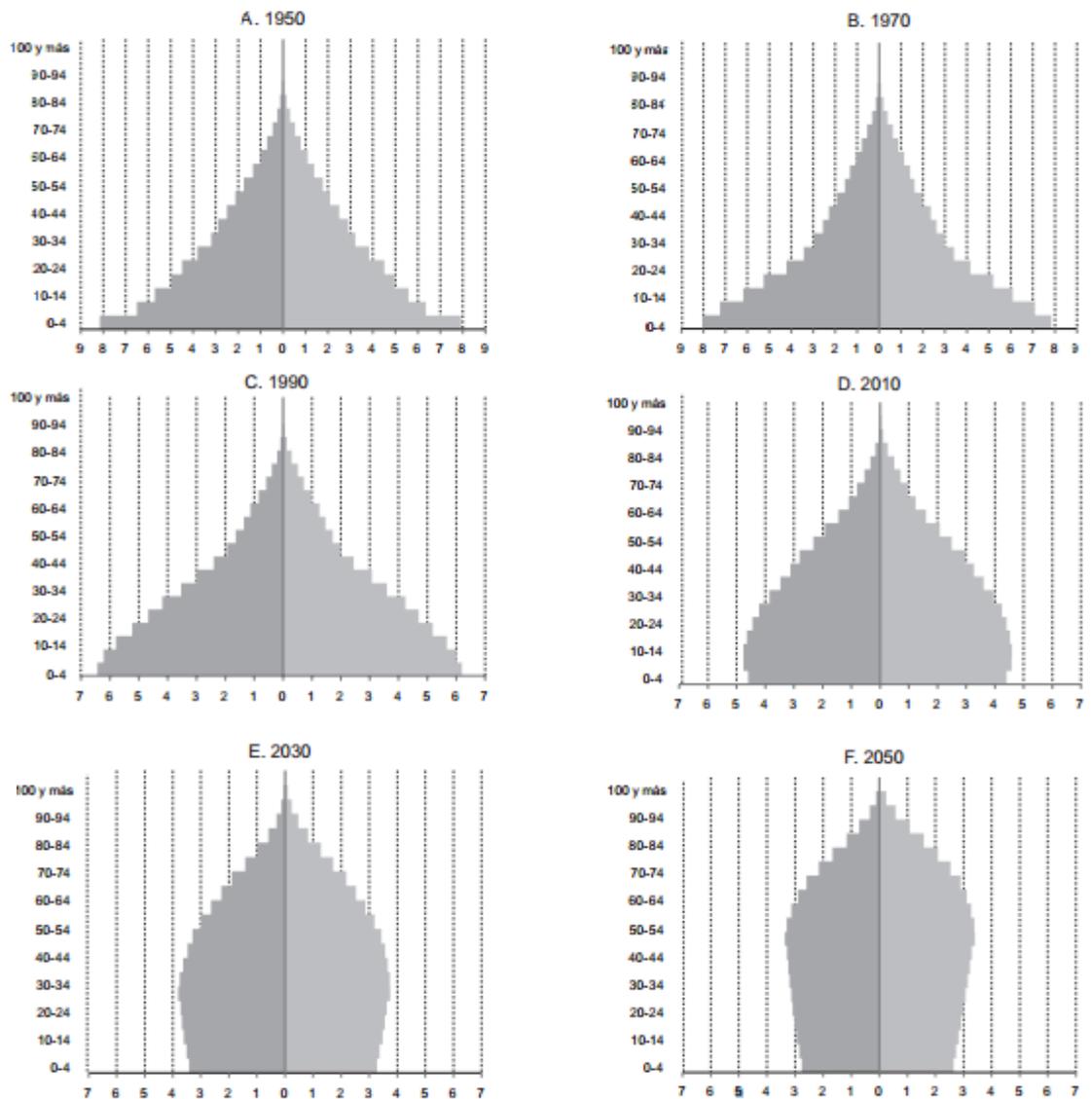
1.1.1- Las condiciones de envejecimiento para América Latina

De acuerdo a los informes de la CEPAL, si bien no se observan grandes variaciones en cuanto a su proporción, la población de América Latina ha crecido considerablemente como resultado de una alta natalidad combinada con una baja mortalidad. Como consecuencia entre 1950 y 2010, la población de la región pasó de 161 millones de habitantes en 1950 a 578 millones en el año 2010. Se estima que la cifra se elevará a 661 millones de personas en 2025 y se situará en 727 millones en 2060.

La región ha sido parte de la reestructuración etaria de la población mundial. Los grandes cambios se han dado en la estructura por edades.

Siguiendo al Observatorio Demográfico (CEPAL 2011, p. 14), es posible entender que *la población envejece cuando aumenta el porcentaje de adultos mayores (personas de 60 años y más) al tiempo que disminuyen el porcentaje de niños (menores de 15 años) y el de personas en edad de trabajar (de 15 a 59 años)* . Es de esperar que en el año 2040, en América Latina el número de adultos mayores supere por primera vez al de niños. Se pasa así de una estructura de población joven en 1950 a una población en claro proceso de envejecimiento. En cuanto al peso relativo en el total de la población del grupo de adultos mayores, crecerá, según las proyecciones a más del 35% del total de la población, tomando como base que en América Latina para 2010 este dato es del 9,9%, el porcentaje aumenta significativamente. Los siguientes gráficos respresentan y fundamentan el análisis realizado hasta el momento:

AMÉRICA LATINA: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO Y EDAD, AÑOS SELECCIONADOS, 1950-2100
(En porcentajes de la población total por grupos de edad)



Para analizar la situación de los adultos mayores es necesario distinguir dos grandes dimensiones que permiten caracterizar la vejez: siguiendo a Lourdes Pérez Ortiz(1997), es posible distinguir la *edad* como la gran variable estratificadora, y la *estructura o sistema social*, cuyas reglas imponen pautas de comportamiento creando la vejez. La primera tiene que ver con el envejecimiento como un *proceso individual*, considera el

aumento de la edad cronológica del sujeto, del cual no puede escapar. La segunda variable, del envejecimiento como *proceso social*, el cual, relaciona el envejecimiento con los cambios producidos en una estructura sociodemográfica específica. En este sentido, por ser la vejez un concepto definido socialmente, para comprender la realidad de los ancianos en la actualidad, es importante conocer el estereotipo de vejez vigente hoy en nuestra sociedad.

También el envejecimiento implica un conjunto de modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas consecutivas a la acción del tiempo sobre los seres vivos. Por lo tanto, la mirada a la vejez implica un recorrido tanto desde lo biológico como desde lo cultural.

La vejez, no es algo nuevo, pero sí es algo novedoso para la sociedad de hoy, ya que se ha hecho presente como grupo visible, como categoría social, con sus necesidades e intereses. Como referente para la Sociología, ya en 1955 Gino Germani anunciaba que *“...Frente a una ancianidad que engrosa sus filas, no es necesario solamente contar con un sistema de previsión, seguro y jubilaciones lo más amplios y sólidos posibles, con cambios adecuados en la orientación de la asistencia social y la medicina, sino que deben producirse modificaciones sustanciales en las actitudes de las personas hacia la vejez, y también por parte de ésta”*. (Germani 1955)

Para Chackiel, dentro de la población adulta mayor, aumentará el peso relativo de la de 80 años o más, lo que se traducirá en un incremento de los costos de atención de la salud, así como de las demandas de cuidado y de arreglos residenciales especiales para brindar asistencia a este segmento de la población de edad avanzada. Por consiguiente, se verá disminuida la proporción de personas de la “tercera edad” que tienen la capacidad para ser autónomos, tener una participación en las actividades económicas y una mayor integración social (Chackiel 2000).

1.1.1.1- Transición demográfica y bono demográfico

La *transición demográfica* es un proceso impulsado por factores tales como el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la fertilidad. Es un proceso complejo en el que intervienen muchas otras variables: lugar de residencia, el estado de salud de la población y la planificación familiar. Básicamente, la transición demográfica consiste en un cambio de niveles altos a niveles bajos de fecundidad y mortalidad, transformando la estructura de edades de una población, la cual, cambia de una composición joven a una composición anciana.

América Latina

Indicador	1995	2025
Población	467363000	685822000
Tasa de crecimiento	1,9	1
Tasa de fecundidad	3,1	2,2
Esperanza de vida al nacer	68,7	75
Tasa de mortalidad infantil	45,1	24,2
Porcentaje de población		
Menor de 15	33,8	23,7
15-59	58,6	62,1
60 y más	7,6	14,2

Fuente: Elaboración propia en base a datos de CELADE

La transición demográfica transita entre dos situaciones extremas: una, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y la segunda, final, de bajo crecimiento pero con niveles también bajos en las respectivas tasas. En el cuadro anterior, se analizaron las principales características de los cambios en la mortalidad, así como el impacto de éstos sobre el crecimiento y la estructura por edades de la población de la región.

Los datos indican que la tasa de crecimiento desciende casi en un punto entre 1995 y las proyecciones para 2025; también se registran caídas en las tasas de fecundidad y mortalidad infantil. Los aumentos más significativos se dan en indicadores como la esperanza de vida al nacer y la población de 60 años y más (que se duplicará en 2025 respecto al 2005).

Otro concepto, no menos importante, hemos tomado de la CEPAL: se trata del “*bono demográfico*”, una situación favorable al desarrollo en que la carga potencial de las personas en edades activas es relativamente más baja que en períodos anteriores y futuros. Sin embargo, este “bono” está acotado temporalmente, ya que el mismo descenso de la fecundidad y los aumentos de la longevidad provocan, como venimos analizando, que se incremente el peso relativo de la población de edad avanzada. Esto traerá aparejado, la relación de dependencia vuelva a aumentar y genere nuevas demandas por parte de los adultos mayores. Los números para América Latina indican que la región se encuentra justamente en el bono demográfico y la relación de dependencia total alcanzará su valor mínimo alrededor de 2020, con un valor de 57 de personas teóricamente “dependientes” por cada 100 personas en edad activa.¹

El fenómeno del envejecimiento poblacional, complejo, heterogéneo, contiene varias aristas, una de ellas es la *relación de apoyo potencial*. Esta se define por la función inversa de la relación de dependencia de la población de 60 años y más, es decir, es el cociente entre el número de personas en edad de trabajar (de 15 a 59 años) y el de adultos mayores (a partir de 60 años). A medida que la población envejece, la relación de apoyo potencial tiende a disminuir. En América Latina, entre 1950 y 2010 la relación de apoyo potencial se redujo de 10 a 6 trabajadores potenciales por cada persona de 60 años y más. Se prevé que, para 2050, la relación de apoyo potencial se reduzca aún más y llegue a 2 trabajadores potenciales por cada persona de edad avanzada, en América Latina son los hijos —y mayoritariamente las hijas— quienes se encargarán de cubrir

¹ La precariedad laboral y el trabajo en negro agravará la dependencia y reducirá la relación de apoyo potencial.

las necesidades de salud y cuidado de los adultos muy mayores.²

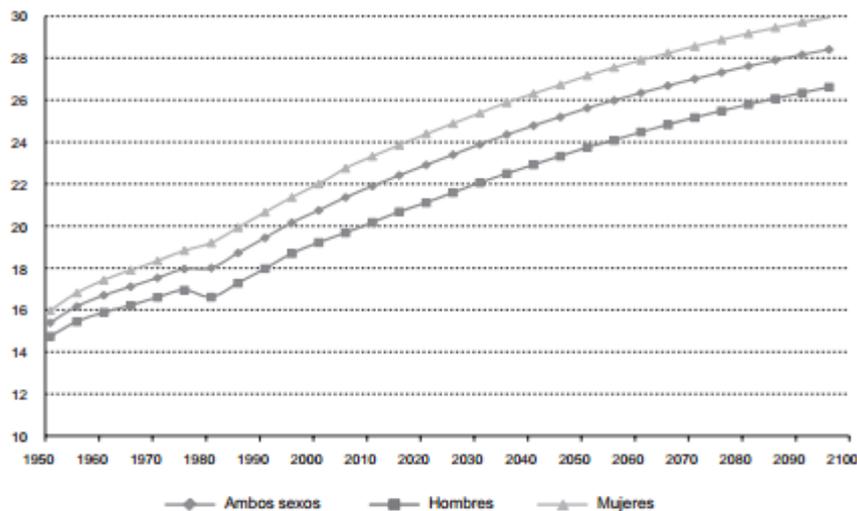
La evolución de la *esperanza de vida* no puede quedar al margen al estudiar el proceso de envejecimiento poblacional. Con las nuevas tecnologías que han permitido avances médicos y sanitarios ha sido posible reducir los niveles de mortalidad y disfrutar de índices de esperanza de vida no alcanzados hasta el momento. En particular, la esperanza de vida a los 60 años se ha incrementado notoriamente en América Latina.

En el gráfico siguiente se representa la evolución de la expectativa en años de vida después de los 60. Se observa que, en 1950, la brecha entre hombres y mujeres era muy pequeña. Este indicador no se debe tomar como una medida precisa del tiempo que resta por vivir a las personas de 60 años.

Hacia 1950 la esperanza de vida para un hombre de 60 años era de 15 años, mientras que para una mujer de la misma edad era de 16 años. Esa diferencia se ha ampliado con el tiempo, y en 2010 llegaba ya a 3 años (20 años de esperanza de vida para los hombres y 23 años para las mujeres). Se prevé que esa distancia se mantenga casi constante durante lo que resta del siglo XXI; en 2100, la esperanza de vida para los hombres después de los 60 años de edad sería de alrededor de 27 años, y para las mujeres, de 30 años.

2 El género es un componente que atraviesa la vejez, si bien el tema excede al presente estudio, se tratará brevemente en un apartado de este capítulo.

AMÉRICA LATINA: ESPERANZA DE VIDA A LOS 60 AÑOS, 1950-2100
(En años)



Fuente: CELADE

Los datos refieren que para 2010 la mayor tasa de crecimiento es para los mayores de 80 años, mientras que para 2050, el grupo de entre 75 y 79 tendrá una tasa de crecimiento más elevada que el resto.

Tasa de crecimiento por mil estimados y proyectados Argentina

	2010	2050
0-14 años/ years old 0-14 años/ year	-2,7	-7,0
15-59 años/ years old 15-59 años/ ye	11,4	-2,6
60 y más/ and over	17,8	14,7
60-74 años/ years old	16,3	4,7
75 y más/ and over	21,3	31,4
80 y más/ and over	34,4	26,5

Fuente: CELADE

La proyección de la pirámide para el 2025 muestra cómo la base va disminuyendo, mientras que, en los grupos correspondientes a la población de 60 años, aumenta. Con una clara forma de lo que hoy se conoce como “urna”, manifiesta el “envejecimiento del envejecimiento”, sobre todo del segmento de mujeres octogenarias.



Fuente: CELADE; Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía y División de la Población de la CEPAL boletín Demográfico N° 73, América Latina y el Caribe: Estimaciones y proyecciones de la población 1970-2050, CELADE

A lo largo de la historia es posible encontrar diversas ideas y conceptualizaciones sobre lo que se entiende por vejez, condicionadas por las variadas estructuras económicas y sociales, en coordenadas espacio- temporales concretas. Esto permite considerar a la vejez como compleja, heterogénea e históricamente situada. Entonces, ante el fenómeno del envejecimiento, es relevante no sólo preguntarnos de qué manera influirá en la estructura social, sino también entender cuáles son las estrategias y recursos con los que cuentan el Estado y las familias para su abordaje, temas que tratamos a continuación.

1.1.2- Estado y vejez. Políticas dirigidas al sector

La vejez es planteada como objeto de estudio para las ciencias sociales cuando comienzan a surgir problemas específicos que requieren atención. En Latinoamérica, a partir de los años setenta se implementa un fuerte proceso de ajuste de las economías regionales a fin de adecuarlas a las transformaciones que se han realizado en el capitalismo a nivel mundial (Tironi y Lagos 1991). A nivel de la estructura social y económica de Argentina dichas transformaciones han sido posibles por la modificación del modelo de acumulación vigente hasta entonces.

Entre 1976 y fines del siglo XX se sucedieron en el poder diversos gobiernos, sin embargo, por la naturaleza de sus políticas económicas, todos pueden ser enmarcados dentro de un modelo aperturista. Las políticas de ajuste indujeron efectos indeseables tanto sobre la estructura de clases sociales, como sobre sus niveles de bienestar. Entre ellos encontramos principalmente la descentralización de la producción, flexibilización laboral, las privatizaciones, la apertura al mercado mundial, entre otras.(Torrado, 2004).

En este contexto, a nivel de servicios públicos específicos para la vejez, es posible constatar (junto con Aranibar, 2001, p. 52) un grado de planificación, control y coordinación, relativamente bajo. Existen diferencias a nivel de profesionalización y habilidades técnicas, con escasa capacitación para operar satisfactoriamente. Sería importante entender la composición del bloque de clases dominantes, ya que es la que impone las pautas de acumulación acorde a sus intereses, y la que asigna los recursos que, consideramos necesario, sean canalizados hacia una mayor calidad y cantidad de servicios para los ancianos.

El marco en el que se han desarrollado las primeras políticas dirigidas a los adultos mayores es precisamente el de un Estado de ajuste. En el plano social, las políticas de atención universal, abrieron paso a la focalización de los recursos públicos en los grupos más carenciados y, además, el sector privado extendió sus inversiones hacia la educación, la salud, y la previsión social (Pizarro 1999, p. 7).

En los 90, con un modelo excluyente, las políticas alentaron la desinversión social, propio de un Estado mínimo y una lógica de mercado omnipresente, y asumieron un carácter asistencialista y focalizado, apuntando a poblaciones específicas y atendiendo necesidades urgentes, sin prever soluciones estructurales.

Siguiendo a Hintze (2000, p. 18), es posible mencionar los rasgos de las políticas sociales en el modelo neoliberal:

- Privatización: en consonancia con el modelo, se profundiza la separación público/privado y postula que la reproducción debe desenvolverse fundamentalmente en este último ámbito. El Estado debe hacerse cargo solamente de aquello que no entra en el amplio campo de competencia del mercado.
- Focalización de las intervenciones en aquellos que "realmente lo necesitan": siempre han existido políticas y programas focalizados y orientados a ciertos sectores en función de condiciones biológicas o económicos-sociales.
- Aumento del peso de las políticas asistenciales: consideradas como compensatorias del ajuste estructural, pierden su carácter residual y adquieren mayor centralidad.

Por otro lado, en el contexto político que se inició hace una década, se pretendió construir cierta institucionalidad, consistente en una línea –no siempre coherente, claro está- que en algunos aspectos trataba de alejarse de la destrucción –cultural, estatal, económica- llevada adelante durante la neoliberal década de los 90. Ciertas políticas se encaminan en efecto en una dirección rehabilitante del Estado, como espacio con peso en el campo de la regulación económica y social, con un rol más activo.

Según el Centro de Estudios para la Producción, el período 2003-2007 ha sido una etapa de gran avance de la economía argentina, registrando tasas de crecimiento promedio del orden del 9% anual. El desempeño productivo estuvo motorizado por la persistente mejora que presentaron el gasto doméstico privado (consumo e inversión) y las exportaciones.

Por otra parte, la generación de mano de obra fue otra característica saliente del período

2003-2007; ello se evidenció en una tasa de desocupación que fue descendiendo sin interrupciones con reducciones importantes, alcanzando niveles de un dígito. Según un informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), entre 2003 y 2008 la Argentina contrajo la tasa de desempleo urbano abierto un 53,8 por ciento, y se ubicó tercera entre las naciones latinoamericanas con mayor eficacia en la reducción de la desocupación durante ese período.

1.1.2.1- Cambios en el sistema previsional

Las políticas de protección social surgen para satisfacer ciertas necesidades que, por diversas razones, aquellos que son sus beneficiarios no pueden atender por sí mismos, y para cubrir una serie de riesgos, como la enfermedad, el desempleo o las contingencias de la vejez, que para amplios sectores sociales no son fácilmente asegurables a través del mercado u otras instituciones no estatales como la familia (Rozenwurcel 2008, p.235). Es necesario identificar quiénes –y en qué medida– acceden a los beneficios.

En el caso del sistema previsional, se evidenciaba una fuerte caída en la cobertura, que respondía a las nuevas condiciones del mercado de trabajo y a los cambios paramétricos incluidos en la reforma del sistema en 1994. En julio de ese año se dicta la Ley 24241 "Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones". Se crean las Administradoras de Fondos (AFJP), desapareciendo el sistema de solidaridad intergeneracional, y es reemplazado por un sistema mixto, compuesto por las prestaciones del Estado y las financiadas con los aportes acumulados en cuentas individuales, las cuales se prorratan en función de la expectativa de vida. Este haber de capitalización está determinado por los ahorros individuales, la fecha de nacimiento, el sexo y la incapacidad. Establece tres modalidades de cobro: Retiro Programado (AFJP)- Renta Vitalicia (Compañía de Seguros de Retiro)- Retiro Fraccionario (AFJP).

Los nuevos requisitos para acceder a los beneficios determinaron una caída importante en la cobertura. La reforma estableció que el acceso a la prestación por vejez del

Sistema Previsional Argentino dependía del cumplimiento de dos condiciones: edad (65 años para hombres y 60 años para mujeres) y período de aportes (30 años). En ambos casos esto supuso un incremento de los requisitos respecto de la legislación anterior. (Rozenwurcel 2008, p.255)

La caída en la cobertura motivó en 2005 el lanzamiento del Plan de Inclusión Previsional, el cual incluyó a aquellos adultos mayores que, castigados por los cambios registrados en el mercado de trabajo y en el sistema previsional en los años '90, en particular referidos a la edad jubilatoria y los años de contribución necesarios para acceder a la prestación previsional, se encontraban en una situación de vulnerabilidad social al no contar con un haber jubilatorio. La consecuencia fue que a partir de esta moratoria, un total de 1,6 millones nuevos beneficiarios ingresaron al sistema previsional, quebrando la tendencia decreciente de la serie, lo cual permite apreciar la magnitud del programa y también da lugar a la duda respecto de la sostenibilidad fiscal del sistema en el mediano y largo plazo.

En lo que respecta a la cantidad de beneficios, según datos de ANSES, entre enero de 2003 y mayo de 2010 el total de jubilaciones y pensiones del Sistema Nacional de Previsión Social aumentó en un 74,2%, al pasar de 3,2 millones en enero de 2003 a 5,6 millones en mayo de 2010. Sin embargo, la proporción de personas mayores sin cobertura previsional sigue siendo muy elevada: aun con la moratoria y la extensión de las pensiones no contributivas, existe un porcentaje de adultos que actualmente no recibe ningún tipo de cobertura.

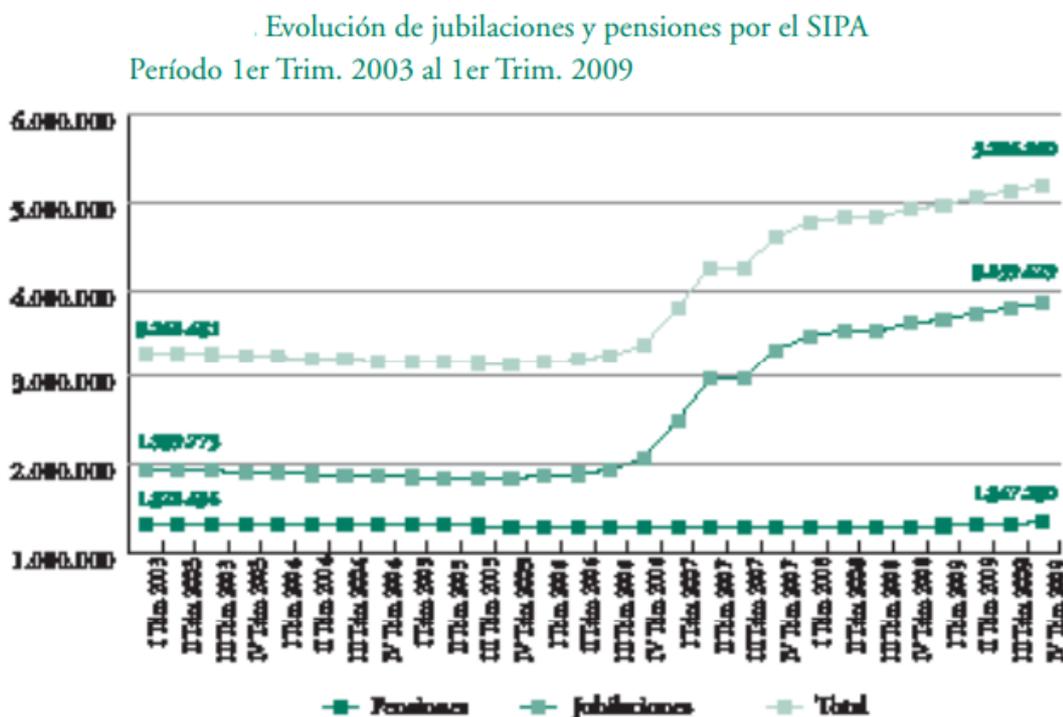
La evolución de la cobertura del sistema nacional de reparto, 1996-2007 (en %) muestra un quiebre positivo entre 2005: 47,3% 2006:56,5% 2007: 70,5%. Probablemente este proceso vaya de la mano del crecimiento de la economía argentina en esos años: Entre 2003 y 2007, la economía argentina creció a un promedio de 8,5% anual acumulativo, marcando una tendencia que contrasta claramente con el período del régimen de tipo de cambio fijo. [...] Más aún, el periodo 2003-2007 se destaca como el quinquenio de

mayor crecimiento de la economía argentina en los últimos cien años. (Costa 2010, p. 23)

Según la ANSES (Administración Nacional de Seguridad Social), luego de 2003 es posible consignar que el número de beneficios ha doblado su número. Este aumento de las jubilaciones permitió incrementar la tasa de cobertura del sistema a casi el 90% de la población mayor de 60 años, el porcentaje más alto desde que se inició el sistema de seguridad social.

El siguiente gráfico revela la evolución de jubilaciones y pensiones por el SIPA

(Período 1er Trimestre 2003 al 1er Trimestre 2009):



Fuente: elaboración de la Subsecretaría de Políticas de la Seguridad Social en base al Boletín Estadístico de la Seguridad Social.

El periodo de posconvertibilidad trajo aparejado una mayor cantidad de aportantes al

sistema de Seguridad Social junto con un aumento significativo de la cantidad de beneficiarios, que pasaron de poco más de 3 millones a comienzos de la década de 2000 a casi 5 millones en 2008.

Hoy existen más de 6 millones de jubilados y pensionados por el sistema contributivo y no contributivo. Como mencionamos con anterioridad, esta evolución es la consecuencia directa de la implementación de la Ley de Prestación Previsional Anticipada y la llamada Moratoria Previsional, que posibilitaron que entre diciembre de 2005 y el mismo mes de 2007 se otorgaran alrededor de 1,6 millones de nuevos beneficios. También en el año 2008, el pago de la jubilación mínima se extendió a todas las personas que, cumplida cierta edad, no tuvieran acceso a la cobertura previsional, utilizando sistemas de compensación parcial y extendida en el tiempo por parte de los beneficiarios.

A la universalización de la jubilación pública le sucedió la clausura del sistema de AFJPs. Para el año 2008, el gobierno nacional impulsó la reestatización de las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y su reabsorción en el sistema público. Contribuye a este crecimiento la Ley 26425 vigente desde el 1 de Diciembre de 2008 "SIPA", Sistema Integrado Previsional Argentino. La misma establece un régimen único, de reparto asistido, con financiación del Estado, basado en el principio de solidaridad, mediante el aporte de la población con el pago de impuestos y aportes previsionales.

Se produce también la transferencia al Estado de todos los fondos de los afiliados de las AFJP; y pasan a integrar el Fondo de Garantía de Sustentabilidad. Así, estos fondos transferidos sólo pueden ser utilizados para el pago de beneficios. Un cambio trascendental que experimentó el Sistema Previsional en esta etapa fue la implementación de la Ley de Movilidad Jubilatoria (N° 26.417) aprobada en 2009, que estableció dos ajustes anuales sobre los haberes.

En Argentina, el sistema previsional se mueve con una expectativa de vida de 74 años, cuando en la realidad, esta es mayor. Entonces, parece necesario lograr una cobertura previsional que proteja al adulto mayor física, económica y socialmente, intentando una modificación de las prestaciones del sistema.

En este sentido, el propio sistema de salud pública, ante una demanda creciente de atención médica por parte de los adultos mayores, puede tornarse vulnerado. Es un grupo etéreo que acarrea grandes costos para el mantenimiento de la calidad de vida, debido sobre todo a enfermedades crónicas. Esto quiere decir que a medida que envejece una persona, aumenta su uso en prestaciones de salud. Por lo tanto es recomendable hacerlas más eficientes, partiendo del conocimiento de las particularidades de la vida longeva.

Ahora bien, el segmento que abarca a personas ancianas (mayores de 65 años), no debe considerarse como un grupo homogéneo. Dentro de este, a grandes rasgos, existen diferencias ya sea por clase social, por ubicación geográfica, por subgrupos de edad y, una muy importante, por género. Así, la trayectoria social de un adulto mayor, está asociada a la forma en la cual vive su vejez: la ocupación que ejerció, su estatus socioeconómico, el nivel de educación alcanzado son variables a tener en cuenta en cualquier análisis. Respecto a la diferenciación al interior del grupo desagregando intervalos de edades más cortos, existen claras distinciones entre las personas que recién llegan a los 65 años y los que ya han pasado la barrera de los 80 años de edad.

El proceso de envejecimiento, a nivel individual, condiciona al anciano física y mentalmente, convirtiéndose el grupo más viejo en aquel que requiere mayor atención y cuidado como consecuencia de su mayor dependencia. En cuanto al género en la vejez, el tema puede tornarse más que interesante. Es una variable que tiene mucho peso a la hora de buscar explicaciones a las especificidades de la ancianidad.

1.1.3- Feminización de la vejez

La sociedad se estructura y organiza a partir del valor del mercado obviando el cuidado y las necesidades de las personas; pero la sociedad no subsistiría sin el trabajo no remunerado que se realiza fundamentalmente en el ámbito de las estructuras familiares (Moreno 2003, p. 36). Esta organización actual de la sociedad es insostenible para las mujeres. El modelo lineal de distribución del tiempo –un tercio para el trabajo, un tercio para el descanso y un tercio para el ocio– se ha definido a partir de la realidad social de los hombres y no contempla la realidad de las mujeres, ni la realidad de la doble presencia.

Según las Naciones Unidas, en todas las sociedades se ha esperado que sea la mujer la que cuide a los demás miembros de la familia sin percibir ningún tipo de remuneración . Por ello, la mujer queda atrapada en un círculo vicioso: la expectativa de que realice tareas no remuneradas interfiere con la evolución de su carrera, y en consecuencia luego percibe una pensión de menor cuantía, ya que su estancia en el mercado de trabajo es intermitente. Finalmente, la insuficiencia de las prestaciones económicas que recibe aumenta su dependencia de los demás miembros de la familia, normalmente otras mujeres, que tienen que atenderla a su vez. Si el Estado o la sociedad no intervienen, este ciclo se repite (Naciones Unidas 2002).

En América Latina, y conforme a la información brindada por la CEPAL, se observa en los países de la región una alta participación femenina, en especial de las hijas, en el cuidado de las personas mayores; pero generalmente no reciben ninguna retribución económica por ello, no cuentan con la preparación adecuada para hacer esta tarea, y la realizan con un alto costo personal. Desde esta línea de pensamiento, se afirma que el contexto en que se produce el envejecimiento en la región contribuye a que la problemática de los cuidados en la vejez se sigue manejando como un asunto privado, y no de solidaridad colectiva (CEPAL 2011, p. 24).

Por otra parte, los programas de otra índole existentes para las personas mayores —como de cuidados domiciliarios, pensiones no contributivas, fomento a la participación, entre otros— tienen un claro sesgo asistencial, y suponen que el acceso a esas prestaciones depende de los recursos de las personas mayores y no de las necesidades que presentan. La experiencia de programas asistenciales dirigidos a las personas de edad demuestra que el mayor peso de los cuidados en la vejez recae en la familia, y especialmente en la mujer, dejando a merced del mercado informal —como casas de reposo no reguladas— la prestación de determinados servicios que, en general, cuentan con insuficientes recursos para asumir esta tarea. Incluso en países con fuerte privatización de los servicios públicos, la demanda social hace que la gestión privada ofrezca mejores garantías de calidad que los servicios públicos, y cuando estos servicios se descentralizan, derivan en desequilibrios territoriales importantes. Esta situación manifiesta una protección limitada e incierta, que no se aleja de los principios y derechos para la vejez.

Si las acciones de cuidado de adultos mayores recaen fundamentalmente en las familias y particularmente en las mujeres, es de suponer que el aumento de la necesidad de cuidado pondrá en una situación de riesgo la participación económica de las mujeres. Si el Estado y una reformulación de roles al interior de la familia no contribuyen a sostener esta nueva demanda de cuidados, muchas mujeres deberán evaluar por un lado la posibilidad física de soportar extensas jornadas de trabajo productivo y reproductivo, y por otro la viabilidad económica de tercerizar el cuidado de los adultos mayores, en particular en los estratos más bajos y de mayor precaridad laboral (Lecaro 2013, p. 3).

Incluso las características de la población anciana difieren según el género del que se trate. Es posible afirmar que a medida que la edad de la población anciana aumenta, es mayor la proporción de mujeres en cada intervalo. Una proyección a futuro conduce a pensar en una estructura de población anciana mayoritariamente femenina.

Según el Plan de Madrid, en su art 7 bis: “Las mujeres de edad superan a los hombres

de edad, y cada vez más a medida que la edad aumenta. La formulación de políticas sobre la situación de las mujeres de edad debería ser una prioridad en todas partes. Reconocer los efectos diferenciales del envejecimiento en las mujeres y los hombres es esencial para lograr la plena igualdad entre mujeres y hombres y para formular medidas eficaces y eficientes para hacer frente al problema. Por consiguiente, es decisivo lograr la integración de una perspectiva de género en todas las políticas, programas y leyes”.

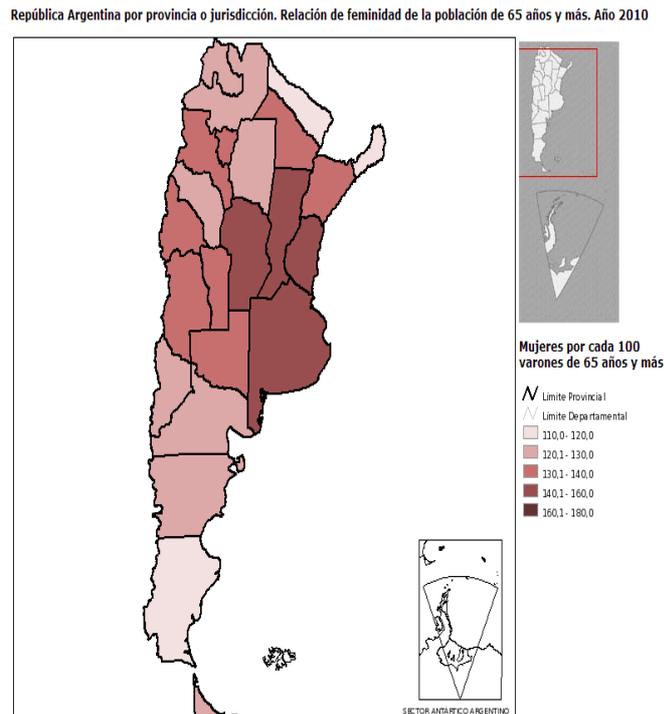
El siguiente cuadro exhibe una estimación entre los años 2010 y 2050 para la población adulta mayor según sexo en Argentina; datos que indican un aumento exponencial sobre todos en los segmentos finales, y más aún, en el grupo de mujeres:

ARGENTINA
ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN TOTAL SEGÚN SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

Hombres	2010	2050
60 - 64	760 929	1 430 112
65 - 69	602 522	1 267 098
70 - 74	454 574	1 128 318
75 - 79	327 896	769 225
80 - 84	204 040	491 085
85 - 89	90 653	282 525
90 - 94	26 927	124 244
95 - 99	5 333	38 605
100 y más / <i>and over</i>	790	6 198
Mujeres		
60 - 64	866 871	1 516 205
65 - 69	724 804	1 413 382
70 - 74	611 093	1 361 964
75 - 79	510 694	1 035 041
80 - 84	383 435	769 776
85 - 89	221 678	550 759
90 - 94	90 005	328 076
95 - 99	24 069	140 875
100 y más / <i>and over</i>	3 763	29 316

Fuente: CELADE

La relación de feminidad por grupo de edad (mujeres por cada 100 varones de 65 años y más) distribuida según las provincias argentinas, coincide con que las zonas urbanizadas son las que cuentan en su estructura sociodemográfica con el mayor número de mujeres. El siguiente mapa expone claramente estos indicadores:



Una variable indiscutible a tener en cuenta al estudiar el fenómeno es la atención de la salud de los ancianos como un factor de gran relevancia. Por ello es necesario reforzar la atención primaria de este grupo desde el sistema de salud, ya que es una población en aumento.

En este sentido es importante tener en cuenta la situación de la mujer, cuyo máximo de atención sanitaria la recibe en su etapa de reproducción, quedando desprotegida al llegar

a la edad adulta, no sólo en cuanto a sus necesidades de salud, sino en cuanto a un “devaluación cultural” que las afecta. Es una cuenta pendiente para un futuro próximo plantear y ejecutar políticas para las mujeres adultas mayores, quienes desde su trayectoria de vida han aportado con trabajo productivo y reproductivo a una sociedad que, sería interesante, se acuerde de ellas.

1.1.4- Estrategias familiares ante la vejez

Como ha observado Carrasco (2003, p.19), existe una especie de *mano invisible* en cuanto a los cuidados de las personas se refiere. La autora cita el concepto del homo economicus como un ser egoísta que nunca fue niño, que nunca se hace viejo, que nunca está enfermo, a quien nunca nadie cuidó y que tampoco cuida nunca a nadie. Este personaje representa una falsa libertad de actuación, no generalizable y que sólo puede existir porque hay alguien que está realizando las otras actividades.

El aumento de la longevidad de las personas, impacta en el ámbito familiar de manera notable. Es la familia, como unidad socioeconómica básica de la sociedad, la que brinda apoyo, cuidados y atención a sus gerontes aunque con variados grados de dificultad.

El abordaje del tema de las relaciones sociales e interpersonales en la tercera edad es acogido por muchos desde una perspectiva negativa. Conjuntamente se desarrollan carencias de tipo afectivo por déficit de interacción social, pérdida de contacto social y problemas de movilización bastante acentuados en los mayores . Al respecto se podría sostener que los ancianos se retiran y a la vez son retirados de la sociedad por la ruptura de las relaciones sociales debido el cese de las funciones.

La ruptura, en lo que respecta a las relaciones sociales, está determinada por la conjunción de una serie de factores tales como: alejamiento de las conexiones personales establecidas en el trabajo (con la pérdida del rol laboral), carencia afectiva percibida con los hijos y nietos (que a su vez están transitando un período activo en sus

vidas), y disminución en lo que se refiere a los enlaces con parientes y amigos, personas de la misma generación, en una palabra, con sus pares; como consecuencia de la distancia o la muerte.

La autora M. Julieta Oddone da cuenta de los factores estructurales como limitantes del apoyo al anciano reducido a las familias: Si bien las investigaciones nos muestran a las familias actuales como las principales contenedoras de los ancianos, el proceso de cambio en que se encuentra la estructura de las mismas nos indica que en un futuro cercano los ancianos y sus verticalizadas familias deberán ser contenidos por redes de la sociedad civil (Oddone 1999). Y, agregamos, también por el Estado como promotor de políticas asociadas a la vejez.

Existen “arreglos” al interior de las familias mismas para afrontar los costos del cuidado de un anciano dependiente (ya sea una dependencia socioeconómica o de salud física) que están estrechamente ligados a la cantidad de activos en capital económico, cultural y simbólico, que contribuirán o no a nivel personal y familiar para sobrellevar esta etapa de la vida. Y por lo general, estas tareas de cuidado recaen en las mujeres, con los componentes afectivos y materiales que esto supone.

El papel central de la familia en la protección y prestación del bienestar social de sus miembros, hace que se establezca una verdadera red social de cuidados informales cuando un miembro de familia necesita cuidados personales como consecuencia de su situación de dependencia, caracterizado por el trabajo voluntario.

El cuidado informal puede ser definido como la asistencia prestada por familiares, amigos u otras personas que no reciben remuneración económica por la ayuda ofrecida. Algunas características tienen que ver con su escaso reconocimiento, su desarrollo se circunscribe al ámbito de lo privado, limitado al hogar y a la esfera doméstica, asociado a un determinado rol de género, y realizadas en su mayor parte, como enunciamos anteriormente, por las mujeres de la familia.

Respecto a los cuidadores formales, a modo de otra estrategia familiar de cuidados, es posible encontrar diversas definiciones. La autora María Cristina de los Reyes discute con el autor Valderrama, quien ha definido a los cuidadores de ancianos como a “aquellas personas capacitadas a través de cursos teóricos-prácticos de formación dictados por equipos multi e interdisciplinarios de docencia para brindar atención preventiva asistencial y educativa al anciano y a su núcleo familiar. Su campo de acción cubre el hogar, hospital de día, clubes y centros de jubilados, residencias geriátricas y servicios sanatoriales. El cuidador apoya al personal de enfermería y a equipos gerontológicos de trabajo.

Según Reyes (2002), el autor aplica el término sólo a los cuidadores que han recibido capacitación específica y no pertenecen a la familia del anciano, correspondiendo entonces a un tipo especial de cuidadores formales: los capacitados a través de una formación teórico – práctica para la atención directa y continuada de ancianos en diversos ámbitos.

No incluye en esta definición a los cuidadores que reciben un pago por su trabajo, pero no tienen la formación descrita, tal como sucede entre cuidadores que apoyan a la familia sin haber recibido conocimientos teóricos ni prácticos específicos. No están contemplados quienes tienen sólo una formación práctica, como sucede en el caso del asistente geriátrico que reviste como tal a partir de unos meses de trabajo en un establecimiento que presta servicios de internación de larga estadía.

La autora define al “cuidador formal” a toda aquella persona que cuida en forma directa a ancianos en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo una paga o beneficio pecuniario por su trabajo. Entre los cuidadores formales incluye a los profesionales que trabajan en establecimientos destinados a prestar servicios de salud para ancianos y los responsables de esos establecimientos (encargados, directores, etc).³

³ Al respecto de cuidados formales, el siguiente capítulo contiene un apartado acerca de las opciones que ofrece el INSSJP para sus beneficiarios.

En el contexto actual y futuro, las residencias u hogares de ancianos aparecen como otra de las opciones ante una necesidad social y adquieren una importancia fundamental en la construcción de una expectativa de vida que se traduzca en calidad de vida personal y familiar, considerando que la institucionalización de un adulto mayor no debiese significar un detrimento de su calidad de vida, ni mucho menos una desvinculación del núcleo familiar.

En esta línea de análisis, y teniendo en cuenta que los hogares de este tipo generan rentabilidad, las residencias clandestinas para adultos mayores son una clara expresión de cómo son vulnerados los derechos de los ancianos, y el vacío legal y cultural que existe al respecto. Urge entonces la implementación de acciones concretas, adecuadas, basadas en sus necesidades reales que sólo podrán ser conocidas a través de investigaciones responsables.

1.1.5- La dignidad de los derechos. El derecho a la dignidad

Envejecer no es un tema que concierne sólo a los viejos: la transformación demográfica acarrea un gran impacto social. Si bien existen políticas sociales que atienden necesidades del sector, es posible pensar que ellas se limitan al asistencialismo. Entonces el adulto mayor ya no es sólo el sujeto al que se dirigen estas políticas, sino que se convierte en el objeto de las mismas, a veces utilizado por los gobiernos para no enfocarse en las verdaderas cuestiones que atañen al fenómeno. Estas tienen que ver con la generación de políticas públicas que tengan efectos a mediano y largo plazo.

Si pensamos en la vida diaria de un anciano, autoválido o no, cualquiera sea su condición, es evidente notar que no existe un proyecto de urbanización que lo incluya. La infraestructura de las ciudades no está preparada para el tránsito de personas mayores. Son escasas las experiencias de lugares comunes públicos, como plazas de

recreación y deportes para el adulto mayor. Incluso cruzar una calle se convierte en una travesía para un viejo que siquiera se anime a intentarlo. Ni hablar de la existencia de rampas, pasamanos, baños, asientos, veredas antideslizantes, etc. Pareciera que salir es cosa de jóvenes. Y es en este punto donde se empiezan a vulnerar los derechos del adulto mayor.

Es difícil reconocer una planificación estratégica y las consecuentes políticas públicas que acompañen la vejez de hoy y la futura, que aparenta ser más compleja aún debido a los cambios en la composición de las familias, más pequeñas y con tantas obligaciones. Es necesario construir ciudades que estén a la altura de la vejez, porque es en ellas donde se concentra la mayor cantidad de población añosa.

Si hablamos de derechos, la vivienda digna es fundamental para este grupo, porque sin duda, pasan más tiempo en sus hogares. Sería interesante pensar en que el Estado mismo acompañe el acondicionamiento de las viviendas de los mayores. Tal vez con subsidios o programas que le permitan colocar barras, pasamanos, luces y cualquier elemento que mejore la calidad de vida de todo aquel que transita esta etapa. Dejar de lado las barreras arquitectónicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente como la ausencia de enfermedades o padecimientos. De acuerdo al Plan citado, en su Art. 58, llegar a la vejez gozando de buena salud y bienestar requiere un esfuerzo personal durante toda la vida y un entorno en el que ese esfuerzo pueda tener éxito. La responsabilidad de las personas consiste en llevar un modo de vida saludable; la de los gobiernos en crear un entorno favorable a la salud y al bienestar incluso en la vejez. Tanto por razones humanitarias como económicas, es necesario brindar a las personas de edad el mismo acceso a la atención preventiva y curativa y a la rehabilitación de que gozan otros grupos.

Al mismo tiempo, debe disponerse de servicios de salud concebidos para atender las necesidades especiales de las personas de edad, teniendo en cuenta la introducción de la medicina geriátrica en los planes de estudio universitarios y sistemas de atención de la salud pertinentes, según corresponda. Además de los gobiernos, hay otros agentes importantes, en particular las organizaciones no gubernamentales y las familias, que proporcionan apoyo a los individuos para que mantengan un modo de vida saludable al tiempo que cooperan estrechamente con los gobiernos en la creación de un entorno propicio

Para ser sustentables, las ciudades deben proveer estructuras y servicios que sostengan el bienestar y la productividad de sus residentes. Las personas mayores, en particular, requieren entornos de vida facilitadores y de apoyo para compensar los cambios físicos y sociales asociados al envejecimiento.

Esta necesidad fue reconocida como una de las tres directivas prioritarias del Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de Madrid, avalado por las Naciones Unidas en el 2002.

El respeto y la inclusión social se refieren a las actitudes, el comportamiento y los mensajes de otras personas y de la comunidad en su conjunto hacia las personas mayores.

La participación social hace referencia a la participación de las personas mayores en actividades de recreación, socialización, culturales, educativas y espirituales.

La participación cívica y el empleo se refiere a las oportunidades de ciudadanía, trabajo remunerado y no remunerado; está asociada tanto al entorno social como a los determinantes económicos.

En cuanto a los medios de transporte públicos campañas para crear conciencia en

conductores, asientos adecuados, información clara, paradas con lugares de espera asegurar que el diseño del interior de los colectivos disponga de asideros seguros en la zona destinada a minusválidos.

Otro punto interesante sería realizar un paseo con los sujetos en estudio y, de esta forma, obtener una mejor perspectiva de las dificultades a las que se enfrentan los mayores a diario. Muchas circunstancias diferentes modifican, en la vejez, el poder transitar en las ciudades:

- Una menor visión puede afectar directamente su habilidad de conducir un automóvil.
- La pérdida de la destreza física, posiblemente debida a artritis severa, puede dificultar subir los escalones del subterráneo.
- Los lapsos en la memoria pueden causarle miedo al caminar más allá de su ámbito inmediato por temor a perderse.
- Las limitaciones por los costos debidas a ingresos fijos pueden dificultar los arreglos de los automóviles o tomar taxis.
- Tomar medicamentos múltiples, como así también la interacción entre los mismos, pueden causar efectos adversos que inseguridad, robos a ancianos de la jubilación o en sus propios hogares

Es posible afirmar que las actuales directrices de diseño que siguen los encargados de planear las infraestructuras de transporte y servicios no tienen en cuenta las necesidades de la gente de más edad. Dichos programas no tienen en cuenta cuánto tiempo necesita una persona mayor para recorrer las calles a pie y en transporte público. Si se ofrecieran programas de formación y concienciación a los trabajadores del sector del transporte sobre las necesidades de los mayores, las mejoras serían enormes. Por ejemplo, los conductores de colectivos deberían comprobar que todo el mundo está correctamente sentado antes de reanudar el viaje. Los tiempos, el manejo de los mismos

por parte del adulto mayor, es una cuestión de suma importancia en toda planificación dirigida al sector.

En cuanto a la problemática del maltrato hacia el adulto mayor, desde el Plan de Acción de Madrid, se plantean artículos y acciones específicas para su abordaje, entre ellos citamos el siguiente: *Art. 98 El abandono, el maltrato y la violencia contra las personas de edad pueden adoptar muchas formas —física, psicológica, emocional, financiera— y se producen en todas las esferas sociales, económicas, étnicas y geográficas. El proceso del envejecimiento entraña la reducción de la capacidad de recuperarse, por lo que las personas de edad que han sido víctimas de malos tratos pueden no llegar a recobrase nunca del todo, física o emocionalmente, de la experiencia sufrida. El efecto de la experiencia traumática puede verse agravado por el hecho de que la vergüenza y el miedo producen una renuencia a pedir ayuda. Las comunidades deben trabajar unidas para prevenir los malos tratos, el fraude al consumidor y los delitos contra las personas de edad. Es necesario que los profesionales reconozcan los riesgos de abandono, maltrato o violencia por parte de los encargados, profesionales o no, de atender a las personas de edad en el hogar o en contextos comunitarios o institucionales.*

En el propio texto se reconoce que las mujeres de edad corren mayor riesgo de ser objeto de maltrato físico y psicológico debido a las actitudes sociales discriminatorias hacia el género.

La falta de atención, el escaso compromiso, la negativa al cambio, la recortada inversión, la no intervención ante una necesidad evidente, en pocas palabras, la invisibilización de los “viejos” puede tornarse perjudicial, ya que puede conducirlo a la enfermedad y a cambiar su condición de autovalidez por la de dependencia. Esto para el Estado implica un mayor gasto.

La CEPAL señala que *en el debate actual sobre políticas públicas, no cabe duda que la*

sostenibilidad de cualquier estrategia de desarrollo descansa en el involucramiento y participación activa de los diversos actores en los procesos de toma de decisiones. Una gestión estatal consensuada requiere de la participación de las partes interesadas, en instancias que permitan fortalecer la confianza entre el gobierno y la sociedad civil, ampliándose las oportunidades de cooperación y coordinación. En este sentido, la aplicación deliberada por parte de los responsables de diseñar e implementar políticas públicas, de recursos metodológicos que propicien la participación de los agentes y ciudadanos, contribuye a la emergencia de sujetos activos de desarrollo, ya que presupone la constitución de un sujeto colectivo capaz de intervenir con protagonismo en la resolución de sus propias inquietudes. Al ampliar las posibilidades de retroalimentación entre realidades complejas -entre el Estado y la sociedad civil- puede estimular procesos de desarrollo basados en las propias capacidades locales, mejorando el diseño y la rectificación de los diferentes programas de intervención (CEPAL, 2003).

El artículo 14 del Plan de Madrid nuevamente es pertinente a la hora de pensar en el desafío que implica una sociedad envejecida, que exhorta a la intervención y el cambio: *La promoción y protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, incluido el derecho al desarrollo, es esencial para la creación de una sociedad incluyente para todas las edades, en que las personas de edad participen plenamente y sin discriminación y en condiciones de igualdad. La lucha contra la discriminación por motivos de edad y la promoción de la dignidad de las personas de edad es fundamental para asegurar el respeto que esas personas merecen. La promoción y protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales es importante para lograr una sociedad para todas las edades. Para ello, la relación mutua entre las generaciones debe cultivarse, acentuarse y alentarse mediante un diálogo amplio y eficaz.*

CAPÍTULO 2: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

“El reflejo profesional del sociólogo es señalar que las divisiones entre las edades son arbitrarias. (...) De hecho, la frontera entre juventud y vejez en todas las sociedades es objeto de lucha.”

PIERRE BOURDIEU

Partiendo de considerar al siglo XXI como el del envejecimiento poblacional, es válido analizar los aspectos demográficos que se vislumbran a la luz de los datos. La población está experimentando profundas transformaciones que afectan su crecimiento y su estructura por edades, lo cual implica:

- Reducción de la mortalidad infantil
- Nuevos patrones de causa de muerte
- Mayor esperanza de vida al nacer
- Aumento del control de la natalidad
- Cambios en la estructura familiar

Así obtenemos como resultado una población que disminuye su crecimiento y tiende al envejecimiento, es decir, un aumento progresivo del porcentaje de personas mayores en la población total. Entonces ¿cómo dar respuesta a las necesidades de una población que envejece?. A los efectos de encontrar estrategias concretas, se hace evidente conocer las

características del sector.

Coincidimos con Torrado cuando afirma que un rasgo característico de los hechos demográficos es que se manifiestan lentamente y sin ninguna espectacularidad. Por ello mismo, no es fácil visualizarlos con la misma urgencia que otros fenómenos de repercusión más inmediata y visible. Sin embargo, las proyecciones para el fenómeno que venimos tratando, hablan por sí solas. Se prevé que la tasa bruta de mortalidad (muertes por 1.000 habitantes) hasta el 2020 siga decreciendo cada vez con más lentitud hasta la década del 2020, y que la tasa bruta de natalidad (nacimientos por 1.000 habitantes) descienda también sin interrupciones.

Los años de “plusvida” se obtienen gracias a la disminución o retraso de muertes, es decir que se logra prolongar la vida de aquellos que ya sobrevivieron hasta cierta edad y concluyendo en un aumento de la esperanza de vida a los 65 años. Por lo tanto, como afirma Torrado, lo que ahora aumenta es la longevidad, o sea la duración máxima de la vida que pueden alcanzar en promedio los seres humanos.

2.1- La estructura familiar en la actualidad

La organización familiar de nuestro país ha sufrido, cambios importantes en los últimos años. La caída de la natalidad ha provocado la reducción del tamaño de las familias, teniendo en cuenta hechos como la postergación de los nacimientos por proyectos personales y/o profesionales, un mayor número de parejas que no desean tener hijos; una menor cantidad de hijos por familia, el control de la natalidad a causa de métodos anticonceptivos eficaces.

Del mismo modo, fenómenos como la disminución en la tasa de casamientos y el aumento de los divorcios, e incluso el aumento de familias ensambladas tienen fuertes consecuencias en la estructura familiar y su organización.

Las condiciones económicas y sociales de los adultos mayores no dependen solamente de los mecanismos que ofrecen los sistemas de seguridad social, estatales o privados, sino del rol que cumple la familia y las relaciones entre sus miembros. Las familias con muchos hijos tradicionalmente eran vistas como una garantía de seguridad para los mayores, tanto en el sustento económico y arreglos residenciales, como para su integración en la sociedad. Sin embargo, el cambio demográfico producirá una enorme transformación en la estructura familiar, que se torna más pequeña, con menos hijos e integrada por varias generaciones simultáneamente (Chackiel, 2000).

Lo anterior resulta preocupante debido a que en la región, el envejecimiento secundario (aumento de personas de más de 75 años dentro de la población adulta mayor) tendrá un incremento rápido en los próximos cincuenta años, aunado a un posible aumento de los hogares unipersonales y consecuentemente un crecimiento del número de personas que precisan de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Esto implica que las estrategias familiares no serán suficientes (Huenchuan, 2009, p.8).

El siguiente cuadro consigna los cambios en la composición de los hogares (distribución de la población según el tipo de familia en el que reside); los datos describen la situación de Mendoza, comparando los censos de los años 2001 y 2010.

Hogares por tipo de Hogar- Mendoza	2001	2010
Total	410.418	494.917
1. Hogar unipersonal	45.815	67.553
2. Hogar multipersonal familiar	361.852	423.699
2.1. Hogar nuclear	271.182	324.660
2.1.1. Hogar nuclear completo	231.243	269.272
2.1.1.1. Hogar nuclear completo de pareja sola	46.329	62.388
2.1.1.2. Hogar nuclear completo de pareja e hijos	184.914	206.884
2.1.2. Hogar nuclear incompleto	39.939	55.388
2.2. Hogar extendido	85.034	92.889
2.2.1. Hogar nuclear completo con otros familiares	51.134	51.293
2.2.1.1. Hogar nuclear completo de pareja sola con otros familiares	5.948	6.959
2.2.1.2. Hogar nuclear completo de pareja e hijos con otros familiares	45.186	44.334
2.2.2. Hogar nuclear incompleto con otros familiares	20.588	25.323
2.2.3. Hogar sin núcleo familiar con otros familiares	13.312	16.273
2.3. Hogar compuesto	5.636	6.150
2.3.1. Hogar nuclear completo con otros no familiares (con o sin otros familiares)	3.360	2.911
2.3.1.1. Hogar nuclear completo de pareja sola con otros no familiares (con o sin otros familiares)	800	759
2.3.1.2. Hogar nuclear completo de pareja e hijos con otros no familiares (con o sin otros familiares)	2.560	2.152
2.3.2. Hogar nuclear incompleto con otros no familiares (con o sin otros familiares)	1.482	2.288
2.3.3. Hogar sin núcleo familiar con otros no familiares (con otros familiares)	794	951
3. Hogar multipersonal no familiar (jefes y otros no familiares)	2.751	3.665

Elaboración propia en base a datos del INDEC- Censo 2001 y Censo 2010

Los datos anteriores indican que la provincia de Mendoza sigue las tendencias enumeradas por Susana Torrado acerca de la composición familiar, cuyos principales cambios son los siguientes: a) aumento del porcentaje de hogares unipersonales (45.815 en 2001 y 67.553 en 2010); b) incremento de los hogares no-familiares compuestos por amigos y/o parientes lejanos (2.751 en 2001 y 3.665 en 2010); c) disminución correlativa de la proporción de hogares multipersonales familiares, sobre todo los de tamaño numeroso; d) aumento notable del porcentaje de parejas en unión consensual, lo que apareja un extraordinario incremento de la proporción de nacimientos extramatrimoniales; e) multiplicación de los hogares de familia monoparental (por lo general, una mujer cabeza de familia, sin cónyuge, con uno o más hijos); f) aumento

significativo de las familias ensambladas (“los míos, los tuyos, los nuestros”) (Torrado,2004, p. 13).

Ahora bien, si crece el número de hogares unipersonales, si el número de hogares multipersonales familiares es cada vez menor, y aumentan las familias ensambladas, qué sucederá con esta población cuando envejezca, si la red primaria de apoyo y cuidado, que es la familia, ha adquirido nuevas formas. ¿Qué está haciendo hoy el Estado para asegurar condiciones económicas y sociales dignas para los adultos mayores del futuro? A continuación, presentamos algunas estrategias de acción, que ofrece PAMI en la actualidad.

2.2- Los orígenes institucionales para la atención de la vejez en Argentina: el PAMI

El Instituto Nacional de Servicios Sociales se crea el 13 de mayo de 1971, a través de la ley 19.032 para Jubilados y Pensionados, en un intento por dar respuesta a las necesidades de atención médica y social de la tercera edad. El Instituto se transforma en un pionero en la asistencia a los mayores ya que por aquellos años no existían cátedras de medicina ni tampoco se planteaban políticas globales de salud para la tercera edad. De allí el rol histórico que cumplió el organismo.

¿Por qué se lo denomina PAMI?

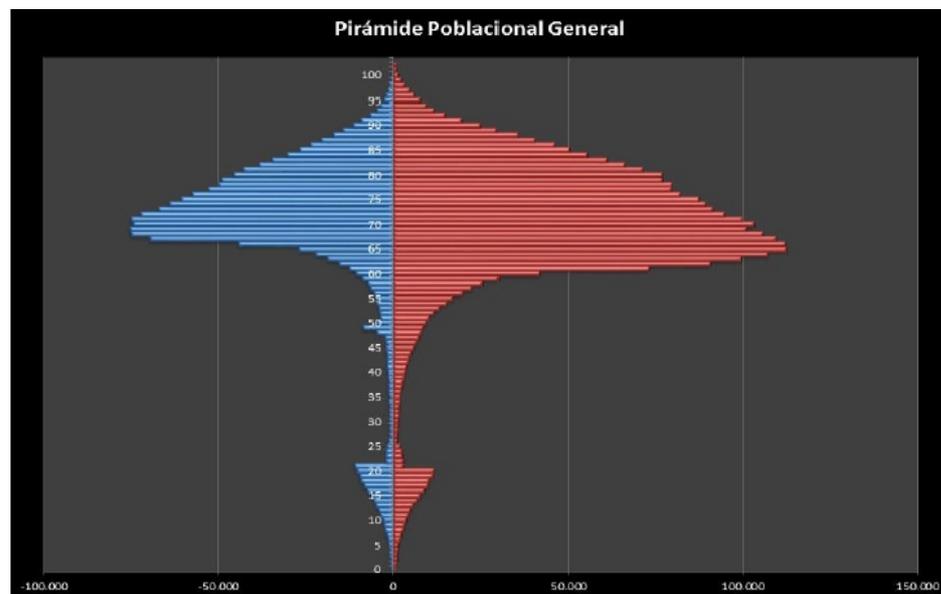
Uno de los primeros programas del Instituto en su gestión fue el llamado Programa de Atención Médica Integral (PAMI) que en sus primeros años funcionó para los afiliados domiciliados en la Capital Federal. Con los años, la sigla PAMI se convirtió en el ícono que identificó a la obra social de los jubilados y pensionados. Desde el año 2011 se redefine como: "Por una Argentina con Mayores Integrados".

Desde sus inicios se plantearon discusiones sobre si el PAMI era un organismo de carácter público o privado. El origen de sus aportes provenientes de los propios

jubilados y de los trabajadores en actividad definió su naturaleza jurídica y la Procuración General del Tesoro tomó una decisión al señalar que “El Instituto es persona de derecho público no estatal”.

Los informes del INSSJP señalan que a mediados de 1970, el PAMI lanzó una masiva campaña de afiliación y comenzó a proyectar su estructura nacional, hasta contar en cada provincia con una agencia o sucursal a la que pudieran acudir los jubilados

Actualmente el PAMI cuenta con aproximadamente 700 “bocas de atención”, distribuidas en todo el territorio nacional, en las que sedesempeñan alrededor de 15000 agentes en todo el país y redondea 4.500.000 afiliados titulares de derechos, principalmente jubilados y pensionados del régimen contributivo, su grupo familiar y los veteranos de guerra de Malvinas, acorde a la pirámide poblacional presentada a continuación:



El PAMI brinda servicios para la salud de los jubilados como el otorgamiento de descuentos en la compra de medicamentos recetados por los médicos del Instituto. A lo

largo de toda su historia, ha incorporado servicios médicos según las innovaciones tecnológicas y técnicas de tratamiento que contemplan las problemáticas de los mayores.

2.2.1- Programas de atención a la dependencia

Parte de esas problemáticas fueron abordadas en las Jornadas de Atención a la Dependencia realizadas por PAMI en Mendoza el 29 de Agosto de 2012, que tuvieron como eje el Programa de atención progresiva del adulto mayor, el cual contempla diversas instancias de cuidado del mismo, teniendo en cuenta su fragilización y grado de autonomía. Entre ellas citamos:

2.2.1.1- CLUB DE DÍA (de gestión social)

En el año 2009 se creó por Resolución N° 027DE//09 el Programa “Club de Día” que integra los aspectos preventivos y asistenciales abordando a la población autoválida en proceso de fragilización y vulnerabilidad social, en el marco del sistema de atención progresiva a las personas mayores.

Es una prestación que busca generar un espacio de pertenencia y contención social diurna para personas mayores autoválidos en situación de riesgo de aislamiento y soledad. Se trabaja en gestión asociada con efectores sociales gubernamentales (provinciales o municipales) y no gubernamentales (Centros de Jubilados, Fundaciones, Clubes, Pueblos Originarios y otras ONGs).

Es un régimen regular de media jornada o jornada completa, ofreciendo actividades preventivas, de estimulación y refuerzo alimentario. Se aplica en todo el país. Ofrece ámbito de participación, prevención e inclusión social de asistencia personalizada y organizada por un equipo interdisciplinario.

No está dirigido para adultos mayores con una vida integrada a actividades sociales, sino a aquellos que hayan perdido vínculos familiares y comunitarios.

2.2.1.2- CENTRO DE DÍA (gestión socio- sanitaria)

El Centro de Día es un dispositivo terapéutico de contención social y estimulación específica diurna donde se desarrollan actividades preventivas, de atención profesional y rehabilitación, orientado hacia la mejora de su autonomía personal e independencia.

Su objetivo es brindar atención y estimulación diurna a las personas mayores en proceso de fragilización desde un plan de tratamiento integral, especializado y personal tendiente a fortalecer la autonomía funcional y la permanencia en el medio familiar.

2.2.1.3- ATENCIÓN DOMICILIARIA

Se trata de un subsidio que contempla 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.

2.2.1.4- SUBSIDIOS ECÓNICOS

El propósito es paliar situaciones de crisis socio sanitaria a través de la contención técnico profesional de equipos interdisciplinarios y la prestación de servicios asistenciales u otorgamiento de recursos económicos orientados a cubrir necesidades básicas de subsistencia a afiliados de alta y media vulnerabilidad. Existen dos programas: Asistencia Social de Urgencia y Social Integral.

2.2.1.5- RESIDENCIAS PROPIAS

Albergan afiliados autoválidos, sin patologías clínicas y/o psiquiátricas invalidantes, expuestos por vulnerabilidad social y fragilización personal durante el proceso de envejecimiento, a los cuales se les brinda apoyo y cobertura de necesidades básicas, participación e integración mediante relaciones asociativas vinculares, con el fin de otorgar contención social y que permanezcan durante una estadía prolongada.

2.2.1.6- INTERNACIÓN GERIÁTRICA

El objetivo es brindar asistencia integral y personal de carácter transitorio o permanente a afiliados mayores de 60 años, dependientes o semidependientes y/o con grave deterioro psicofísico que requieran cuidados intensivos personales y especializados que no puedan ser brindados por el grupo familiar, como tampoco ser encuadrados en otras alternativas prestacionales y que requieran de cobertura parcial o total por carencia de recursos materiales del mismo y/o su grupo de convivencia.

Estos espacios sugieren la posibilidad como sociedad de repensarse, de adaptarse a la longevidad, de prepararse para la vejez e ir construyendo de cara al futuro las transformaciones sociales, políticas, económicas y culturales que atañen al fenómeno.

2.3- Distribución de la población Adulta Mayor en Argentina

Según los últimos censos de los que existen datos disponibles, el porcentaje de adultos mayores respecto a la población total fue de un 8,9% en 1991, y de un 9,9% en 2001 (INDEC). El Censo de población 2010 consigna que la población de adultos mayores de Argentina es de 5.725.838, lo que representa el 14,2% de la población total del país.

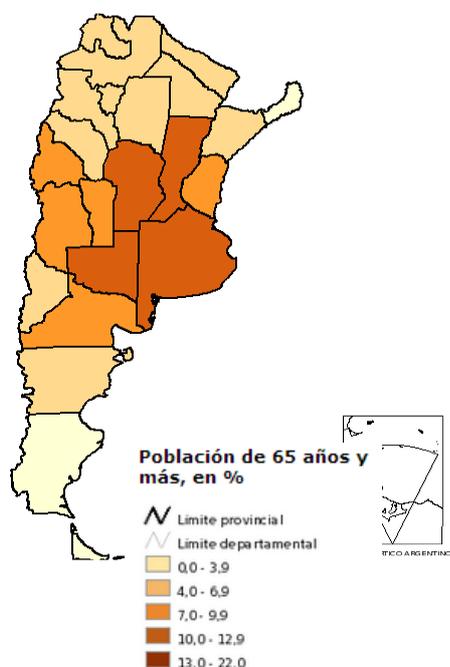
Por lo cual es posible apreciar cómo este último escalón en la estratificación etárea, se amplía y representa un peso significativo en la estructura de población. Claramente, la proporción de personas en los rangos de mayor edad, aumenta con el paso de los años y modifica estructuralmente a la sociedad, que también envejece.

La población adulta mayor se encuentra desigualmente repartida por el país, concentrándose en la zona del Área Metropolitana de Buenos Aires con un 16,4% de población de 65 años y más. Los datos parecen indicar que entre más urbana, más anciana es la población. Con mucho menos población, le siguen en magnitud las provincias de Santa Fe (11,8%), Córdoba y La Pampa (11,2%). Luego, se encuentra con un porcentaje de entre 10% y 11% en provincia de Buenos Aires, Entre Ríos y Mendoza. El resto de las provincias presentan un porcentaje menor al 9% que tiende a disminuir, especialmente en localidades con alta vulnerabilidad social (a excepción de Tierra del Fuego) . La heterogeneidad regional atraviesa también al fenómeno del envejecimiento.

Respecto a la distribución territorial de la población adulta mayor en la provincia de Mendoza, el dato más destacable es el departamento de General Alvear, con un 13,4% dato que parece ir contra la tendencia de que a mayor urbanización aumenta la longevidad de su población. Una explicación posible reside en el hecho de que existen migraciones de jóvenes hacia la ciudad en busca de otras oportunidades.

Con 46.429 habitantes (de los cuales 6.229 son adultos mayores) y apenas 3,2 de densidad de población (hab/km²), Alvear consigna un índice de dependencia potencial de 62,4%, el más alto de la provincia. Vale aclarar que el índice de dependencia potencial expresa el número de personas potencialmente inactivas por cada 100 potencialmente activas. Es el cociente entre la suma de población de 0 a 14 años y 65 y más, y el total de la población de 15 a 64 años por cien. Las siguientes páginas contienen un mapeo de la información analizada.

Población de 65 años y más por provincia. Argentina, año 2010



Provincia	Población de 65 años y más %	Mujeres de 65 años y más %	Varones de 65 años y más %
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	16,4	19,3	13,0
Santa Fe	11,8	13,8	9,6
Córdoba	11,2	12,9	9,3
La Pampa	11,2	12,6	9,8
Buenos Aires	10,7	12,4	8,9
Entre Ríos	10,3	12,0	8,5
Mendoza	10,3	11,6	8,8
San Luis	8,7	9,8	7,6
San Juan	8,7	9,8	7,5
Río Negro	8,5	9,3	7,7
Tucumán	8,0	9,1	6,9
Corrientes	7,9	8,8	6,9
Catamarca	7,9	9,0	6,8
Santiago del Estero	7,7	8,5	6,8
Chubut	7,4	8,3	6,5
Jujuy	7,2	7,8	6,6
La Rioja	7,2	8,0	6,3
Formosa	7,0	7,4	6,6
Chaco	7,0	7,8	6,1
Salta	7,0	7,6	6,4
Neuquén	6,6	7,2	5,9
Misiones	6,3	6,7	5,8
Santa Cruz	5,3	5,9	4,7
Tierra de Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	3,8	4,3	3,4

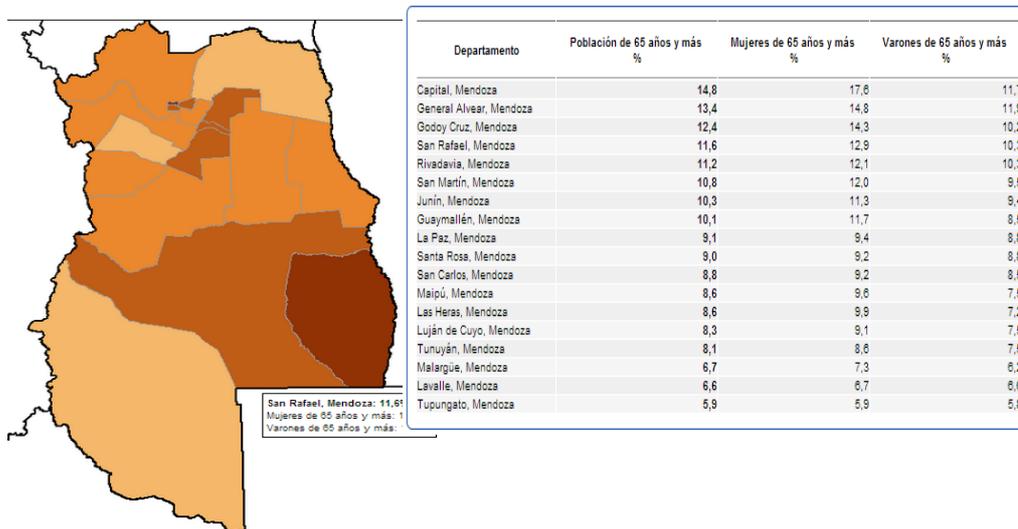
FUENTE: Censo 2010-INDEC

El porcentaje de mujeres y varones de 65 años y más se calcula sobre el total de mujeres y varones respectivamente. En este mapa se utilizan las categorías de envejecimiento poblacional recomendadas internacionalmente. Refieren a: población joven (0,0 a 3,9 %), población madura (4,0 a 6,9 %), envejecimiento moderado (7,0 a 9,9 %), envejecimiento moderado avanzado (10,0 a 12,9 %) y envejecimiento avanzado (13,0 %

y más).

2.3.1- Características de la población adulta mayor mendocina

Población de 65 años y más por departamento. Provincia de Mendoza, año 2010

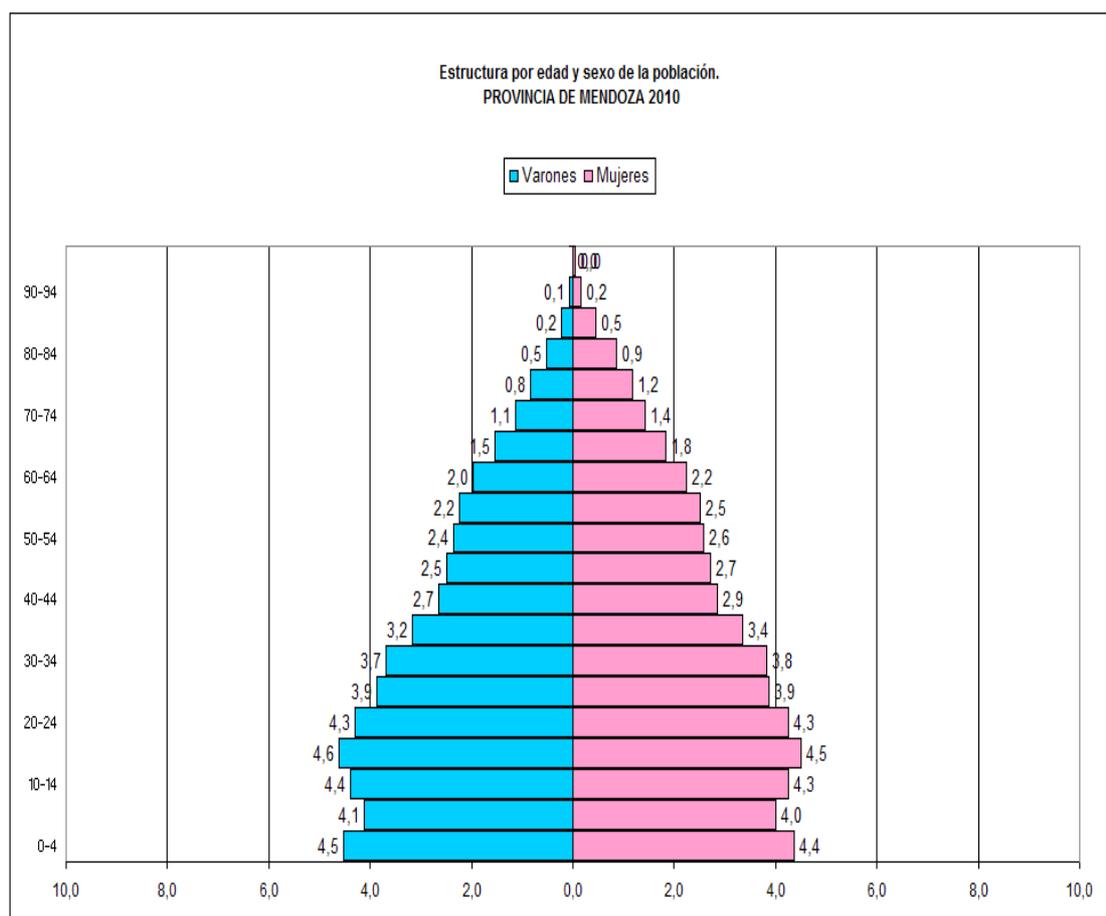


En la provincia de Mendoza, según datos de la DEIE para el año 2011, el 10,3% de la población (178.720 hab) es mayor de 65 años. La mayor concentración de este segmento se ubica geográficamente en el departamento de Capital (14,8%), y el departamento de Tupungato con un escaso 5,9% es el que cuenta con menor cantidad de adultos mayores de 65 años respecto al total provincial. De acuerdo al cuadro de la DEIE los datos son los siguientes:

Población de 65 años y más según departamento. Mendoza. 2011.

Departamento	Población de 65 años y más	
	Abs	%
Total	178.720	10,3
Capital	17.040	14,8
General Alvear	6.234	13,4
Godoy Cruz	23.761	12,4
Guaymallén	28.855	10,1
Junín	3.920	10,3
La Paz	912	9,1
Las Heras	17.543	8,6
Lavalle	2.449	6,6
Luján	10.001	8,3
Maipú	14.868	8,6
Malargüe	1.871	6,7
Rivadavia	6.327	11,2
San Carlos	2.887	8,8
San Martín	12.772	10,8
San Rafael	21.883	11,6
Santa Rosa	1.472	9,0
Tunuyán	4.015	8,1
Tupungato	1.912	5,9

En cuanto a la estructura por sexo, en el intervalo trabajado, es posible observar, de acuerdo al Censo 2010 que un 56,7% de los adultos mayores en Mendoza son mujeres, con un 43,3% de varones. El índice de masculinidad, que expresa la cantidad de varones por cada 100 mujeres para el total de la provincia es de 72,4; con datos significativos como Lavalle con 101,2 y Tupungato con 102,6; que superan ampliamente el índice de masculinidad del resto de los departamentos. Es posible observar un proceso de feminización de la vejez, al igual que las tendencias a nivel nacional.



Al analizar el régimen de jubilación y/o pensión el 96,6% de los adultos mayores en Mendoza, posee alguno de estos beneficios. Variadas investigaciones respecto al tema del envejecimiento poblacional refieren que a mediano plazo estos procesos demográficos implican comenzar a prever un aumento en las prestaciones y ampliación

de la cobertura en especial en salud, debido a la prevalencia de enfermedades crónicas.

En este sentido hay que tener en cuenta la reducción de la cantidad de personas en edad laboral por cada persona en edad de jubilarse. La situación de los futuros ancianos se complejizará, teniendo en cuenta la precariedad laboral actual, las escasas posibilidades de ahorro, la carencia de vivienda propia, los cambios en la estructura familiar, y tantas imprevisiones relacionadas con el envejecimiento.

Respecto a la población de 65 años y más con al menos un componente de NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) según departamentos, los datos señalan que el 97% del segmento total provincial se encuentra Sin NBI. Lavalle aparece con un 20,5% de población adulta mayor con al menos un componente de NBI, alertando sobre la fragilización y la exclusión del sector.

La Encuesta de Condiciones de Vida para la provincia de Mendoza, realizada en 2011 arroja datos acerca de la Composición familiar y los hogares (persona sola o grupo de personas que comparten la vivienda y el consumo). Si bien la categoría de Hogar Nuclear Completo con hijos establece los porcentajes más altos, el Hogar Nuclear Completo sin hijos y los Hogares Unipersonales refieren porcentajes considerables a tener en cuenta al momento de pensar en los cuidados futuros de la vejez de estas personas.

La página siguiente contiene los datos para los Hogares según Departamento para la provincia de Mendoza:

Hogares según tipo de hogar por departamento. Mendoza. 2011.

Departamento	Total	Tipo de hogar						
		Unipersonales	Nuclear completo s/hijos	Nuclear completo c/hijos	Monoparental	Monoparental Extendido/Compuesto	Nuclear Completo Extendido/Compuesto	No Conyugal
%								
Total	100,0	11,59	15,68	39,55	9,82	6,65	12,52	4,19
Capital	100,0	19,27	16,73	31,87	12,14	6,06	5,28	8,66
General A Vejar	100,0	19,29	20,13	32,68	11,14	4,28	7,88	4,61
Godoy Cruz	100,0	14,24	12,64	34,04	10,69	9,07	15,13	4,19
Guaymallén	100,0	10,06	17,00	39,40	11,65	6,77	12,02	3,09
Junín	100,0	7,60	17,55	45,85	6,08	4,69	14,72	3,50
La Paz	100,0	13,90	12,02	36,81	15,40	7,82	8,81	5,25
Las Heras	-	10,03	14,15	37,61	9,85	8,67	15,67	4,02
Lavalle	100,0	5,49	9,81	55,43	6,95	4,71	14,95	2,66
Luján	100,0	9,05	14,27	42,24	8,82	6,35	13,85	5,43
Malpú	100,0	6,78	15,94	45,86	9,70	5,50	13,81	2,42
Malargüe	100,0	11,00	14,87	46,81	9,03	6,10	10,96	1,23
Rivadavia	100,0	11,08	23,11	39,64	8,20	4,89	8,46	4,62
San Carlos	100,0	7,62	16,71	48,65	7,32	3,91	12,69	3,10
San Martín	100,0	9,21	14,66	41,22	7,95	8,92	15,59	2,46
San Rafael	100,0	15,14	17,90	37,49	8,86	5,19	10,39	5,03
Santa Rosa	100,0	6,87	14,10	50,27	5,84	4,63	14,53	3,75
Tunuyán	100,0	9,66	12,26	45,34	10,30	6,07	12,43	3,95
Tupungato	100,0	7,98	10,64	49,08	6,95	4,89	16,14	4,31

Nota: Hogares Unipersonales: conformados por un solo miembro.

Hogares Nucleares completos s/hijos: conformados por ambos cónyuges s/hijos.

Hogares Nucleares completos con hijos: conformados por ambos cónyuges y los hijos.

Hogares Monoparentales: conformado por un solo cónyuge (padre o madre) con hijos.

Hogares Monoparentales extendido/compuesto: conformado por un solo cónyuge (padre o madre) con hijos y otros familiares y/o no familiares.

Hogares nucleares completos extendido/compuesto: conformados por ambos cónyuges con hijos o sin hijos y otros familiares y/o no familiares.

Hogares no conyugales: pueden estar presentes otros parientes del jefe de hogar y/u otros no parientes del jefe de hogar, pero no existe el núcleo conyugal.

Fuente: D.E.I.E. sobre la base de la Encuesta de Condiciones de Vida 2011.

El siguiente cuadro contiene datos de hace más de diez años (Censo 2001), en el mismo es posible advertir que las mujeres con más de 65 en su mayoría vivían solas (un 48,6%), teniendo en cuenta que hoy esas mujeres han superado los 75 años, y sus condiciones de salud se han visto modificadas por el paso del tiempo, es necesario indagar quién se está ocupando de sus cuidados.

Hogares con jefa mujer por tipo de hogar y grupo de edad. Mendoza. Año 2001

Grupo de edad	Total	Tipo de hogar			
		Unipersonales	Multipersonales		
			Familiares no conyugales y/o no familiares	Completas	Familias conyugales
%					
Total	95.920	27,1	9,8	9,9	53,1
14 a 24 años	2.797	23,7	26,7	19,9	29,7
25 a 64 años	60.589	15,7	7,2	13,2	63,8
65 años y más	32.534	48,6	13,2	3,0	35,2

Fuente: DEIE en base a Censo2001

El envejecimiento de la población es un proceso sin precedentes en la historia de la humanidad, que está atravesando cada espacio, cada estructura social. El recorrido teórico hecho hasta ahora va decantado en nuestro objeto de estudio, un hogar geriátrico del departamento de San Martín, el cual describiremos brevemente a continuación para contextualizar la situación de los adultos mayores de la zona.

Departamento de San Martín

San Martín es uno de los departamentos más importantes de Mendoza, entre los 18 que componen la provincia. Se encuentra ubicado en el centro-norte de la provincia, atravesado por la ruta internacional n°7 que une a Buenos Aires con la ciudad de Mendoza y con Santiago de Chile. Ubicado en el sector noreste de Mendoza (a 43 kilómetros de la capital provincial), el departamento está dividido políticamente en 15 distritos (Alto Salvador, Alto Verde, Buen Orden, Chapanay, Chivilcoy, El Central, El Divisadero, El Espino, El Ramblón, Las Chimbas, Montecaseros, Nueva California, Palmira, Ciudad, Tres Porteñas).

De acuerdo a los datos del [Censo 2010](#), vivían 118.220 personas en todo el departamento. Esta cifra lo ubica como el 7° departamento más poblado de la provincia. En ese censo, además, la población del departamento San Martín superó por primera vez a la del departamento Capital (Mendoza).

**POBLACIÓN POR AÑO,
SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD
PROVINCIA DE MENDOZA Y GRAL. SAN MARTÍN. 1991 - 2010**

Sexo y grupo de edad	Población					
	1991		2001 ⁽¹⁾		2010	
	Total provincial	Gral. San Martín	Total provincial	Gral. San Martín	Total Provincial	Gral. San Martín
Total	1.412.481	98.294	1.579.651	108.448	1.738.929	118.220
Total Varones	690.872	48.352	769.265	53.107	846.831	57.882
0-14 años	228.859	15.817	233.107	16.133	226.731	15.656
15-64 años	414.353	29.149	473.162	32.338	545.164	36.709
65 y más	47.660	3.386	62.996	4.636	74.936	5.517
Total Mujeres	721.609	49.942	810.386	55.341	892.098	60.338
0-14 años	222.270	15.376	225.272	15.581	219.280	15.258
15-64 años	438.585	30.439	499.706	33.924	569.376	37.855
65 y más	60.754	4.127	85.408	5.836	103.442	7.225

(1) Se incluye la población censada en la calle

FUENTE: DEIE. Sistema Estadístico Municipal en base

Para 1991: INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 1991. Mendoza.

Resultados definitivos. Serie B n° 13

Para 2001: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Resultados Generales de la Provincia de Mendoza

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

Para 2010, un 10,8% del total de la población de San Martín, tiene más de 65 años. Si realizamos un recorte del grupo de edad que es de nuestro interés, el Departamento se ajusta a las tendencias, con un aumento en el intervalo, que es aún mayor en el grupo de féminas.

Población de 65 años y más San Martín	1991	2001	2010
Mujeres	4127	5836	7225
Varones	3386	4636	5517

Elaboración propia en base a datos del INDEC(Censo 1991-2001-2010)

Los mayores de ochenta años en San Martín suman 2.787 personas, según Censo 2010, de los cuales 1.042 son varones (37,4% de la población mayor de 80 años) y el resto mujeres, unas 1.745 son ancianas (62,6%). Si tenemos una población mayor de 65 años de 12.742 mayores, los octogenarios, al interior del grupo conforman el 21,9% del mismo.

Hacia los 80 años es frecuente que comiencen a acumularse patologías degenerativas y crónicas, que hace años surgían en grupos etarios menores pero que hoy se retrasan. Tales patologías determinan que las condiciones de dependencia a esta edad aumenten, y las necesidades de cuidados se hagan evidentes.

A continuación, los datos describen las características de este segmento, diferenciado por grupos quinquenales de edad.

Para el Censo 2010, las mujeres entre 65 y 69 años son el grupo más numeroso, aunque el índice de masculinidad aún es alto en este intervalo. El mismo desciende bruscamente entre los 80 y 84 años, edad en que las mujeres tienen más probabilidad de quedarse solas, en el caso de haber estado casadas o en pareja con un varón. Este dato confirma la mayor esperanza de vida femenina.

Provincia de Mendoza, departamento San Martín. Población total por sexo e índice de masculinidad, según edad en años simples y grupos quinquenales de edad. Año 2010

Edad	Población total	Sexo		Índice de masculinidad
		Varones	Mujeres	
65-69	4172	1889	2283	82,7
70-74	3295	1498	1797	83,4
75-79	2488	1088	1400	77,7
80-84	1683	681	1002	68
85-89	818	277	541	51,2
90-94	238	73	165	44,2
95-99	44	11	33	33,3
100 y más	4	-	4	-

Elaboración propia en base a datos del INDEC(Censo 2010)

Para ocuparse de esta población, existe en San Martín una Agencia Zonal de PAMI que brinda atención a los afiliados de los departamentos de Rivadavia, Junín, Santa Rosa, La Paz y San Martín, abarcando unos 19.444 km² y un número estimado de 38.000 afiliados.

Actualmente, los beneficiarios que se encuentran en situación de dependencia registrados en la Agencia de la zona, son aproximadamente 260 personas. La situación de alta vulnerabilidad y dependencia, sumada a una situación familiar compleja, ha derivado en que esos mayores sean parte del Programa de Cuidador Domiciliario.

Muchos de los casos de ancianos con cuidador domiciliario han derivado en la internación geriátrica, aunque no es necesaria esta instancia previa para acceder al beneficio de la internación a través de PAMI, ya que existen casos de extrema necesidad

que las profesionales determinan la institucionalización directa.

La importancia de fomentar programas de cuidados para adulto mayores, comprende a cualquier provincia, departamento, clase social, grupo familiar con un miembro geronte, y va más allá de la afiliación a una obra social.

Una vez más, el alcance de las políticas públicas será el desafío para un Estado, cuya estructura social ya está dando señales de cambios constantes, cambios en los que los mayores se perfilan como los protagonistas de una nueva organización social.

CAPÍTULO 3: ENVEJECER EN UNA INSTITUCIÓN

"El tiempo se burla de los límites que le inventamos para creernos el cuento de que él nos obedece; pero el mundo entero celebra y teme esta frontera".

Eduardo Galeano

Las sociedades de hoy están preocupadas en prolongar la vida de las personas a través de los avances científicos y técnicos. Y la paradoja es que todos quieren vivir más, pero nadie quiere ser viejo. Esto ¿por qué?. La respuesta a tamaño interrogante es compleja, y abarca el análisis de múltiples y variadas dimensiones de la vejez misma, y de la valoración que la sociedad hace de ella.

Ante un panorama que indica un aumento en la longevidad de los seres humanos, interesa aquí investigar el modo en que se da respuesta a las necesidades de cuidados de estas personas. Específicamente la estrategia de cuidado elegida para esta investigación es la de la institucionalización del adulto mayor en un hogar geriátrico.

La investigación está centrada en el Hogar geriátrico "Hostal de los Abuelos", en el que residen 23 adultos mayores que acarrear diferentes trayectorias de vida, que han determinado sus condiciones actuales. La institución tiene una capacidad de 17 plazas para beneficiarios de Pami y 6 plazas de carácter privado. El proyecto de la institución define a su población a partir de las siguientes características:

- pasividad y aislamiento de los ancianos institucionalizados
- baja autoestima

- apatía y negación ante nuevas actividades
- problemas de motricidad de los residentes
- debilitamiento de los vínculos familiares
- autoobservación centrada en la enfermedad
- desconcentración ante residentes perturbados.

El objetivo general del hogar es la asistencia integral personalizada de los residentes, atendiendo a las necesidades bio-psico-sociales de cada uno de ellos, para lo cual cuenta con la asistencia y orientación de un equipo técnico que trabaja de forma interdisciplinaria. El mismo se divide en las siguientes áreas: Área Preventivo-Social (incluye Kinesiología), Área Médica (incluye Psiquiatría), Área Nutricional, Área de Enfermería. Cada área tiene su metodología de trabajo. También cuenta con el Área de Administración. En este estudio, se prestará especial atención al Área preventivo-social, ya que ha sido facilitadora para realizar nuestra investigación.

¿Quién cuida de los mayores? Según Malinowski, la sociedad, en todos sus tiempos y latitudes, acaba por crear las instituciones que le resultan necesarias para su funcionamiento. Como señalan Buendía y Riquelme (1998), la reducción del tamaño de la familia, la falta de recursos y soluciones comunitarias generan el aumento de la internación geriátrica. De esta forma, el anciano deja el ambiente familiar de su casa para internarse en una institución impersonal donde no va a poder tomar decisiones sobre asuntos cotidianos y llevar a cabo tareas de todos los días, produciéndose el llamado "estrés por reubicación", ya que el ingreso a una residencia implica desarraigo y sobreesfuerzo de adaptación.

Al respecto, un aspecto fundamental del traslado del adulto mayor a una institución es el cambio que se produce en la percepción del control sobre los sucesos de la vida cotidiana. Más aún, diversos estudios han revelado que la internación geriátrica acelera el deterioro, aumenta el grado de dependencia debido a sentimientos de soledad por encontrarse separados de su núcleo familiar, mostrándose apáticos, poco participativos

en las actividades programadas, con mayores factores de riesgo como sedentarismo, aislamiento. Presentando discapacidades más visibles y requiriendo mayor ayuda para realizar actividades de la vida diaria .

Definimos los *hogares institucionales* (junto con Torrado 1994, pág 42) como un conjunto de personas que comparten un mismo local de habitación y están unidas por un objetivo público o interés personal común. En tanto que *Hogar de Ancianos* es el establecimiento destinado fundamentalmente al alojamiento, para mantener el bienestar psíquico y social de la población de más de 65 años de edad con una atención integral por un equipo multidisciplinario, que permita la integración del adulto mayor a su medio.

3.1- Breve reseña histórica de la institución

El Hostal de los Abuelos abre sus puertas a las sociedad sanmartiniana a los 17 días del mes de agosto de 2005. Con una población inicial de 6 (seis) adultos mayores, dio comienzo a la ardua tarea de cuidados. La iniciativa surgió a raíz de una situación personal de quien es hoy propietaria del hogar, quien nos cuenta que buscó alternativas de cuidado para su propia madre entre los años 2002 y 2005 y se encontró con un panorama desalentador, ante la inexistencia de opciones reguladas, que propiciaran una vida digna a cualquier anciano.

De acuerdo a la información relevada, es la única institución de internación geriátrica prestadora de PAMI de la Zona Este, el Contrato de Incorporación al Registro de Prestadores del Servicio de Geriátrica del INSSJP, fue firmado a los 18 días del mes de Diciembre de 2009 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Las acciones del Hostal, desde ese momento, están reglamentadas por la resolución N° 559/DE/01 de PAMI, que instituye el régimen de residencias de larga estadía teniendo

en consideración que la visión integral del ser humano requiere que se aborden no sólo sus aspectos sintomáticos, sean éstos residuales, transitorios o progresivos, sino rescatar todo aquello que formó parte de su identidad y que puede resurgir aún a través de expresiones limitadas. Se brinda un equipo multi e interdisciplinario que realiza un tratamiento integral, privilegiando la estimulación de las capacidades

El proceso fundacional pasó por distintas etapas, y desde su creación hasta la actualidad, el Hostal ha ido incorporando profesionales, talleres, ampliando sus redes, creciendo en su infraestructura, lo cual ha permitido también, y esto es lo más importante, aumentar su población y las condiciones de residencia en el hogar.

Como centro residencial especializado en cuidados del adulto mayor, y habilitado para estas tareas, el Hostal recibe al menos una consulta diaria de familiares que manifiestan la necesidad de tercerizar los cuidados, ya que el trabajo que implican tales actividades, llega a modificar el entorno de cualquier anciano, que debe reorganizarse o buscar una respuesta alternativa al ámbito doméstico. Es allí cuando recurren al Hostal.

3.2- Descripción de la infraestructura

La institución está ubicada en la intersección de las calles San Lorenzo y Alvarez Condarco del Departamento de San Martín (ver Anexo pág. 87). El inmueble fue con anterioridad una vivienda de uso familiar, la cual fue modificada para contar con los requisitos exigidos por el Ministerio de Salud de la Nación y por el INSSJP para ser su prestador. Estos incluyen rampas, pasamanos, luces de emergencia, detectores de humo, matafuegos, llamadores de camas, disyuntores, entre otros. Cuenta con las siguientes dependencias:

- 23 (veintitres) camas distribuidas en 9 (nueve) habitaciones, de las cuales cuatro poseen baños en suite.

- 2 (dos) comedores
- 1 (una) cocina
- 2 (dos) baños compartidos
- 1 (una) enfermería
- 1 (una) lavandería
- 1 (un) baño de personal
- 1 (un) Salón de Usos Múltiples (SUM)
- 1 (una) oficina de Administración
- 2 (dos) patios amplios con jardines y churrasqueras

Se observa que cada espacio está señalizado acorde a la función que allí se desempeñe, con cartelería indicativa. También, y teniendo en cuenta que se espera que los residentes no estén perdidos en tiempo y espacio, los calendarios en los comedores son actualizados diariamente, y se busca un encargado semanal entre los mismos abuelos.

Otros afiches versan sobre el Plan de Contingencias, Medidas Preventivas de Enfermedades, cumpleaños del mes, actividades semanales y responsables de cada una de ellas.

En la entrada, hay dos libros: uno para Quejas y Sugerencias, el segundo, Libro de Visitas, en el que queda registrado: fecha, hora, nombre y parentesco con el residente visitado, además de la firma.

La oficina es el lugar donde se realizan las entrevistas con profesionales y el lugar en el que se archivan los legajos de cada residente, de uso diario, ya que cada uno contiene divisiones para cada área disciplinar, incluida la historia clínica y todos los estudios

solicitados, además de información de contacto y documentos, como el carnet de la obra social correspondiente, en su mayoría, de PAMI.

3.3- Ingreso del adulto mayor a la institución

La decisión de que el adulto mayor deje el ambiente familiar para internarse en una institución en la cual el entorno es mucho más regulado, formalizado e impersonal, es tomada en la mayoría de los casos, sin tener en cuenta la opinión del propio anciano.

El proceso de ingreso se realiza siguiendo los pasos del manual de procedimiento que posee la institución. Existen dos modalidades para el mismo, ya que, por un lado, si es realizado a través de PAMI, los casos han sido previamente evaluados por la Agencia Zonal y enviado el expediente a Buenos Aires donde se aprueba el mismo y se envía un fax a la institución para que evalúe la posibilidad de concretarlo. En cuanto a los ingresos de abuelos que no han alcanzado el beneficio (se los denomina "ingresos de privados") es necesario reconocer que existe una larga lista de espera que permite analizar los casos para futuros ingresos de acuerdo a la condición en la que se encuentre el anciano. Si hay un lugar disponible, la propietaria y el equipo toman la decisión y comunican al interesado la misma.

El circuito administrativo para el otorgamiento de vacantes y las condiciones generales de internación para beneficiario de PAMI, consigna que la internación geriátrica es un recurso que se otorga a aquellas personas que por situaciones de salud (discapacidad físico y/o psíquica por patología crónica progresiva o secuelar), requieren una atención integral que su medio no puede brindarles por problemas del grupo familiar (ya sean de orden económico, habitacional, de salud física o mental, desintegración o grave conflictiva en el grupo, que pone en situación de riesgo tanto al afiliado como al resto de los integrantes), o sin grupo familiar y con carencia habitacional y/o económica. Las

normas dicen que ante la detección del caso, y tras ser evaluado por los profesionales de las áreas médica y social, si la alternativa adecuada es el ingreso al establecimiento geriátrico, se realizan acciones de contención y preparación ante la nueva situación.

A partir de ese momento se entregan una lista con la documentación requerida y formularios a completar antes del ingreso. En algunos casos se realiza una visita de la Trabajadora Social y la propietaria para evaluar el caso. Una vez que el adulto mayor ingresa a la institución, están pautadas entrevistas con él y su referente en un lapso no mayor a 7 (siete) días. También se confecciona una planilla de ingreso que consta con información acerca del adulto mayor y su referente. (Ver Anexo p. 90).

Al analizar las condiciones de ingreso a la institución, se concluye que existen desiguales condiciones para acceder al cuidado institucionalizado, ya que desde PAMI se ponderan condiciones de orden económico y social, que tienen que ver con la desprotección, la ausencia o problematización de vínculos familiares directos, el grado de dependencia, la inexistencia de vivienda propia por parte del adulto mayor.

Del lado del Hostal, por tratarse de una institución de carácter privado que busca la rentabilidad económica a cambio de brindar cuidados permanentes a los gerontes, el nivel socio-económico del grupo familiar se convierte en una variable determinante a la hora de decidir el ingreso, así como también el grado de dependencia del abuelo, ya que los costos se elevan a medida que las tareas de cuidado aumentan.

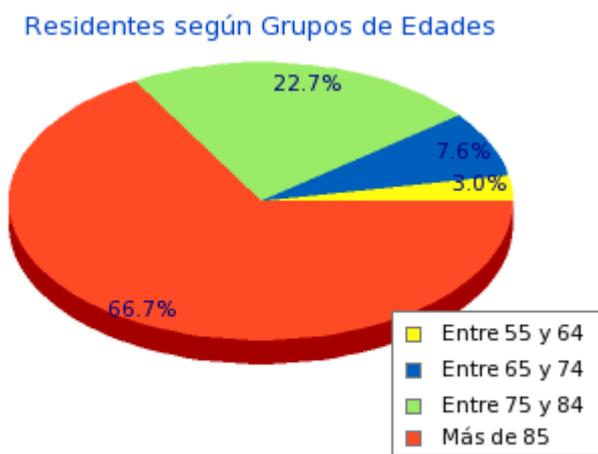
El costo de la internación geriátrica varía entre dos y tres jubilaciones mínimas, por lo que un afiliado que no ha obtenido el beneficio de internación geriátrica a través del INSSJP por no reunir las condiciones, no puede, por sí mismo, acceder de manera particular. Necesita el aporte económico de sus familiares, si los tiene. En el caso de que el nivel socio-económico del grupo familiar no le permita acceder de manera particular, es probable que este anciano caiga en un hogar clandestino o pase el resto de su vida viviendo con diferentes miembros de su grupo familiar. Son casos intermedios que en la actualidad no tienen alternativas viables, acordes a su condición. En el Hostal, conviven

entonces, los que menos tienen, que acceden a través de PAMI, y aquellos cuyas familias pueden pagar el servicio, haciendo evidente al interior mismo de la institución las contradicciones de clase de toda sociedad.

3.4- Estructura poblacional del Hostal de los Abuelos

Una de las primeras dicotomías que apareció al iniciar la investigación y entrevistar a sus profesionales es la de Paciente/ Residente para referirse a las personas que viven en el hogar. Paciente significa aquel que padece, y etimológicamente viene de sufrimiento. Tradicionalmente la vejez se asociaba con enfermedades, dependencia y falta de productividad. Sin embargo, en la actualidad, la realidad nos muestra que existen diversas etapas en el envejecer, que generalmente comienza con la autovalidez, y a medida que pasa el tiempo culmina con algún grado de dependencia por el mismo deterioro biológico o a causa de alguna enfermedad o accidente. En cambio, residente es quien habita en el hogar, más allá de su condición de salud.

3.4.1- Las diferencias de edad al interior del grupo analizado



El grupo más numeroso es el que tiene más de 85 años (un 66,3%), le siguen los adultos que tienen entre 75 y 84 años (22,7%), confirmando que la necesidad de cuidados

aumenta a medida que una persona envejece.

3.4.2- Dependencia

A medida que los individuos envejecen, la imposibilidad de realizar autónomamente algunas actividades cotidianas acontece por dos motivos no excluyentes: por un lado, la dependencia puede tener su origen en una o, generalmente, varias enfermedades crónicas; por otro lado, puede ser el reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas atribuible al proceso mismo de envejecer.

El tema es que el envejecimiento acarrea un componente de deterioro físico y psicológico que muchas veces condiciona la actividad del anciano, que si bien en algunos casos tiene independencia física, una gran cantidad de residentes de instituciones geriátricas poseen algún grado de dependencia que les impide realizar ciertas actividades básicas. Las condiciones de salud de los adultos mayores plantean un complicado esquema que no sólo se compone de enfermedad y muerte, sino de discapacidad y limitación de actividades de la vida diaria.

En el caso del Hostal de los Abuelos, el grado de dependencia de los residentes ha sido medido a partir de un valor extraído del Índice de Barthel, el mismo, es un instrumento que sirve para detectar 10 actividades básicas de la vida diaria (ABVD), dando mayor importancia a la puntuación de los temas relacionados con el control de esfínteres y la movilidad. Esta prueba es de fácil y rápida administración .

Para su medición se establecen los siguientes criterios:

- Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos.
- El rango global puede variar entre 0, completamente dependiente, y 100 puntos, completamente independiente (90 para pacientes limitados en silla de ruedas).
- Para los temas de deposición y micción, se deberá valorar la semana previa

- Puede ser aplicado por el geriatra como por el médico no geriatra, enfermera, terapeuta, auxiliar de enfermería o por el cuidador.
- Se tarda aproximadamente 30 segundos en puntuar cada tema, pues se basa en funciones ya observadas (la observación directa de la capacidad del individuo para realizar las ABVD requiere un tiempo excesivo).
- Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina.
- Se debe iniciar su uso, al ingreso del anciano al centro, y realizar exámenes periódicos (trimestrales o semestrales) que permitan conocer su evolución, el resultado del plan de cuidados y de los objetivos asistenciales.

3.4.2.1- Índice De Barthel (Actividades Básicas de la Vida Diaria)

Para su interpretación, la puntuación se agrupa en categorías de dependencia. Valoración de la incapacidad funcional:

- 100 = Total independencia o autonomía (siendo 90 la máxima si el paciente usa silla de ruedas)
- 60 = Dependencia leve
- 35-55 = Dependencia moderada
- 20-35 = Dependencia severa
- Hasta 20 = Dependencia total

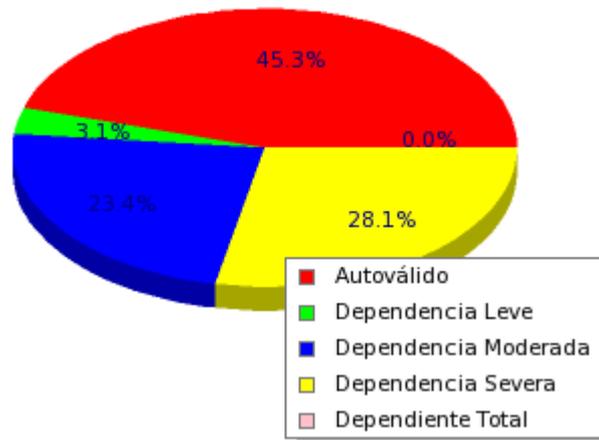
La mayoría de los casos, presentan algún grado de dependencia, porque por definición, la residencia geriátrica puede ubicarse dentro de los programas de atención a la dependencia. Por lo general, este grado de dependencia va cambiando a medida que permanecen en la institución, por lo que se realizan mediciones del mismo, al menos

dos veces al año, es decir, semestralmente para un mismo residente, desde su ingreso.

Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc	5
	- Dependiente	0
Deposiciones	- Continente	10
	- Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinente	0
Micción	- Continente o es capaz de cuidarse la sonda	10
	- Ocasionalmente, máx un episodio de incontinencia en 24h, necesita ayuda para cuidar la sonda	5
	- Incontinente	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	- Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión	10
	- Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m	10
	- Independiente en silla de ruedas, sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para subir y bajar escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión	5
	- Dependiente	0

Los gráficos que indican el grado de dependencia de los residentes del "Hostal de los Abuelos" nos muestran lo siguiente:

Residentes según grado de dependencia



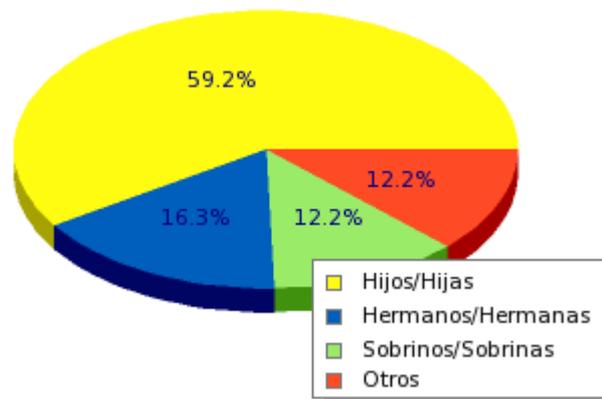
Al sumar las categorías que implican algún grado de dependencia, se obtiene un porcentaje mayor al de la población de autoválidos. Según los datos, este grado de dependencia va variando en las mismas personas mientras mayor es el tiempo que permanece en la institución. Así por ejemplo, un adulto mayor que ingresó como autoválido, probablemente cambie su condición de dependencia a medida que envejezca en la institución.

3.4.3- Referentes

El referente es la figura que representa al adulto mayor. Generalmente, es la primera persona que se acerca a la institución en busca de una solución posible en cuanto a los cuidados que requiere un anciano cercano, sea familiar, o no.

El siguiente gráfico muestra el tipo de vínculo que une a los ancianos con su referente, con un porcentaje mayor al 40% que indican que no son hijos o hijas los que se ocupan de estos mayores.

Residentes según Vinculo por referente



El referente es el responsable legal, quien acepta y firma los estatutos y reglamentos, haciendo cumplir derechos y obligaciones de ambas partes (hogar institucional y residente). Es quien acompaña al anciano a interconsultas externas, se encarga de comprar vestimenta si lo necesita, realizar trámites en la obra social, lo lleva a cobrar su jubilación, o en todo caso, si es el apoderado, es quien cobra su jubilación. Ocurre que, si el residente posee el beneficio de la internación geriátrica otorgada por PAMI, el monto de su jubilación es para cubrir gastos superfluos o necesidades y/o gustos del mismo. Sin embargo, desde la institución comentan que muchas familias no utilizan la jubilación en pos del anciano, ya que, por ejemplo, en los cambios de temporada no actualizan la vestimenta de los mismos, perjudicando su situación.

Por otro lado, el componente afectivo que lleva implícito la figura del referente tiene que ver con que es el capital familiar que el residente posee, más allá del vínculo. Es quien debería facilitar las salidas, encuentros familiares y paseos del anciano (aunque no siempre ocurre de este modo).

Es posible observar que la relación entre los referentes y el hogar se torna compleja, ya que debido a que el cuidado se reparte entre la familia y la institución, y los límites en

este punto no son del todo claros, el anciano suele quedar como un objeto de lucha.

3.5- Metodología de trabajo de las diferentes áreas

Si bien las diferentes áreas funcionan como un Equipo Interdisciplinario, con sus reuniones mensuales, y abordaje interdisciplinar de cada caso, cada una realiza su trabajo con una metodología específica que describimos a continuación.

3.5.1- Área Preventivo Social

El equipo social está integrado por una Licenciada en Trabajo Social, una estudiante de Sociología y una profesora de Educación Física. La tarea consiste en lograr la contención y motivación de los adultos mayores, estimulando las funciones debilitadas. Desde la institución se realiza:

- Estimulación de los sentidos: a través de la música, la lectura, la observación de láminas, revistas, etc.
- Estimulación cognitiva: mediante técnicas para ejercitar la memoria y la reflexión
- Estimulación física: ejercitando articulaciones y músculos.
- Estimulación espiritual: a través de experiencias individuales y grupales con colaboradores de parroquias cercanas.

La elección de actividades concretas se hace en función de las capacidades que la persona se atribuye y la satisfacción que le proporcionan de acuerdo con los gustos y valores personales. Aunque actualmente se está intentando directamente invitarlos a la actividad y luego de que se interioricen de qué se trata, decidir si la realizan o no. Esta modalidad surge debido a la negativa inicial ante cualquier trabajo planteado, que, ante la insistencia por segunda o tercera vez, generalmente da resultados positivos.

La Trabajadora social dedica un día de la semana al trabajo individual y otro al trabajo grupal.

-Trabajo Individual: basado en entrevistas con los adultos mayores. También es fortalecido con una entrevista al referente del residente, siendo esta llevada a cabo al ingreso a la institución y cada tres meses.

-Trabajo Grupal: consiste en talleres socio-recreativos en base a una planificación previa efectuada por el equipo social, y a partir de las consideraciones que se vislumbran en cada reunión interdisciplinaria mensual. Los mismos son llevados a cabo por distintos profesionales y voluntarios. Estas actividades son registradas a través de crónicas.

3.5.1.1- Talleres

Las actividades que realizan los residentes están planteadas a modo de talleres, organizados por proyectos. Los mismos son planteados en base a los intereses y habilidades de la población en estudio, y son llevados a cabo por profesionales y también por voluntarios. Actualmente se realizan los siguientes talleres:

- Taller de actividades manuales
- Taller de cine debate
- Taller de expresión corporal y educación física
- Taller de danzas folklóricas

Cada uno de estos talleres registra la participación de los residentes en una planilla mensual para que este seguimiento se traduzca posteriormente en la evaluación trimestral que realiza el área preventivo social acerca de las actividades

sociorecreativas. Desde PAMI se solicita realizar un Plan de Atención Individualizada (PAI), y también verificar la evolución a nivel grupal de cada actividad. Cada año, se tienen en cuenta estos datos para realizar la planificación correspondiente.

3.5.1.2- Redes

El estudio de las redes de apoyo, según la CEPAL, es importante porque constituye la base de las ayudas que las personas mayores requieren, son las instancias donde toman sentido los roles sociales y son el soporte de los estímulos sociales que promueven el sentido de pertenencia y generan la integración social.

La presencia de redes de apoyo para personas de edad avanzada, permite la integración y evita el aislamiento, generando una variedad de efectos positivos de gran beneficio para el adulto mayor. Entonces, si decimos que estas redes sociales son un modo de sostener la vida, se presenta el inevitable interrogante acerca de qué sucede con los vínculos del adulto institucionalizado. ¿Qué roles pueden desempeñar los mayores en la sociedad de hoy? ¿Cuáles son los lugares que ocupan? ¿Qué sucede con las redes desarrolladas a lo largo de su vida? ¿Cómo puede crear nuevas en sus condiciones actuales de vejez?.

El sostenimiento de las mismas es una tarea ardua y continua, que requiere constante retroalimentación de las partes, ya que las redes formales son escasas. Pareciera que en este tramo de la vida, las personas se vuelven "invisibles" para el entorno social. Puede incluso hablarse de un desvanecimiento de sus relaciones a medida que pasa el tiempo. Coincide la vejez de algún integrante de la familia, con la trayectoria vital del resto del grupo familiar; en tanto que los tiempos de trabajo, de cuidado de menores y otro tipo de actividades domésticas y de ocio recargan de responsabilidades a cualquier adulto (y, vale la aclaración, sobre todo a las mujeres), y de este modo aminora la disponibilidad de encargarse y adaptarse a las necesidades de los mayores.

La dinámica interna de la institución no es un hecho aislado, sino que tiene que ver con el contexto social. Respecto a la articulación entre organizaciones, es posible constatar la existencia de redes de apoyo social del Hostal de los Abuelos que son, en su mayoría, generadas desde el Área Social. Estas redes interinstitucionales, se han ido constituyendo desde el año 2008, por la Escuela Municipal de Floklore, el nivel primario del Instituto San Vicente de Paul, la escuela España del distrito de Tres Porteñas; el Jardín Maternal "Milagros" ; el Jardín Maternal "Blancanieves", vecino de la institución, el grupo de jóvenes de Confirmación de la Parroquia Nuestra Señora del Líbano, Parroquia Nuestra Señora del Carmen.

El trabajo se realiza articulando las actividades de las partes, y generalmente tiene en cuenta el calendario de efemérides y las estaciones del año, debido a que las temperaturas extremas desfavorecen el estado de salud de una población tan frágil.

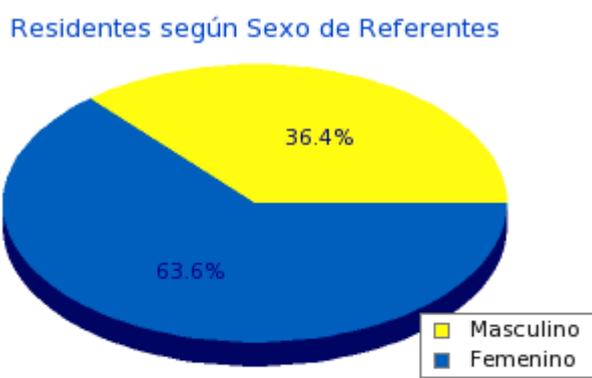
Además, una vez al año, se realiza un evento solidario, en el que se solicita colaboración a las familias de los residentes, y a todos los vecinos del Hostal. Se reúnen alimentos no perecederos, juguetes, vestimenta, calzado y pañales, que son llevados por los propios abuelos a una institución de la zona rural de San Martín que lo necesite. Para ello se gestiona transporte municipal y autorizaciones de los referentes. Esta instancia favorece, según el personal, las relaciones con la comunidad, los familiares, y el grupo de pares entre sí.

3.5.1.3- El rol de la mujer dentro de la institución geriátrica

Dentro de la institución es posible identificar elementos asociados a un enfoque de género de la vejez. Las mujeres son mayoría en el Hostal, aunque la proporción de hombres, comparada con los inicios ha aumentado considerablemente.



No sólo la estructura de población del hogar muestra un alto grado de feminización, sino también los vínculos más cercanos al abuelo son mujeres. Teniendo en cuenta el enfoque adoptado, es interesante observar la relación existente entre el género y los vínculos de los residentes gráficamente:



Por lo tanto, el 63,6 % de las personas que se ocupan de las tareas propias del cuidado de los ancianos, son mujeres. Ante una realidad en que las hijas, nietas, hermanas, cuñadas, sobrinas, vecinas de estos adultos mayores se encuentran insertas en el

mercado de trabajo, se les dificulta responsabilizarse de los cuidados cotidianos de los mismos. Es allí donde recurren a una institución especializada, y delegan parte del cuidado.

Otro de los aspectos que indican la presencia femenina en los ámbitos de la tercera edad se visualiza en el registro de visitas, cuyos datos contienen la mayor parte de firmas de féminas. Ante cualquier actividad planteada desde la institución, ya sean reuniones informativas, eventos comunitarios, salidas, las mujeres marcan la diferencia. El registro de visitas entre junio y diciembre de 2012 indica que de un total de 267 visitas que han firmado el libro, 194 son mujeres, es decir, un 72,6%.

El personal de la institución está atravesado por esta mirada genérica, ya que es alta la proporción de mujeres que trabajan en el Hostal (83,3 %). Sin embargo, ellas ocupan las posiciones más bajas dentro de los grupos de ocupación. Los cargos directivos y jerárquicos, son privativos del escaso 16,7 % de hombres ocupados en la institución, quienes cobran los salarios más altos. Vale aclarar sin embargo, que la propiedad del establecimiento está en manos de una mujer, quien tiene a su cargo la toma de importantes decisiones.

3.5.2- Area Médica

El médico desde el ingreso realiza una exploración diagnóstica y completa la historia clínica del residente. Diariamente realiza controles de salud, indicaciones y recetas, recibe consultas de familiares, deriva interconsultas, entre otra actividades. Es un área estrechamente ligada a enfermería, cuyo apoyo es fundamental.

Es posible observar que el área es sobrevalorada por la institución y por los familiares, como si los cuidados asistenciales quedaran limitados al ámbito clínico.

3.5.3- Area de Enfermería

En el Hostal existe un plantel de 5 enfermeras que realizan guardia las 24 horas, en tres turnos consecutivos de 8 horas cada una. El área está integrada sólo por mujeres. Sus tareas son amplias y variadas, ya que son una parte fundamental en el cuidado diario de los abuelos. Además, como están presentes una gran cantidad de horas dentro de la institución, tratan de manera directa con los familiares.

Sus funciones se desdoblán entre una competencia técnico-sanitaria y un sostén afectivo. Los cuidados asistenciales conllevan la categoría de complemento y no son estimados como un método científico, frente al diagnóstico y la responsabilidad de evolución, que se convierten en tarea del médico. Sin embargo, los cuidados en su profesión no son de carácter espontáneo, sino un requisito profesional.

Dentro de las actividades que tienen que ver con la Atención Sanitaria, en las instituciones, aparece centrada esta atención en el control de signos vitales diarios por parte del personal de enfermería, y la administración de medicamentos. También realizan el cambio de pañales, junto con mucamas, el baño, la rotación de quienes se encuentran inmovilizados. La alimentación de quienes no pueden valerse por sí mismos, es otra de las tareas. Las enfermeras son acompañadas en sus guardias por personal de apoyo (mucamas y asistentes) que realizan tareas de limpieza, portería, higiene, y las que tienen que ver con la alimentación.

En cuanto a la dimensión afectiva, las enfermeras asumen un rol importante para la contención de los residentes, y en ocasiones, de los referentes. Las tareas de cuidado son acompañadas por muestras de afecto y emociones, que exceden al servicio profesional.

3.5.4- Área de Nutrición

La misma comprende el trabajo conjunto de la Licenciada en Nutrición y la cocinera, aunque también intervienen mucamas y enfermeras, según el caso. La profesional se encarga de tomar medidas de talla y peso al ingreso a la institución y de allí, de acuerdo a la necesidad, condición de salud y preferencias, elaborar un Plan Alimentario para cada residente. También realiza curvas de peso y evaluaciones semanales o en casos especiales.

El área debe realizar control de stock de mercadería, de higiene de utensilios y cocina, cartelería con indicaciones, carpeta de menús estacionales, etc. Incluso marcar los horarios de desayuno, almuerzo, colaciones, merienda y cena. Los horarios de comida son percibidos por los agentes institucionales como los grandes reguladores del tiempo. Tanto las personas mayores como el personal orientan sus acciones con los horarios de comida.

La nutricionista refiere que una de las complicaciones con los abuelos que tienen algún grado de dependencia es el pesaje, ya que no pueden acceder a una balanza común.

También se presentan dificultades con familiares y visitas que ingresan alimentos a la institución sin autorización, sobre todo por los residentes que tienen enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, celiaquía, alergias o alguna otra cuya alimentación comprometa su salud. La propuesta desde el área es realizar un taller con los referentes para explicar riesgos y beneficios de cada tipo de alimentación.

3.5.5- Área de administración

El área realiza tareas previas al ingreso de cualquier adulto a la institución, que tienen que ver con las consultas y solicitudes de vacantes, y sus análisis indican una demanda ascendente del servicio.

Desde el ingreso, si se trata de un beneficiario, administración se ocupa de gestionar con PAMI Buenos Aires la confirmación o no de internación geriátrica, y a partir de allí, solicita documentación del ingresante y su referente. También realiza la impresión de carátulas y fichas para cada área del legajo. El residente es dado de alta en un software interno que posee la institución, donde se cargan sus datos.

El Hostal posee una página web (www.hostaldelosabuelos.com.ar), que es administrada por el área y que permite el acceso a cualquier persona que no tenga posibilidades físicas de hacerlo. Los registros de solicitud de vacantes indican que han solicitado el servicio algunos familiares que residen en otros países y que tienen algún miembro mayor con necesidad de cuidados, información facilitada por el sitio web.

La administración organiza capacitaciones para su personal, simulacros, horarios de visita, etc. En el hogar, la propietaria, asesorada por el área administrativa, centraliza la información y toma las decisiones.

Al parecer, la gestión administrativa implica una gran cantidad de tareas que permiten el funcionamiento de la institución.

3.5.6- Auditorías

Existe en PAMI una instancia en cuanto a la supervisión de las residencias de larga estadía, la Resolución 682/DE/08, que regula los mecanismos de evaluación prestacional y de planta física de los geriátricos o centros residenciales especializados contratados por el INSSJP. Mediante la misma se ha creado un instrumento único de auditoría que se constituye en una guía de evaluación que contempla aspectos prestacionales y edilicios que permite determinar el cumplimiento de las normas contractuales de atención de los residentes.

La evaluación de carácter prestacional se efectúa por lo menos cada seis meses y la del aspecto edilicio una vez al año. Ello sin contar los seguimientos de falencias que se efectúan a partir de las detectadas en los controles normativos. Las áreas relevadas en las auditorías son: Administrativa (documentación habilitante) Médica, Enfermería, Nutrición, Preventivo Social y Planta Física.

Hasta este punto es posible visualizar la gran red de cuidados en torno a una institución habilitada para el cuidado de adultos mayores. En adelante los interrogantes que se plantean son: ¿qué sucede con los abuelos que, teniendo una necesidad concreta, no pueden acceder a este tipo de beneficio? ¿cómo revertir la situación de los que se encuentran en la clandestinidad?

Los cuidados formales, tercerizados en una residencia especializada son uno de los dispositivos con los que cuentan hoy las familias que buscan apoyo para el cuidado de sus mayores. El Estado tiene la responsabilidad de regular esta actividad y proteger a uno de los más vulnerables segmentos de su población.

3.6- Nuevos desafíos institucionales

El aprendizaje dentro de la institución es continuo. La población cambia, sus necesidades también, y se convierten en desafíos a la hora de la intervención concreta. Desde el área preventivo social refieren que el objetivo a trabajar en el año 2013 es el acercamiento a la familia del residente.

Otro tema importante que ha aparecido en el último año es la sexualidad. El error común es juzgar la posibilidad de satisfacción que pueden obtener los viejos en sus actividades, comparados con las personas más jóvenes. Erróneamente, se ha creído que no existía actividad ni interés sexual en la vejez. Hoy, se admite que la vida sexual

persiste y se transforma constantemente, a lo largo de toda la evolución individual, sólo desaparece con la muerte. Al trabajar con una población mixta, se han observado relaciones de noviazgo dentro del hogar, cuyos integrantes han solicitado espacios privados para compartir su intimidad.

Un buen título para un apartado de este estudio podría haber sido “Ni consumidores ni ciudadanos” ya que estos abuelos refieren en ocasiones no sentirse parte de la sociedad en la que viven, ya que la realización de trámites, obligaciones civiles e incluso las compras, están limitados para ellos. En ocasiones por elección propia, otras por decisión familiar o institucional, y otras, por su propia condición de dependencia. Refieren desde el hogar que están trabajando este tema.

Por último, la escasez de personal capacitado específicamente en gerontología y geriatría, condiciona la tarea de cuidados. Entendemos que es una variable de vital importancia a la hora de trabajar con una población concreta, con problemáticas específicas como las que presentan los adultos mayores.

Es un desafío para el Estado y para el ámbito académico desarrollar programas acordes a las transformaciones sociales y demográficas en torno a este tema, que en un futuro permitan también el cambio cultural.

CONCLUSIONES

A través del recorrido teórico y socio-histórico realizado, es posible afirmar que el fenómeno del envejecimiento está condicionado por variables concretas, como el tiempo y el espacio en el que se desarrolla, en diversas estructuras socioeconómicas. Las estadísticas y gráficos analizados han permitido observar las diferentes aristas que la vejez refiere, lo que permite pensarla, como hemos afirmado, como un proceso complejo, heterogéneo e históricamente situado.

Los datos indican que en Argentina, las diferencias territoriales también marcan una heterogénea distribución de la población adulta mayor, concentrándose en las grandes ciudades, cuyas poblaciones se caracterizan por presentar elevados porcentajes de personas de edad avanzada, aunque se prevé que este número seguirá creciendo.

La urbanización de la vejez tiene que ver con que probablemente el nivel de bienestar, o si se quiere, la calidad de vida, aumenta en estos espacios, facilitado por el acceso a prestaciones diversas, ya sean de carácter público o privado. Si bien la ciudad no garantiza calidad, sí asegura cantidad de servicios. Coincide también, que las principales Agencias de PAMI, y sus 700 bocas de atención están distribuidas en distintas ciudades argentinas. Incluso en sus inicios, el INSSJP, tuvo un marcado componente urbano, al atender a afiliados de Capital Federal. Una cuenta pendiente es pensar en aquellos ancianos de zonas rurales, alejadas, y en sus familias.

Los grandes temas que atraviesan el fenómeno de la vejez, dentro de este trabajo de investigación, son principalmente cuatro: género- estructura familiar- dependencia- cuidados . Cada uno de ellos ha sido analizado en distintos contextos (nacional, provincial, y dentro de una residencia geriátrica) con el objeto de describir la "revolución de la longevidad", como un proceso que está transformando ampliamente nuestras sociedades.

Vejez y género son temas que van de la mano, tanto por la feminización presente en el último tramo de la vida, como por la relación que tienen las mujeres con los cuidados de los adultos mayores.

En un contexto en el que las transformaciones en los hogares tienen su origen en la emancipación femenina y la integración creciente de la mujer al mercado laboral, es acertado ir configurando estrategias de cuidados de mayores acordes a hogares más pequeños y con mujeres trabajadoras.

Para el caso de las mujeres ancianas, las octogenarias, como grupo cuyas necesidades deberán ser satisfechas, se estima que sobrepasará todas las expectativas. La situación generará nuevas demandas de atención a la salud, así como de seguridad económica y de protección social. Esto conlleva nuevos desafíos para la sociedad, que, según la CEPAL, debe adaptarse a una situación sin precedentes e implementar políticas que faciliten los ajustes necesarios basados en la equidad intergeneracional y de género.

Respecto a los cuidados de los mayores, y las estrategias públicas, privadas y familiares para afrontarlos, se abordaron brevemente diferentes opciones existentes en la actualidad. El énfasis estuvo puesto principalmente en el cuidado brindado en una institución especializada en mayores, el hogar geriátrico "Hostal de los Abuelos".

A partir de allí, se intentó realizar una reflexión sobre las prácticas profesionales cotidianas e institucionales del mencionado Hostal, mediante la recopilación y análisis de datos que permitieron describir la población que reside en este hogar, y el trabajo interdisciplinario que se necesita para obtener una calidad de vida sostenible para los gerontes. La opción de recurrir a una institución que toman las familias para el cuidado de sus miembros de más edad se relaciona con la imposibilidad de realizar las tareas cotidianas de cuidado en el ámbito doméstico.

Las inquietudes planteadas a nivel institucional tienen que ver con el desarrollo de capacitación del personal interno de las instituciones geriátricas, y el fortalecimiento de los vínculos con los referentes (sean estos familiares o no del residente). Refieren desde el hogar que la demanda del servicio es creciente, y que hay una población en aumento que tiene una necesidad concreta que debe ser atendida.

En tanto que las necesidades de cuidados se acentúen como consecuencia del crecimiento de los mayores, sobre todo los de 80 años y más, la alternativa de la institucionalización aparecerá como una de las alternativas más viables para personas solas, con familias pequeñas o disgregadas, para aquellas familias con gran carga laboral, etc. Se espera entonces que la demanda de cuidados en instituciones, se incremente en un futuro próximo.

Cada cual envejece según una trayectoria de vida, un nivel socioeconómico, un lugar en el que habita. Entonces es posible afirmar que las desigualdades sociales se reproducen en la vejez, incluso con mayor impacto, potenciado por la vulnerabilidad que el paso del tiempo genera en el propio cuerpo y las consecuencias sociales y culturales que esto genera.

Aún cuando el envejecimiento puede tornarse en un fenómeno universal, el crecimiento de la población adulta mayor no tendrá el mismo efecto en todas las sociedades ni en todas las clases sociales, ni será perceptible en el mismo período de tiempo.

Con la descripción realizada en este estudio, se espera producir aportes para la viabilidad de proyectos de cuidados para la vejez, principalmente los que se relacionan con las instituciones geriátricas. También se espera promover la comprensión de la población adulta mayor que reside en hogares institucionales y su entorno.

Es de suma importancia conocerlos y reconocerlos para elaborar políticas acordes a sus necesidades. Así dejarán de ser *"los nadie, los ninguno, los ninguneados, los que no*

son, aunque sean...", para ser sujetos de una sociedad que es para todos.

BIBLIOGRAFÍA

- Alba, Víctor (1992), Historia social de la vejez, Barcelona.
- Aranibar, Paula (diciembre de 2001), Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina, en Población y desarrollo, CEPAL, Santiago de Chile.
- Bazo, María Teresa (1990), La sociedad anciana, Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), Ed. Siglo XXI, Madrid, España.
- Bazo M. T. (1992), Nueva sociología de la vejez. Cap. 1 en La ancianidad del futuro. Fundación Caja de Madrid, Barcelona, SG Editores S.A.
- Bourdieu, Pierre. La "juventud" no es más que una palabra, en Sociología y cultura, Grijalba, México.
- Buendía J. y Riquelme A. (1998), La experiencia depresiva en residencias geriátricas, en Salvarezza L. (comp.): La vejez. Una mirada gerontológica actual. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Carrasco, Cristina (2003). ¿Conciliación? No, gracias. Hacia una nueva organización social, en Grupo «Dones i Treballs» de Ca la Dona, Malabaristas de la vida. Mujeres, tiempos y trabajos. Edic. ICARIA, Barcelona
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). (19 al 21 de noviembre de 2003), Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento Santiago de Chile.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2011), "Proyección a largo plazo", Observatorio demográfico, N° 11

(LC/G.2515-P), Santiago de Chile. (2008), Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe (LC/G.2378(SES.32/14)), Santiago de Chile.

- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2011), “Envejecimiento poblacional” ,Observatorio demográfico, N° 12, Santiago de Chile. (2011) América Latina y el Caribe , Santiago de Chile.
- Chackiel, Juan (2000), “El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿Hacia una relación de dependencia favorable?”, serie Población y desarrollo, N° 4 (LC/L.1411-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta S.00.II.G.80
- Corvalán, Iris, (1995), Aspectos demográficos y socioeconómicos de la tercera edad en América Latina, Políticas de atención integral a la tercera edad en América Latina, CELADE, LC/DEM/R.231, Santiago de Chile.
- Costa, Augusto (2010). La anatomía del nuevo patrón de crecimiento y la encrucijada actual: la economía argentina periodo 2002-2010. CENDA (1ª ed.). Buenos Aires ,Atuel.
- De Los Reyes, María Cristina(2002) Identidad y exclusión de la vejez en la sociedad globalizada. Universidad Nacional de Mar del Plata. Directora Proyecto de Investigación: Diálogo de perspectivas en la internación geriátrica.
- Falappa, F. y Andrenacci, L. (2009). La política social de la Argentina democrática (1983-2008). Instituto del Desarrollo Humano - Coedición UNGS-Biblioteca Nacional.
- Germani, Gino (1955), Estructura social de la Argentina, Ediciones Solar, Buenos Aires,Argentina.
- Hintze, Susana (2000), Estado y sociedad. Las políticas sociales en los umbrales del siglo XXI. Eudeba, Buenos Aires.
- Huenchuan, Sandra (2009), Envejecimiento e institucionalidad para el cuidado

de las personas mayores. CEPAL, Santiago de Chile

- Informe Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados – PAMI (abril de 2012), Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Buenos Aires, Argentina
- Lecaro, Patricia (2013). Envejecimiento. Trabajo de cuidados y movilidad social. Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional de Cuyo.
- Moreno, Neus (2003). Doble presencia y salud: una mirada a la vida de las mujeres, en Grupo «Dones i Treballs» de Ca la Dona , Malabaristas de la vida. Mujeres, tiempos y trabajos. Edic. ICARIA, Barcelona.
- Naciones Unidas (1982). Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento y Asamblea Mundial del Envejecimiento. Viena. Naciones Unidas.
- Naciones Unidas (2002). Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento y Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento. Madrid. Naciones Unidas.
- Oddone M. J. (1998). El Tercer Sector y la Tercera Edad. Conjuntos: Sociedad Civil en Argentina. Consejo Asesor de la Sociedad Civil. Banco Interamericano de Desarrollo en Argentina. Edilab Editora, Buenos Aires, Argentina.
- Oddone M. J. (1999): Envejecimiento y cambio social, en Hechos y derechos, Publicación N° 6.
- Pérez Ortiz, Lourdes, Las necesidades de las personas mayores, Vejez, economía y sociedad. IMSERSO, Madrid, España, 1997.
- Pizarro, Roberto. Vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe.
- Rodríguez, Pilar (1995), Investigación- Acción participativa como estímulo a la participación de las personas mayores, Voluntariado y Personas Mayores, IMSERSO, Madrid, España.
- Rozenwurcel, Guillermo y Vázquez, Claudia (2008), Argentina modelo XXI: inestabilidad macroeconómica, empobrecimiento sostenido y políticas sociales. Artículo publicado en “Los programas sociales en Argentina

- hacia el Bicentenario. Visiones y perspectivas”. Editores: Cruces, Guillermo y otros. Banco Mundial.
- Sierra Bravo, Restituto (1994), Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios, Ed. Paraninfo, Madrid, España.
 - Sautu, R., P. Boniolo, P. Dalle y R. Elbert (2005), Manual de Metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología, Ed. CLACSO, Buenos Aires, Argentina.
 - Tironi, E. y Lagos, R. (1991) Actores sociales y ajuste estructural. Revista de la CEPAL N° 44.
 - Torrado, Susana.(2004) Ajuste y cohesión social. Argentina: el modelo para no seguir. En libro: Revista Tareas, Nro. 117, mayo-agosto. CELA, Centro de Estudios Latinoamericanos, Justo Arosemena, Panamá.
 - Torrado, Susana (Febrero 2004) Argentina: escenarios demográficos hacia 2025. (Con un Apéndice sobre el Sistema Estadístico Nacional). CONICET
 - Torrado, Susana (1994) Estructura social de la Argentina: 1945-1983, Ediciones de la Flor, (Segunda edición), Buenos Aires, Argentina.
 - Torrado, Susana, (abril 2003). Historia de la familia en la Argentina moderna (1870- 2000), Ediciones de la Flor, Buenos Aires, Argentina.
 - Villa, Miguel y Rivadeneira I, Luis (1999), El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica, Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad, CEPAL, Santiago de Chile.
 - www.deie.mendoza.gov.ar Página web DEIE (Dirección De Estadísticas E Investigaciones Económicas) Publicaciones e Indicadores Económico-Sociales.
 - www.imserso.es Página web (Instituto de Mayores y Servivios Sociales). España
 - www.indec.gov.ar Página web INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos)

ANEXO

Definición de algunos indicadores demográficos (CEPAL)

- Tasa de crecimiento natural: Es el cociente entre el crecimiento natural anual (nacimientos menos defunciones) de un determinado período y la población media del mismo período. Puede definirse también como la diferencia entre la tasa bruta de natalidad y la de mortalidad.
- Tasa de crecimiento total: Es el cociente entre el incremento medio anual durante un período determinado y la población media del mismo período, como consecuencia de la variación de nacimientos, defunciones y movimientos migratorios. Puede definirse también como la suma algebraica de la tasa de crecimiento natural y la tasa de migración.
- Índice de masculinidad o razón de sexos: Es la razón entre el número de hombres y el número de mujeres en la población total o por edades. Se calcula como el cociente entre la población masculina y la población femenina y frecuentemente se expresa como el número de hombres por cada 100 mujeres.
- Edad mediana de la población: Es un indicador del grado de envejecimiento de la estructura por edades de la población. Es una medida estadística de posición que se expresa como la edad que divide a la población en dos grupos de igual número de personas.
- Relación de dependencia: Es la medida comúnmente utilizada para medir la necesidad potencial de soporte social de la población en edades inactivas por parte de la población en edades activas. Es el cociente entre la suma de los grupos de población de menos de 15 años y más de 60 y la población de 15 a 59 años de edad.

- Tasa bruta de natalidad: Representa la frecuencia de los nacimientos ocurridos en un período con relación a la población total. Es el cociente entre el número medio anual de nacimientos ocurridos durante un período determinado y la población media del período.
- Tasa global de fecundidad: Es el número de hijos que tendría en promedio una mujer de una cohorte hipotética de mujeres cuyo patrón de nacimientos de hijos durante su vida fértil respondiera a las tasas de fecundidad por edad del período de estudio y no estuvieran sometidas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta la finalización del período fértil.
- Tasa bruta de mortalidad: Expresa la frecuencia de las defunciones ocurridas en un período con relación a la población total. Es el cociente entre el número medio anual de defunciones ocurridas durante un período determinado y la población media de ese período.
- Esperanza de vida al nacer: Representa la duración media de la vida de los individuos que integran una cohorte hipotética de nacimientos, sometidos en todas las edades a los riesgos de mortalidad del período en estudio.
- Esperanza de vida a una edad determinada (x): Es el número medio de años que, en promedio, les resta por vivir a los sobrevivientes de una cohorte.

"Hostal de los Abuelos"

PLANILLA DE INGRESO DE RESIDENTES

AREA: ENFERMERÍA Planilla N° 12: Ingreso de Residentes

DATOS PERSONALES	
Nombre y Apellido:	
Fecha de ingreso:	Fecha de Egreso:
Fecha Nacimiento:	
Edad:	
N° documento y Tipo :	
N° Afiliación PAMI:	N° Afiliación OSEP:
Sanatorio:	
Farmacia:	
Laboratorio:	
Instituto Radiológico:	
DATOS SOCIALES	
Ultimo Domicilio:	
Nacionalidad:	
Estado Civil:	
Ultima Ocupación:	
Escolaridad:	
Vivienda Propia: SI NO	
Cantidad Hijos Varones: ____	Cantidad Hijas Mujeres: ____

DATOS DE FAMILIARES	OTROS FAMILIARES
Nombre y Apellido:	Nombre y Apellido:
Dirección:	Dirección:
Teléfono Fijo:	Teléfono Fijo:
Teléfono Celular:	Teléfono Celular:
Vínculo con el residente:	Vínculo con el residente:

"Hostal de los Abuelos"

PLANILLA DE INGRESO DE RESIDENTES

AREA: ENFERMERÍA Planilla N° 12: Ingreso de Residentes

DOCUMENTACIÓN AL INGRESO

DNI Original (se devuelve): SI NO

Fotocopia DNI: SI NO

Fotocopia y Original Carnet PAMI: SI NO No Posee

Fotocopia Carnet OSEP: SI NO No Posee

Foto familiar del Residente: SI NO

Fotocopia Ultimo Bono Residente: SI NO

Fotocopia DNI Referente: SI NO

Fotocopia Impuesto del domicilio del Referente: SI NO

Certificado de última medicación expedida por médico de cabecera SI NO

Formulario de Pañales completo SI NO No se aplica

Estudios médicos anteriores SI NO

Recibo al ingreso de prendas y calzado SI NO

Recibo al ingreso de medicamentos SI NO

Estatuto Institucional Firmado SI NO

Certificado de Seguro de Sepelio SI NO

"Hostal de los Abuelos"

PLANILLA DE INGRESO DE RESIDENTES

AREA: ENFERMERÍA Planilla N° 12: Ingreso de Residentes

Apellido y Nombre del Residente:
Edad:
Diagnóstico Presuntivo:

Necesita ayuda para movilizarse?				
SI	<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas <input type="checkbox"/>	Andador <input type="checkbox"/>	Sin movilidad <input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>			

¿Necesita asistencia para la alimentación?		
SI	<input type="checkbox"/>	Observaciones:.....
NO	<input type="checkbox"/>	

¿Necesita alimentación especial?		
SI	<input type="checkbox"/>	¿Cuales?.....
NO	<input type="checkbox"/>	

¿Sufre de insomnio?		
SI	<input type="checkbox"/>	
NO	<input type="checkbox"/>	

Posee dificultad para comunicarse?				
SI	<input type="checkbox"/>	Auditiva <input type="checkbox"/>	Verbal <input type="checkbox"/>	Visual <input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>			

Medicamentos actuales y dosis diaria	D	A	M	N
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Hostal de los Abuelos"

PLANILLA DE INGRESO DE RESIDENTES

AREA: ENFERMERÍA Planilla N° 12: Ingreso de Residentes

Presenta alergias?

SI

¿Cuales?.....

NO

Qué cirugías posee?

.....

¿Ha sufrido algún Accidente Cerebro Vascular (ACV)? ¿Desde cuando? ¿Realizó rehabilitación?

Firma y Aclaración del Referente

ÍNDICE

Introducción	Pág. 2
Metodología.....	Pág 3
1- Capítulo 1: “ La Revolución de la longevidad”	Pág. 5
1.1- El proceso de envejecimiento y sus consecuencias sociales.....	Pág.5
1.1.1- Las condiciones de envejecimiento para América Latina.....	Pág.7
1.1.1.1- Transición demográfica y bono demográfico.....	Pág 10
1.1.2- Estado y vejez. Políticas dirigidas al sector.....	Pág.14
1.1.2.1- Cambios en el sistema previsional.....	Pág.17
1.1.2.2- Feminización de la vejez.....	Pág. 22
1.1.2.3- Estrategias familiares ante la vejez.....	Pág 26
1.1.2.4- La dignidad de los derechos. El derecho a la dignidad.....	Pág. 29
2- Capitulo 2: “Características sociodemográficas de la población adulta mayor”	Pág. 35
2.1- La estructura familiar en la actualidad.....	Pág. 36
2.2- Los orígenes institucionales para la atención a la vejez en Argentina: el PAMI.....	Pág. 39
2.2.1- Programas de Atención a la Dependencia.....	Pág. 41
2.2.1.1- Club de Día.....	Pág.41
2.2.1.2- Centro de Día.....	Pág. 42
2.2.1.3- Atención Domiciliaria.....	Pág.42
2.2.1.4- Subsidios económicos.....	Pág. 42
2.2.1.5- Residencias propias.....	Pág. 43
2.2.1.6-Internación geriátrica.....	Pág. 43
2.3- Distribución de la población adulta mayor en Argentina.....	Pág. 43
2.3.1- Características de la población adulta mayor mendocina.....	Pág. 46
2.3.1.1- Departamento de San Martín.....	Pág. 50

