



INCLUSIÓN SOCIAL Y MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LA SALUD PARA ADULTOS MAYORES DE VILLA 21-24.

Autora principal: Elizabeth Mariel Fernández. Lic. En Trabajo Social UBA.

Co-autoras: Mabel Besada y Gabriela Oliva Núñez

Ejes temáticos: Redes, participación, inclusión y apoyo social en relación con personas adultas mayores. Tiempo libre y ocio en la vejez.

Categoría: Persona natural.

Argentina.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene la intención de dar a conocer una experiencia gerontológica, implementada desde un Centro de Salud y Acción Comunitaria, tendiente a promover la inclusión de los adultos mayores en la comunidad, así como a mejorar la calidad de atención de la salud. Dicha experiencia es ejecutada por el equipo interdisciplinario del Programa de Salud para Adultos Mayores, el que se encuentra integrado por una médica clínica, dos psicólogos y dos trabajadoras sociales.

El Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°8 se encuentra ubicado en el barrio de Barracas, en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, capital de la República Argentina. El mismo depende del Área Programática del Hospital General de Agudos José María Penna, que a su vez depende del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Específicamente se ubica en Villa 21-24, barrio de pobreza extrema, asumiendo la responsabilidad sanitaria de su población.

En la ciudad de Buenos Aires, el 9,7% de los hogares se encuentra bajo la línea de pobreza. De ellos, el 3,2% se halla por debajo de la línea de indigencia. Sin embargo, si se comparan distintas zonas de la ciudad puede verse que la realidad de la población de una varía mucho en relación a la de otra. En la zona sur de la ciudad el porcentaje de hogares pobres asciende al 24,9%; muchos de estos hogares se encuentran concentrados en grandes núcleos poblacionales, denominados “villas miseria”. Se trata de zonas de condición sanitaria deficitaria, viviendas precarias, hacinamiento, altos niveles de desempleo, economía informal, necesidades básicas insatisfechas, en resumen, lo que ha dado en llamarse “pobreza estructural”.

Situado en una de estas “villas” se encuentra el Centro de Salud y Acción Comunitaria desde el cual se lleva a cabo el Programa de Salud para Adultos Mayores.

Algunas características del grupo poblacional de villa 21-24:

- Entre los jefes de familia hay más del doble de desocupados que en el resto de la Ciudad



Trabajo Nominado – Categoría Personas Naturales

2ª Ed. Concurso “UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES, Octubre 2006.

- Los trabajadores de la villa acceden a puestos de baja o nula calificación.
- De las personas que se encuentran ocupadas el 53 % no reciben aportes jubilatorios.¹

Reconocer la situación de pobreza en la que vive esta población permite contextualizar el grupo al que se hace referencia y comprender la condición de vulnerabilidad en la que se encuentra.

La realidad social de los adultos mayores de la comunidad en la que se trabaja no difiere de la realidad de millones de personas, que viven en condiciones de pobreza y sufren problemas derivados de la falta de acceso e insuficiencia en los servicios de salud y asistencia social. Pero, en el contexto de pobreza estructural de la Villa 21-24, se considera que los adultos mayores sufren una doble vulnerabilidad: por su condición de pobreza y por la imagen negativa que se le adjudica a la vejez en nuestra sociedad. Para desarrollar en su vida lo que se proponen “ser” y “hacer”, encuentran obstáculos tales como problemas de salud, discapacidades físicas y de movilidad, dificultades en la comprensión, escasez de recursos socio-económicos para poder optar acerca de qué vida tener. A esto se agrega que el vivir en una villa de la ciudad de Buenos Aires implica estar sometidos a situaciones de inseguridad constantes y de discriminación por ser “villeros”.

Es por esto que este equipo de salud entiende que el accionar tiene que estar orientado por la consideración de la salud como un derecho social. Ello compromete a pensar en prácticas de carácter colectivo basadas en la interdisciplinariedad y con una concepción integral de la salud. La participación comunitaria es un medio fundamental en la formulación de estrategias de acuerdo a los intereses y necesidades de la propia comunidad, promoviendo el intercambio y la integración de los saberes.

Como establece la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, se tiene en cuenta la importancia de la descentralización y la jerarquización del primer nivel de atención, sobre la base de la estrategia de atención primaria de la salud y la promoción de actividades de prevención, sin olvidar la importancia de la articulación con el segundo y tercer nivel de atención para la resolución de los problemas de salud.

LA POBLACIÓN

La experiencia que se relata a continuación se inicia en Enero de 2004. La demanda inicial que parte de la población, refiere a mejorar el acceso a los servicios de salud dirigidos a los Adultos Mayores. El equipo que se conformó a tal fin evaluó la necesidad de efectuar, en primera instancia, un relevamiento exhaustivo de las condiciones socio – sanitarias de la población mayor de 60 años, que permitiera planificar acciones de salud basadas en el conocimiento de la realidad de este grupo etéreo.

¹ Diagnóstico Social de la Villa 21-24. Programa de Investigaciones sobre cambio social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Mayo 2001



Trabajo Nominado – Categoría Personas Naturales

2ª Ed. Concurso “UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES, Octubre 2006.

Según el último censo de 2001 vivían en villa 21-24 alrededor de 15.000 personas, de las cuales 630 eran mayores de 60 años.

Se realizaron 110 entrevistas individuales a adultos mayores, en diferentes espacios: el CeSAC N° 8 en la oportunidad en que ellos concurrían para atenderse con los diferentes profesionales; en instituciones de la comunidad donde asisten los adultos mayores (comedores comunitarios, parroquia); en el hogar de ancianos de la villa; y en domicilios particulares a los que concurrían los profesionales del CeSAC en caso de no poder movilizarse el entrevistado.

En las entrevistas se implementó una encuesta con preguntas abiertas y cerradas con las siguientes variables: edad, sexo, nacionalidad, nivel educativo, ingresos económicos, cobertura de salud, enfermedades, tratamientos, instituciones a las que concurrían, actividades que realizaban.

Luego del procesamiento uni y bivariado de los datos, se logró una primera aproximación de la caracterización de las condiciones de vida de los destinatarios del programa.

Características específicas de los Adultos Mayores

El total de población entrevistada es mayor de 55 años², registrándose el rango mayor en la franja que va de los 65 a 74 años con el 50,9%; siendo igualmente significativo el porcentaje de personas de 75 y más años con el 15,5%. Es importante destacar el bajo número de mayores de 85 años, lo que muestra lo difícil que resulta alcanzar esta edad a las personas de la villa 21-24.

Composición Etárea de los Adultos Mayores

Edad	Cantidad	%
55-64 años	36	32,70%
65-74 años	56	50,90%
75-84 años	17	15,50%
85 y más años	1	0,90%
Total	110	100,00%

² Si bien el programa y el relevamiento tuvo como destinatarios a personas mayores de 60 años, se hicieron algunas excepciones con personas más jóvenes, sobre todo cuando se trataba de alguien que estuviera próximo a cumplir la edad o cuando presentaba algún problema de salud que requería pronta atención y la inclusión en el programa la facilitaba.



Trabajo Nominado – Categoría Personas Naturales

2ª Ed. Concurso “UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES, Octubre 2006.

El 57,3% de los adultos mayores es **nacido** en Argentina. Si bien no se tienen datos al respecto, la gran mayoría nació en alguna provincia, y en la adolescencia o juventud emigró a la ciudad. El 40% de los adultos mayores encuestados expresaron haber nacido en algún país limítrofe, siendo su mayoría oriundos de Paraguay, aunque también hay personas que han venido desde: Perú, Bolivia y Chile. De los entrevistados, ninguno expresó haber nacido en otro país que no fuera alguno de estos mencionados.

Esta configuración de nacionalidades se va dando a partir de un migrante, quien al instalarse, llama o recibe a sus paisanos, familiares o no. Por eso en la villa es posible encontrar habitantes que provienen de la misma ciudad o región.

País de Nacimiento de los Adultos Mayores de la villa 21-24:

País	Cantidad	%
Argentino	63	57,3%
País limítrofe	44	40%
Otro país	0	0%
Sin datos	3	2,7%
Total	110	100%

Los procesos migratorios internos o externos en búsqueda de mejores condiciones laborales y económicas que han vivido la mayoría de estos adultos mayores, ha hecho que hayan vivido seguramente procesos de desarraigo y adaptación a una nueva cultura.

Es probable que los que han emigrado de zonas rurales hayan encontrado dificultades para integrarse a la ciudad. En primer lugar, el lenguaje. Muchos habitantes de zonas de Paraguay y de provincias del noreste argentino tienen el guaraní como primera lengua, o el castellano con gran cantidad de términos en ese otro idioma, desconocido en la ciudad.

Por otro lado, las expectativas con las que se emprende la migración no pueden ser siempre cumplidas. Como expresa Ratier “...el joven que llega no puede hacer nada con toda su experiencia campesina. Carpir, arar, voltear caña o cosechar algodón son habilidades inútiles en la ciudad. Entonces se dirigirá por fuerza hacia los empleos que no requieran mano de obra especializada, donde será tomado como changarín, marginado de los beneficios sociales, pero pagado; cuenta con una única ventaja, producto de la concentración urbana: la facilidad de conseguir changas. Eso sólo, para muchos, hace que valga la pena dejar el lugar natural”³.

En cuanto al **nivel de escolaridad alcanzado** por la población entrevistada se observa que el 19,1% no aprendió a leer y escribir. El máximo nivel alcanzado por el 45,5% de la población es el de

³ RATIER, Hugo, *Villeros y villas miseria*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1985. Pág. 59.



Trabajo Nominado – Categoría Personas Naturales

2ª Ed. Concurso “UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES, Octubre 2006.

primaria incompleta. Varios de los entrevistados manifestaron que esto se debía a que como habitaban en zonas rurales (de Argentina o de países extranjeros), en las instituciones educativas accesibles a sus domicilios sólo se cursaba hasta tercer grado de la escuela primaria.

El nivel de primaria completa como nivel máximo alcanzado corresponde al 11,8% de los encuestados.

Sólo el 8,2% ha accedido a un nivel de educación secundario; correspondiendo el 6,4% a los que han cursado de manera incompleta la secundaria, y sólo el 1,8% ha completado este nivel.

Si bien el bajo nivel de escolaridad puede estar relacionado a la no escolarización durante la infancia, es evidente que no han accedido más tarde a otros programas de alfabetización dirigidos a adultos.

Máximo nivel educativo alcanzado por los Adultos Mayores de la villa 21-24:

Nivel de instrucción	Cantidad	%
Analfabeto	21	19,1%
Primaria incompleta	50	45,5%
Primaria completa	13	11,8%
Secundaria incompleta	7	6,4%
Secundaria completa	2	1,8%
Sin datos	17	15,5%
Total	110	100%

En la villa 21-24 se observó que del total de las personas encuestadas, el 76,4% no perciben **ingreso** alguno, el 5,5% poseen jubilación, el 12,7% pensión y el 2,7% algún Plan Social.

Es decir, la mayor parte de la población entrevistada, el 76,4% ha quedado por fuera del sistema de seguridad social por diversos motivos, que pueden ser: falta de años de aporte, no haber accedido a un trabajo en blanco, falta de aportes patronales, falta de documentación argentina, otros.



Trabajo Nominado – Categoría Personas Naturales
2ª Ed. Concurso “UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES, Octubre 2006.

Tipo de Ingresos Económicos percibidos por los Adultos Mayores de Villa 21.

Tipo de ingreso	Cantidad	%
Jubilación	6	5,5%
Pensión	14	12,7%
Plan, subsidio	3	2,7%
Ninguno	84	76,4%
Sin datos	3	2,7%
Total	110	100%

Comparando con los datos a nivel nacional (Instituto Nacional de Estadística y Censo 1993) en el grupo de 60 a 74 años, el 49,2 % de los hombres y el 53,2% de las mujeres están jubilados. Y en el grupo de más de 75 años, tenían jubilación el 79,8% de los hombres y el 76,3% de las mujeres.

Se entiende entonces, que la situación de los adultos mayores de la villa 21-24 difiere en gran medida de los datos nacionales, ya que en la villa la mayoría de la población estudiada no posee ningún ingreso (por pensión o jubilación).

En relación al **grupo de convivencia** de los adultos mayores de villa 21-24 se obtuvieron los siguientes datos:

Tipo de hogar en el que reside el adulto mayor

Vive:	Cantidad	%
Solo	36	32,7%
Con familiares	68	61,8%
Instituciones	3	2,7%
Sin datos	3	2,7%
Total	110	99,9%

Al relacionar el tipo de hogar en el que reside o con quién vive la población y los ingresos económicos vemos que 25 personas (37%) viven solas y no poseen ningún ingreso económico, de manera que se identifica como un grupo particularmente vulnerable.



Trabajo Nominado – Categoría Personas Naturales

2ª Ed. Concurso “UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES, Octubre 2006.

Ingresos económicos en relación a con quién vive:

		Ingresos económicos:				
Vive con:		Jubilación	Pensión	Otros planes	Ninguno	Total
	Solo	3	5	2	25	35
	Familiares	3	9	1	55	68
	Instituciones	0	0	0	3	3
Total		6	14	3	83	106
Datos válidos: 106 Sin datos: 4 Total: 110						

Condiciones de salud y accesibilidad a la atención:

En la población mayor de 60 años de Villa 21-24 se visualizan importantes obstáculos en el desarrollo del proceso salud – enfermedad – atención.

La relación entre la situación económica actual y la trayectoria laboral de los entrevistados, explica las características de **cobertura de salud** de la población. En este sentido se observa que el 80,9% depende para su atención del sistema público de salud y sólo el 17,3% cuenta con cobertura por el sistema de Seguridad Social. Es decir que el 73,6% no tiene obra social ni Plan Médico de Cabecera⁴, y muchos expresaban no conocer este Plan al momento de realización de la encuesta.

Cobertura de Salud de los Adultos Mayores

Cobertura de Salud	Cantidad	%
Obra Social	19	17,3%
Sin cobertura de Salud	81	73,6%
Plan Médico de Cabecera	8	7,3%
Sin datos	2	1,8%
Total	110	100%

⁴ Programa de salud destinado a quienes viven en la ciudad de Buenos Aires y no cuentan con obra social o cobertura privada de salud. Los médicos de cabecera (médicos generalistas, tocoginecólogos y clínicos) atienden en forma gratuita en sus consultorios particulares, distribuidos en los diferentes barrios de la ciudad.



Trabajo Nominado – Categoría Personas Naturales

2ª Ed. Concurso “UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES, Octubre 2006.

Si se compara la situación de los adultos mayores que viven en Villa 21-24 con el resto que habita en la Ciudad de Buenos Aires se encuentran grandes diferencias con relación a la accesibilidad al sistema de salud.

En la Ciudad de Buenos Aires según censo del 2001, cerca del 80% de la población mayor de 60 años poseía cobertura de obra social y/o sistema privado, y según la encuesta permanente de hogares de 2003 el 24,8% cuenta con cobertura del sistema público, el 49,9% con obra social y el 17.6% con sistema privado de salud (prepagas).

La **institución de salud a la que asisten** para resolver los problemas de salud es para el 64,5 % de las personas entrevistadas el CeSAC N° 8, mientras que el 13,6% recurre al hospital. El Centro de Salud es un lugar de referencia para la atención de la salud, teniendo en cuenta que es cercano geográficamente, ya que está en el barrio.

Institución de salud a la que asisten los adultos mayores:

Institución de salud	Cantidad	%
CeSAC N° 8	71	64,5%
Hospital	15	13,6%
Sin datos	24	21,8%
Total	110	99,9%

El Hospital Penna como ámbito de contrarreferencia, es decir lugar en el cual se resuelven las situaciones de mayor complejidad de atención, presenta obstáculos de accesibilidad. Por un lado, para llegar al hospital desde Villa 21 no hay un transporte directo; por otro, para obtener turnos es necesario estar en el hospital desde horarios muy tempranos (5 ó 6 de la mañana) al igual que en el CeSAC N° 8. Para los adultos mayores transitar en esos horarios se torna muy inseguro. Por esta razón, desde el Programa para la Atención de la Salud de los Adultos Mayores del CeSAC N° 8, se comenzó por establecer un sistema de turnos programados, ofreciendo incluso a instituciones de la comunidad la



posibilidad de gestionarlos en forma telefónica para los vecinos mayores de 60 años, a la vez que se orienta para acceder al Plan Médicos de Cabecera, ya que se consideró que resultaría facilitador para obtener turnos de determinadas especialidades en forma programada⁵.

La situación de pobreza estructural, en la cual viven su cotidianeidad los adultos mayores de Villa 21-24, los excluye del acceso a los distintos servicios necesarios para gozar de una adecuada calidad de vida.

No es la vejez la que ocasiona vulnerabilidad sino la pobreza causada por la falta de políticas económicas y sociales adecuadas. La realidad de la pobreza lleva al consumo precoz de la vida, es decir que los sujetos que viven en dicha situación alcanzan la vejez en condiciones de vulnerabilidad social y económica que impacta fragilizando su salud.

La historia de vida de cada sujeto y el entorno social modelan el proceso de envejecimiento, le dan forma al cuerpo que se tendrá y la percepción acerca del mismo.

Según la Organización Mundial de la Salud, diferentes variables permiten caracterizar las condiciones de vulnerabilidad de los adultos mayores: que vivan solos y sin hijos, que vivan con un cónyuge enfermo o discapacitado, con escasos recursos económicos, con carencia de redes vinculares, social y/o emocionalmente aislados, con bajo nivel educativo.

Teniendo en cuenta los datos hasta aquí presentados, nos encontramos en condiciones de analizar el grado de vulnerabilidad de la población. Teniendo en cuenta las variables de ingreso, máximo nivel educativo alcanzado y cobertura de salud definiremos como población de extrema vulnerabilidad a quienes no poseen ningún ingreso económico propio, cuentan con bajo nivel de instrucción (sin instrucción o con primaria incompleta) y con cobertura por sistema público o seguridad social (por edad) quienes representan el 52% del total de población.

DISEÑO Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

A partir del material relevado en las encuestas y de los datos estadísticos procesados, se elaboraron objetivos generales y específicos que orientan la acción.

Como objetivo general el equipo del programa se propuso:

Promover una mejor calidad de vida de los adultos mayores de la villa 21-24 a través de acciones de atención y promoción de la salud.

⁵ El Plan Médicos de Cabecera ofrece entre sus servicios la obtención de turnos programados con diversas especialidades con las que cuenta el hospital.



Trabajo Nominado – Categoría Personas Naturales

2ª Ed. Concurso “UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES, Octubre 2006.”

A fin de alcanzar el mismo se delinearon los siguientes objetivos específicos:

- Conocer las condiciones socio sanitarias de la población de la tercera edad de la villa 21-24 y las instituciones que los reúnen y/o le prestan servicios.
- Facilitar el acceso a la atención de la salud de los adultos mayores.
- Promover espacios de encuentro entre las personas de la tercera edad y con el resto de la comunidad.
- Procurar la capacitación permanente de los agentes de salud involucrados en el programa.
- Promover la conformación de una red institucional para los adultos mayores.
- Trabajar mitos y representaciones acerca de la personas de edad avanzada.

Con la intención de lograr estos objetivos se propusieron y ejecutaron diversas actividades de acuerdo a las distintas áreas de trabajo que se consideró indispensable abordar a lo largo de estos más de dos años de implementación del programa.

Dada la situación de vulnerabilidad de los adultos mayores de villa 21-24, y de las dificultades en el acceso a los servicios de salud, fue prioritario al inicio del programa instalar, difundir y sostener el conjunto de **actividades vinculadas a lo asistencial**. Era indispensable facilitar el acceso a la consulta con los diversos profesionales que integran el equipo.

Por un lado se cuenta con atención clínica exclusiva para adultos mayores. A la misma se llega a través de turnos programados los que pueden obtenerse en forma personal o telefónica, o a través de algún referente comunitario o promotora de salud⁶, en el horario en el que el centro de salud se encuentra funcionando. Antes de la implementación del programa, los adultos mayores debían solicitar los turnos para la atención el mismo día. Los mismos comienzan a entregarse a las 7.30 de la mañana; dada la escasez de turnos, los vecinos realizan colas desde varias horas antes.

Por otra parte, en el área de la salud mental se cuenta con dos psicólogos, quienes realizan orientación familiar y tratamiento individual. Además se lleva adelante una asesoría institucional al hogar de ancianos de la parroquia del barrio.

Desde el trabajo social se realizan entrevistas de admisión, orientación individual y familiar, asesoramiento respecto a gestión y acceso a diversos programas y recursos y seguimiento de casos.

Las actividades antes descriptas se llevan a cabo regularmente y en forma constante.

Sin embargo se han concretado otras actividades puntuales en vistas a dar respuesta a necesidades detectadas por el equipo. A modo de ejemplo puede mencionarse la actividad desarrollada

⁶ Las promotoras de salud son vecinas del barrio que llevan adelante diversas actividades comunitarias de promoción y prevención. Dichas actividades se realizan en el marco de un programa coordinado por profesionales del Cesac. Estas promotoras cobran mensualmente un subsidio que otorga el gobierno nacional por su prestación.



Trabajo Nominado – Categoría Personas Naturales

2ª Ed. Concurso “UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES, Octubre 2006.

en coordinación con el Programa de Salud Visual del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En esa oportunidad se evaluó oftalmológicamente a 120 adultos mayores. Se derivó a quienes requerían consultas en niveles de mayor complejidad. Se derivó a 10 pacientes a cirugía. Se realizó la prueba y posterior entrega de 90 pares de anteojos.

Por otra parte, desde el inicio de la implementación del programa se realizaron distintas **actividades de prevención y promoción de la salud**, utilizando en la mayoría de ellas la metodología de intervención grupal. El equipo profesional entiende que el trabajo grupal es la modalidad más adecuada para favorecer la reflexión y el intercambio de diferentes saberes y experiencias entre quienes participan de las actividades. También favorece la generación de lazos sociales, convirtiéndose en un espacio de contención y escucha.

Entre agosto y noviembre de 2004 se realizaron ciclos de cine debate en forma mensual. El objetivo era brindar un espacio de entretenimiento para adultos mayores con una actividad que no es usual en esta población, ya que no cuentan con recursos para acceder a salas de cine. Previamente se indagó en qué tipo de films estaban interesados ver, seleccionándose entonces aquellos de género cómico, que trataran sobre historias de vida de migrantes y/o que recordaran situaciones de su juventud. Este tipo de películas permitía compartir recuerdos y a su vez propiciaba la integración y el conocimiento mutuo.

A partir de 2005 se comenzaron a efectuar postas de detección de diabetes e hipertensión en adultos mayores en diferentes comedores comunitarios del barrio. El fin es promover la prevención de hipertensión arterial y diabetes a través de la detección temprana.

Desde marzo de 2005 funciona un espacio de encuentro para adultos mayores en forma semanal, en el cual se realizan actividades recreativas que estimulan el cuidado de la salud. El grupo funciona como un espacio de multiestimulación.

La actividad comenzó a partir de la preocupación por parte del equipo por el alto nivel de sedentarismo de la población (en este caso en particular los mayores de 60 años, pero el mismo se da también en el resto de los grupos etáreos)

Esta población, por su trayectoria de vida y laboral, ha establecido principalmente con su cuerpo una relación a través de su uso como herramienta de trabajo. Muchos de ellos se han desempeñado como albañiles, carpinteros, empleadas domésticas, cosecheros, etc. Por otra parte este también ha sido el cuerpo de la reproducción y procreación de los hijos. No estaban habituados a considerar al cuerpo como vehículo de salud y disfrute. Teniendo en cuenta todas estas particularidades es que se decidió promover la actividad física pero partiendo de los intereses de los integrantes de un grupo de personas que concurrían a la parroquia. Se decidió sensibilizar sobre el tema con una charla dictada por la médica en donde se destacó la importancia para la salud de la actividad corporal. El grupo decidió reunirse semanalmente para empezar con la actividad a través del baile. Cada semana el ritmo variaba: cumbia, polka paraguaya, chamamé, tango, vals, folklore argentino (zamba, chacarera). Y los instructores eran



Trabajo Nominado – Categoría Personas Naturales

2ª Ed. Concurso “UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES, Octubre 2006.

los integrantes del grupo que dominaban esa danza. Posteriormente empezaron a incorporarse otras técnicas de trabajo corporal, adecuándolas a las posibilidades y características del grupo, por ejemplo, realizando actividades sentados. Se realizan habitualmente festejos de fechas significativas: Día de la Primavera, Día de la madre, Navidad y Año Nuevo. A partir del 2006 comenzaron a festejarse los cumpleaños en forma mensual. El objetivo es fortalecer y aumentar la autoestima, a través del agasajo, de la atención dirigida a cada persona y de la entrega de un presente, de entender que la celebración de un año más de vida es motivo de festejo para sí mismo y para los otros. Cada fin de mes se le pregunta a los cumpleañoseros cuál es un cumpleaños que recuerdan particularmente y si conocen el significado de su nombre y motivo por el cual lo llevan. Posteriormente se lee el significado de su nombre. Esta, como muchas de las técnicas que se utilizan en el dispositivo tiene como fin favorecer la generación de vínculos y promover su fortalecimiento en forma constante.

De este mismo modo, cuando el equipo lo evaluó pertinente por el momento del grupo, empezó a incorporar ejercicios de estimulación de la memoria. Los ejercicios se realizan a través de juegos que refuerzan la concentración, la atención y recuperación de la información, tendiendo también a favorecer la reminiscencia, la cual permite a los adultos mayores resignificar los hechos del pasado, las emociones vividas, las relaciones establecidas.

También se creó una cartelera en el centro de salud para propiciar la circulación de información, difundir las actividades del programa, intentando que se convierta en un espacio que puedan utilizar tanto los profesionales de la institución como adultos mayores de la comunidad.

Por otro lado, y como parte del proceso, al iniciar la labor se fortalecieron y desarrollaron **relaciones con diversos actores y organizaciones sociales** que se encontraban trabajando en la comunidad con similares valores y objetivos: la iglesia católica del barrio, el comedor parroquial de los abuelos, Comedor “Padre Daniel de la Sierra”, el hogar de ancianos, etc.

En la actualidad, el equipo se propone intensificar y ampliar los contactos establecidos y asume como estrategia un pensamiento en red, que considera la acción emprendida como un proceso dinámico que favorece la producción de subjetividad social.

El trabajo con el grupo de adultos mayores de villa 21-24 hubiera resultado imposible, en su forma actual, sin la colaboración y cooperación mutuas: la parroquia Nuestra Señora de Caacupé brinda sus instalaciones y medios técnicos (grabador, televisión, videoreproductor). El comedor de los abuelos provee los elementos y preparación de la merienda que se ofrece a los participantes luego de cada encuentro. El centro de salud, al cual pertenece el equipo, los recursos humanos para la tarea, y otros provenientes de los servicios de salud, que logran una mayor difusión e impacto en esta población, a partir de esta colaboración: acceso a evaluación oftalmológica, provisión de anteojos, articulación con otras organizaciones del espacio no gubernamental, como el control visual para la detección de cataratas y las respectivas intervenciones quirúrgicas gratuitas en los casos en los que resultara necesario, etc.



El equipo considera que esta modalidad de trabajo ha resultado productiva para responder a las necesidades insatisfechas detectadas, y procura el enriquecimiento y consolidación de esta “red” espontánea.

En cuanto a las **actividades de capacitación y docencia**, se vienen desarrollando diversas modalidades y experiencias: hacia el interior del equipo los profesionales se capacitan en forma constante a través de cursos externos y discusión de temáticas vinculadas a la labor cotidiana. A partir de este año se han incorporado cuatro promotoras de salud al programa, las que reciben formación y supervisión continua. Por otro lado, el programa es un espacio de rotación y formación profesional para residentes⁷ de diversas disciplinas, especialmente aquellas vinculadas a la salud mental y el trabajo social. Actualmente rotan por el programa una psicóloga, una psiquiatra y una trabajadora social.

Dificultades en la tarea

En el transcurso de la implementación del programa debieron enfrentarse diversas dificultades.

Uno de los principales obstáculos para garantizar la accesibilidad a los servicios de salud para la población es la desarticulación existente entre los diversos niveles de atención y complejidad de los servicios de salud. La ausencia de vías formales orientadas a facilitar el acceso, la escasez en la oferta y la dificultad en la obtención de turnos para atención son algunos de los principales obstáculos que se enfrentan.

El Cesac no cuenta con recursos propios en dinero. Por este motivo todo aquel insumo necesario para llevar adelante las actividades que no se cuente en la institución debe conseguirse a través de préstamo, donación, colecta o compra por parte de algún integrante del equipo.

En este sentido puede mencionarse la ausencia de un espacio físico apropiado/adecuado dentro del Cesac para desarrollar actividades grupales. El salón con el que se cuenta alberga en muchas oportunidades insumos del Cesac (leche en polvo, medicamentos). Es por esto que la actividad grupal se desarrolla en la parroquia que se encuentra frente a la institución de salud.

Otra dificultad que atraviesa el equipo profesional es la escasa posibilidad de encuentro de todos sus integrantes para coordinar, decidir, planificar y evaluar acciones. Ninguno de los días hábiles de la semana hay coincidencia en la concurrencia al Cesac por parte del equipo completo. A fin de superar esta dificultad el equipo se ha reunido en algunas oportunidades por fuera de la jornada laboral, por ejemplo los días sábado.

⁷ Las residencias son instancias de capacitación en servicios de salud para profesionales recientemente egresados de carreras universitarias. El tiempo de su duración varía según la especialidad de la que se trate; a las mismas se accede a través de un concurso en el que se considera la nota del examen que se rinde y el promedio general de la carrera de grado.



El camino nunca es fácil. Pero se intenta cada día hacer frente a las dificultades de manera creativa, intentando formas y vías alternativas que tiendan a estimular el cuidado de la salud de los adultos mayores, ayudándoles a entender que vale la pena cuidarse y disfrutar de la vida.

A MODO DE CIERRE. PROPUESTAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN FUTURAS

La experiencia hasta aquí relatada constituye el que es hasta hoy el primer programa de salud para adultos mayores que trabaja en un centro de salud en villas, con población altamente vulnerable, en la ciudad de Buenos Aires.

Teniendo en cuenta algunos resultados puede decirse que a partir de la implementación del programa se ha logrado facilitar y mejorar el acceso a los servicios de salud para los adultos mayores de villa 21-24. Esto fue posible a través del establecimiento de un vínculo duradero y fuerte con la comunidad. En este mismo sentido, se propone la integración de los adultos mayores a su grupo de pares y con el resto de la comunidad.

La apuesta de este equipo de salud para el futuro es impulsar y sostener:

- Jornadas y salidas recreativas
- Ciclos de cine para adultos mayores y sus nietos
- Continuar con la difusión del programa y las actividades hasta aquí desarrolladas
- Multiplicar las postas de detección de Diabetes e Hipertensión Arterial.
- Replicar la actividad grupal en otros sectores del barrio

Ha sido importante compartir esta experiencia por varias razones.

Por un lado, porque pueden tomarse algunos elementos vinculados al diseño y ejecución del programa: demanda inicial de la población, relevamiento poblacional y análisis de datos, diseño de objetivos y actividades, ejecución de las diversas actividades del programa. Para aportar a una mejor calidad de vida de los adultos mayores, la intervención del equipo de salud desde la estrategia de la Atención Primaria, requiere, en un primer momento, una indagación rigurosa en términos científicos de las condiciones de vida de la población para plantear así líneas de acción que respondan a las realidades particulares. Además, esta intervención debe basarse en los derechos, las necesidades, las preferencias y las capacidades de las personas. A través de la intervención del equipo de Atención Primaria es posible aportar al logro de las necesidades en los adultos mayores, siempre que se trabaje desde una perspectiva integral de la salud, que comprometa los diferentes aspectos de la vida de los sujetos involucrados y no se fragmente a las personas o sujetos (generando así maltrato institucional).

Por otra parte, porque la situación de villa 21-24 nos muestra una visión anticipada de lo que irá ocurriendo a un grupo cada vez más grande de adultos mayores en esta sociedad. Los altos índices de



Trabajo Nominado – Categoría Personas Naturales

2ª Ed. Concurso “UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES, Octubre 2006.

desempleo y trabajo informal junto con el colapso inminente de los sistemas de seguridad social constituyen una combinación nefasta conducente a dejar cada vez a más personas a la vera del camino. En este sentido, las propuestas que logren aportar al mejoramiento de la calidad de vida en este tipo de poblaciones podrán contarse como herramientas con las cuales trabajar en similares situaciones o realidades.

Y por último, como estímulo para otros. Frente a todas las dificultades que se presentan siempre es posible hacer algo, porque siempre es posible fortalecer y reafirmar los aspectos positivos de la vida y de las personas.



Bibliografía

- Bellocchio, Ximena y otros: Los imaginarios sociales acerca de la tercera edad desde la perspectiva del Trabajo social. Sistematización de la práctica. Unidad Sanitaria Villa Lynch. Buenos Aires, 24 de julio de 1998.

- Caporale, Luis: El proceso del duelo. En revista Bancarios del provincia.

- De Beauvoir, Simone: La vejez. Buenos Aires. Editorial Sudamericana, 1974

- Mishara, B. Y Riedel, R: El proceso de envejecimiento. Madrid. Ediciones Morata, 1996.

- Oddone, Knopoff: Dimensiones de la vejez en la sociedad argentina. Cap. V: Prejuicios, mitos, estereotipos. Centro edit. de América Latina.

- Paola, Jorge: Aportes del Trabajo social a la construcción del pensamiento gerontológico en nuestro medio. Buenos Aires, 1995

- Pérez Almeida y Blanco Pascual: El paciente con síndrome de inmovilidad.

- Redondo, Nélica: Impacto Social del envejecimiento. Radiografía de una población. Buenos Aires.

- Sanchez Salgado, Carmen Delia: Gerontología Social. Buenos Aires. Editorial Espacio

- Zarebski, Graciela: El curso de la vida: diseño para armar. Extracto de tesis del doctorado.

- Zarebski, Graciela: Hacia un buen envejecer. Cap. 6: Una vejez normal. Buenos Aires. Editorial Emecé, 1999.