

TESIS

TÍTULO:

CRONIFICACIÓN DE LA EXCLUSION.

Vulnerabilidad social,
cronificación de pacientes AM internados
El caso del Hospital "Evita"

Director: Mgter. Jorge Paola

Maestría: Gestión de Servicios de Salud en Gerontología

Lic. Sandra Castelitti

Año 2009/2010

Resumen/Abstract.- Palabras-Clave.

RESUMEN

El presente trabajo da cuenta de la situación de exclusión social en tanto pérdida paulatina de sostenes de protección de personas mayores de 60 años, internadas en el Hospital General de Agudos "Evita", un nosocomio del partido de Lanús, por los cuales se solicitó interconsulta¹ al Servicio Social durante los años 2000 y 2009.

La hospitalización, instancia asociado a la enfermedad desafía la integridad somática, mental y social aumentando la vulnerabilidad social de aquellos individuos que ya viven fenómenos de exclusión.

La población elegida para este trabajo está constituida por sujetos cuya evolución mórbida o situación socio/familiar los instalan en la categoría de crónicos o potencialmente cronificables, con internaciones prolongadas y que hacen del hospital una instancia asilar en tanto alojamiento prolongado.

¿Ahora bien, podemos analizar la cronicidad sin tomar en consideración las condiciones de vida de la persona y el contexto en el cual ocurre?

La eclosión de la crisis económica del año 2001 tiene su impacto entre otras instancias en la salud de la población, en este caso particular los adultos mayores. Frente a la situación de desprotección y de invisibilidad de este grupo etéreo aparece el Estado y la implementación de políticas públicas sociales. En el año 2009 casi una década del quiebre económico-institucional y social, nos preguntamos si el atravesamiento de las políticas sociales para adultos mayores ha modificado la realidad de la población seleccionada para este trabajo.

La descripción y análisis de las características sanitarias de la población, la situación familiar/laboral/protección social, tiene la intención de mostrar ausencia, continuidad y/o ruptura en relación a las políticas sociales dirigidas a los adultos mayores a partir de la mitad de la década de los 90, la transición epidemiológica y la situación socio-familiar en ambos periodos.

Conceptos claves: crónicos, estancia hospitalaria, familia, exclusión social, políticas sociales, vulnerabilidad social, enfermedades crónicas.

¹ La interconsulta consiste en la comunicación entre 2(dos) o más personas con diferentes áreas de experiencia. Fundada en la necesidad de un diagnóstico o terapéutica de mayor complejidad, también puede ser a solicitud del paciente o la familia. (Novas-Machado, 2005)

.... La piel se arruga, el pelo se vuelve blanco,
los días se convierten en años.....

Pero lo importante no cambia;
Tú fuerza y tu convicción no tiene edad,
Tu espíritu es el plumero de cualquier
tela de araña.

Detrás de cada logro, hay otro desafío
Mientras estés viva, siéntete viva.

Si extrañas lo que hacías, vuelve a hacerlo.

No vivas de fotos amarillas....

Sigue aunque todos esperen que abandones.

No dejes que se oxide el hierro que hay en ti.

Haz que en vez de lastima, te tengan respeto.

Cuando por los años no puedas correr, trota.

Cuando no puedas trotar, camina.

Cuando no puedas caminar, usa el bastón.

Pero nunca te detengas!!!

María Teresa de Calcuta

ÍNDICE

Introducción

Cambios epidemiológicos y demográficos, nuevos desafíos para la salud pública.....	5
El paciente crónico, su relación con la vejez.....	6
Tiempos de cambios	8

Capítulo I

La inadecuación de los hospitales públicos como proveedores de cuidados de larga duración

El rol del estado en la salud pública.....	10
El hospital "Evita" El ayer y hoy, algo en común?.....	11
Por qué hablamos del uso inadecuado de las camas?.....	16
El Hospital como instancia asilar: Una estrategia de sujeto o la única opción?.....	17
Vejez, morbilidad, calidad de vida y discapacidad.....	20
Apoyo y redes sociales.....	25

Capítulo II

El devenir histórico en la situación actual de algunos adultos mayores

Recorrido histórico.....	28
Escenario político - económico y social.....	31
El patrocinio de la economía en el proceso salud-enfermedad	34
Procesos de inclusión-exclusión.....	35
¿Sujetos de derechos o merecedores de Derechos?.....	38

Capítulo III

¿Cuánto converge el capital individual, social, económico y los recursos institucionales frente a la internación y egreso hospitalario?

Nuevas formas de intervención (postulando hipótesis y objetivos).....	40
Descripción de Inter consultas al Servicio Social en los años 2000 y 2009.....	42
Presentación de historias/análisis de datos.....	55

Capítulo IV

En la vejez....procurando un buen vivir...

Conclusiones.....	78
Bibliografía.....	84
Anexo 1.....	88
Anexo 2.....	91

1. Introducción.

Cambios epidemiológicos y demográficos, nuevos desafíos para la salud pública

Las construcciones, el entretelado cotidiano y las labilidades de los sujetos sociales se ponen en evidencia al tomar contacto con la institución de salud, debilitados por su estado de enfermedad. La hospitalización acrecienta el impacto de los factores sociales que tornan vulnerable la vida humana a partir del proceso mórbido en la internación. Hombres y mujeres muestran al ingreso hospitalario síntomas físicos que orientan un diagnóstico y que definen una internación. O tan solo aquellos que traen consigo síntomas de desgaste por las fisuras que producen las carencias o aquellos con los signos de la exclusión social en el cuerpo, que aun sin tener criterio médico se evalúa su hospitalización por "cuestiones sociales"².

El mundo transita acelerados cambios demográficos. La combinación de tasas de fecundidad bajas con una mortalidad en descenso, ha provocado un envejecimiento poblacional de las sociedades (Ludi M.C.2005; Gascón, S.2009; Redondo, N. 2003). Dichos cambios se dan en forma diferenciada entre países desarrollados y aquellos que pueden identificarse como dependientes.

Varios autores coinciden en considerar a la Argentina como uno de los países latinoamericanos de mayor envejecimiento de la población³.

No todas las personas transitan la vejez en iguales condiciones. Un aspecto entre otros que marca diferencias, está relacionado a las manifestaciones de la cuestión social, quienes son alcanzados por la protección y seguridad social, las redes de protección cercana, el acceso a los recursos entre otros. Los menos favorecidos transitan el proceso de envejecimiento en un contexto de pobreza y de recursos limitados. Algunos, los pobres de siempre (aquellos pertenecientes a la pobreza estructural) y los otros que dado la vertiginosa transformación socio-económico de las ultimas décadas, ven afectado su calidad de vida, llamados los nuevos pobres.

En términos de relacionar pobreza y vejez (Gascón, S. 2007), refiere que la condición de carencia no es una característica adscripta necesariamente a la condición de vejez.

² Para el discurso médico "las razones sociales" refieren a la ausencia de vivienda, situación de calle, mendicidad, o situaciones de desamparo que arriban a la decisión de internación.

³ Por convención, se considera que un país tiene una estructura poblacional envejecida cuando el porcentaje de personas de 60 años y más es del 12% o los supera, y el de mayores de 6 años es del 7% o lo supera (Gascón , S.pp 5.2007)

Para este trabajo tomaremos a las personas de 60 años y más, por los cuales se ha interconsultado al Servicio Social, durante los años 2001 y 2009 y que constituyen la población hospitalaria denominada "pacientes sociales o crónicos" conformada por personas cuya evolución mórbida los instalan en la categoría de crónicos, con internaciones prolongadas y que hacen del hospital una instancia de alojamiento prolongado.

La selección de los años no es azarosa. Es una muestra forzada asociada a momentos históricos críticos de la Argentina, instancias socio-económicas particulares, donde el rol del Estado y el atravesamiento de políticas sociales son difíciles de visualizar.

El presente trabajo tiene como propósito analizar la situación real de ciudadanos internados en un hospital público por los cuales se solicita la mediación del Servicio Social, en la década de 1990, en el marco de lo que se ha denominado de políticas de ajuste estructural (Hintze, S. pp25.2006), proceso que devino en transformaciones políticas, sociales y económicas, caracterizando de un modo particular el perfil de los ciudadanos adultos mayores internados en el Hospital "Evita".

Se analizarán características en torno al sexo, la distribución por edad, la relación hombre-mujer, la ocupación, la cobertura social, los motivos por los cuales se solicitó la intervención del servicio social, el diagnóstico al momento de ingreso, la situación familiar, el tiempo y resolución de la estancia hospitalaria.

Se pretende revelar similitudes y diferencias de dichas características en virtud de los años 1990 y 2009. Se considerará la implementación de programas sociales para adultos mayores, los cambios epidemiológicos, las enfermedades crónicas y agudas y su incidencia o no en relación a las situaciones de exclusión.

El paciente crónico, su relación con la vejez

El fenómeno de internaciones crónicas en los hospitales públicos para patologías agudas, se problematiza cuando esa población conforma el grupo de los adultos mayores con particulares características sociales, económicas, familiares, laborales, de vínculos, que ahondan o generan situaciones de mayor vulnerabilidad.

Vulnerabilidad en tanto expresión universal de la condición humana que se experimenta en un contexto histórico y cultural según condiciones psicosociales y físicas determinadas. Término ligado a lo social, a los fenómenos de exclusión, a la enfermedad y que altera o desafía la integridad somática, mental y social.

Enfermedad definida como fenómeno disruptivo, interrumpe y desorganiza el ritmo habitual de la vida y pone en crisis las relaciones con el propio cuerpo y con el mundo, modificando la posición de cada individuo en el contexto social. El término "crónico" del griego Chronos "dios del tiempo" refiere al tiempo de evolución de la enfermedad (mas de 6 meses).

El concepto de cronicidad, (Almendolaro R. pp3. 2012) es concebido como un elemento constitutivo de determinados diagnósticos, entre otros en salud mental, y habla de un progresivo deterioro subjetivo de la persona o de la existencia de síntomas residuales que van a condicionar la vida de esa persona.

La enfermedad crónica se define como un proceso incurable con una gran carga social desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia e incapacitación. La pobreza es el determinante clave. Tiene una etiología múltiple y un desarrollo poco predecible.

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto en este siglo. El incremento en la esperanza de vida implica alteraciones en los perfiles epidemiológicos. En los próximos años crecerá la demanda de cuidados de salud y adquirirá mayor peso las enfermedades crónico-degenerativas e incapacidades. La transición epidemiológica (Omram, 1997) da cuenta de esta dinámica donde se experimenta un cambio de las causas de defunción a través del tiempo, desencadenando en una menor incidencia de las enfermedades infecciosas y parasitarias y un aumento de las enfermedades crónicas, degenerativas y otras por causas externas.

La reducción de la mortalidad produjo un envejecimiento de la población; la tasa de crecimiento de la población mayor de 60 años se acelerará durante las próximas décadas produciendo un incremento en los índices de vejez y de dependencia de adultos mayores, CEPAL 2005.

La Asamblea Mundial sobre el envejecimiento realizada en Viena en 1982 por la Organización de las Naciones Unidas, acordó un Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento, en donde se reconoce que "la calidad de vida no es menos importante que la longevidad y que por consiguiente las personas de edad deben, en la medida de lo posible, disfrutar en el seno de sus propias familias y comunidades de una vida plena, saludable, segura y satisfactoria, además de ser estimada como parte integrante de la sociedad". Desde este punto de vista se estableció la necesidad de una atención integral que respondiera a la necesidad de los adultos mayores.

"Que las personas sean capaces de envejecer con seguridad y dignidad y continuar participando como ciudadanos de todos sus derechos", constituye uno de los objetivos

del Plan de Acción elaborado en abril de 2002 en Madrid, en la segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Para ello es necesario reconocer que la salud en la vejez esta relacionada con los cuidados en todo el transcurso de la vida. En la misma proclamación se enuncia "Una sociedad para todas las edades que se constituye en 4 dimensiones: desarrollo individual a lo largo de toda la vida, las relaciones multigeneracionales, la interrelación entre población envejecida y el desarrollo general, y la situación de las personas mayores.

Las condiciones objetivas de vida de una franja de adultos mayores, generan una desigualdad entre las necesidades y las probabilidades de satisfacerlas, colocando la atención de la salud en un lugar subalterno, aplazando el cuidado de la salud en aras de satisfacer las necesidades básicas de subsistencia. De esta manera se relativiza esta el cumplimiento de los principios establecidos en el Plan de Acción de Madrid 2002.

Tiempos de cambios

Los sistemas de salud, (OMS. 2003, pp. 35) suelen justificarse principalmente por razones de equidad y solidaridad, en virtud de que todos los individuos con una misma necesidad reciban o tengan acceso a los mismos servicios en las mismas condiciones (equidad horizontal). En tanto la equidad vertical entiende que individuos con distinto grado de necesidad reciban los recursos adecuados a la misma, por ejemplo, un sistema que cubriese correctamente las enfermedades agudas pero no las crónicas, violaría el principio de equidad vertical.

La Institución hospitalaria se enfrenta a las manifestaciones de una "nueva cuestión social" (Castel, 1997) que pone en tela de juicio la capacidad de respuesta de políticas sociales, entre ellas las correspondientes a la tercera edad, construidas a lo largo de los siglos XIX y XX.

Dado que desde septiembre de 2009, el Hospital Interzonal General de Agudos "Evita" ha experimentado un cambio en el perfil de la demanda debido a la incorporación del beneficiarios del INSSJyP y de su Programa Médico Integral (PAMI), la solicitud de atención y las internaciones de personas mayores de edad ha aumentado considerablemente, así como la atención de patologías propias de la edad avanzada con las consecuentes discapacidades y cronicidad. Es decir el perfil de atención hospitalaria está cambiando. Por lo que esta problemática se está presentando con

mayor frecuencia, interpelando la necesidad de buscar diversidad de alternativas y estrategias de acción, respecto a los egresos y las estancias. Cuando se fusionan exclusión social y vejez, en una institución pública de salud se impone el problema referido a las intervenciones en tanto el reconocimiento discursivo de los aspectos sociales y al mismo tiempo su negación, y por ende su incompreensión en la práctica, resultando intervenciones unidisciplinarias, procesos de trabajo fragmentados y reduccionismo (Bialakowsky, A. y otros, 2003)

La exclusión y las personas afectadas por ella, en cierto modo, importunan, molestan a los ciudadanos, porque les presentan una faz en la que no se quieren reconocer y de la que quieren huir, a trabajadores y educadores sociales y a otros profesionales porque les recuerdan los límites y las dificultades de su trabajo; a los responsables políticos porque en parte los deslegitima; y a los medios de comunicación porque no acostumbran a ser noticia (Zeggar, 2000).

“La intervención implica temporalidad en cuanto a que se da en un contexto que posee historicidad” .No se puede partir de un análisis de la modalidad de intervención sin ver y entender primero el tipo de políticas sociales que conforman el contexto socio-económico en el cual está inserta la institución y desde la cual intervienen los profesionales de salud (Carballeda, A. 1996 pp. 58)

La adecuación de la estancia hospitalaria y la identificación de las causas que determinan las permanencias innecesarias, son instrumentos que posibilitan la optimización de los recursos existentes. Disminuir la utilización inapropiada del recurso cama es importante para mejorar la eficiencia hospitalaria, mejorando la calidad de la atención

CAPITULO 1

La inadecuación de los hospitales públicos como proveedores de cuidados de larga duración

La libertad y la salud son dos bienes imponderables que por su misma inmaterialidad, sólo se aprecian, en su valor inmenso, el día en que se los pierde
Dr. Ramón Carrillo

El rol del estado en la salud pública

Durante el dominio español las primeras instituciones hospitalarias tuvieron espíritu comunal y su administración estaba a cargo de las hermandades vecinales. En los primeros gobiernos criollos comienza a darse la paulatina estatización de los hospitales. Durante el gobierno de Rivadavia se estableció un reglamento que instituía las juntas hospitalarias y se desplazaba la administración de las instituciones con base comunitaria y religiosas.

En sucesivos gobiernos nacionales, la administración de los hospitales transita por descentralizaciones (en tanto titularidad y responsabilidades) a nivel provincial y local. En 1806, se inaugura el primer hospital nacional. Durante los próximos 20 años se establecen unos 16 (diez y seis) hospitales más, en su mayoría con un criterio de aislamiento o concentración de crónicos.

Prevalece en esos tiempos un pensamiento de policía médica que debía sitiar a aquellos que constituían un peligro para la sociedad.

La llegada del Peronismo al poder, aparece como un punto de inflexión en la concepción de salud con la instauración de un Estado de compromiso, dando impulso a la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública (Tobar, F. 2001). Se designa al Dr. Ramón Carrillo quien asume en 1949 como Ministro de Salud Pública y Asistencia Social quien propone un único seguro de salud para toda la población y la creación de centros de salud con el desarrollo de actividades de prevención y educación. Aunque estos proyectos no llegaron a su concreción en su totalidad sentaron las bases

imborrables de un modelo a tener en cuenta respecto de los servicios de salud del país.

En la actualidad, y acentuada la retracción del Estado en la salud pública, el hospital deja de ser universal para ser un establecimiento asistencial con énfasis en la atención de la población más carenciada, pero desde un modelo de autogestión a partir de la impronta neoliberal, debe abrir su atención a los afiliados de obras sociales quienes sostendrán el financiamiento del hospital.

En 1996 se pone en práctica el Programa de Reformas del Sector Salud (PRESSAL) dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación quien ejecuta una serie de actividades de mejoramiento de los efectores del sub-sector público ubicados en distintas jurisdicciones provinciales, mediante un préstamo otorgado por el Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento (BIRF) por U\$S 101.400.000.

La situación actual de los hospitales públicos tanto financiera como ediliciamente da cuenta de lo insuficiente de los recursos económicos recibidos y se plantea la necesidad de reevaluar la partida presupuestaria dada el aumento de la demanda de atención sanitaria por parte de la población mas vulnerada.

El Hospital "Evita", identidad y perspectiva. El ayer y el hoy.... ¿Algo en común?

El Hospital "Evita", depende de la Región Sanitaria VI. Es una de las doce regiones Sanitarias dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. Se trata de un nosocomio interzonal de agudos, emplazado en el primer cordón del conurbano bonaerense, ubicado el partido de Lanús. Al noreste de la Provincia de Bs As, lindando con los partidos de Avellaneda, Quilmes, L. de Zamora y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; ocupando un predio de 45 km² en total.

La Región Sanitaria VI ha brindado un diagnóstico de situación respecto a la localidad de Lanús-año 2008 a través de la Subsecretaría de Planificación de la Salud-Dirección de Información Sistematizada). Mencionado diagnóstico expresa que más del 50% de las consultas e internaciones provienen del partido de Lomas de Zamora. La institución tiene un nivel de complejidad VIII⁴ y posee 306 camas de internación. La misión de la institución está definida por brindar asistencia gratuita de mediana y alta complejidad,

⁴ Los hospitales provinciales tienen una numeración que va de 1 a 8 de acuerdo al nivel de complejidad y tecnología que posean para brindar atención a sus pacientes. NIVEL 8: Amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad, que incluyen servicios como radioterapia, medicina nuclear y terapia intensiva. El espectro de especialidades que cubre le permite resolver por sí mismo la mayor parte de los problemas médicos

a la población que padece patologías agudas, ya sea que se encuentre internada en el Hospital o que concurra al mismo de modo ambulatorio; donde se ejerce la docencia a técnicos y profesionales del arte de curar en pre y postgrado y donde se realizan tareas de investigación dentro de pautas éticas.

Respecto a la visión, el hospital persigue la atención masiva de la comunidad con mejora continua de la calidad de manera gratuita, solidaria y participativa. Forma parte de una red local y regional dentro de los programas desarrollados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Son objetivos específicos: contar con personal capacitado en constante perfeccionamiento, incorporar el equipamiento médico actualizado para la mediana y alta complejidad, disponer de los insumos necesarios para actuar dentro de normas de diagnóstico y tratamiento preestablecidas, y realizar mejoras edilicias y en el mobiliario que resulten pertinentes.

En 1946 el país contaba con 66.300 (sesenta y seis mil trescientas) camas hospitalarias, y en 1951 se incrementan a 114.000 (ciento catorce mil), siendo estas cifras enunciadas en un mensaje al Congreso de la Nación en el año 1952, por el presidente J. D. Perón, que dan cuenta del mejoramiento de la Salud Pública. A su vez en el mismo anuncia la proyección de Policlínicos modelos, como aportes de la Fundación de la Ayuda Social Eva Perón.

En 1946 el equipo del Dr. Ramón Carrillo, alertaba acerca del número de camas disponibles y demostraba un déficit de 100.000 camas respecto del número de habitantes del país de entonces.

La realización del plan sanitario concebido por el Dr. Ramón Carrillo comprendía tres etapas a realizarse paralelamente y respondiendo al estado de necesidad de cada zona del territorio, ya que existían tremendas diferencias entre la capacidad de camas hospitalarias y población enferma. Según el pensamiento del Dr. Ramón Carrillo: "En una primera etapa se pretende atender a los enfermos ya existentes y que representan uno de cada 100 habitantes; para ello se debe construir todos los hospitales que hagan falta, aun cuando los higienistas nos digan que con hospitales no resolvemos la salud del pueblo". Sostenía que hasta que las organizaciones sanitarias no se perfeccionen y lleguen al nivel que deben alcanzar, no se podría prescindir de los hospitales. Proclamaba evitar que la gente se enferme o tomar precozmente a los pacientes en momentos en que bajo un aspecto de buena salud, ocultan un mal evolutivo y desconocido por el mismo interesado. Apostaba a la medicina informativa, la cual tiene por objeto adoptar las medidas necesarias para que el hombre argentino nazca

fuerte y se desarrolle sano, con sentido de la vida tal que le permita ser feliz en el trabajo y gozar de los pequeños y modestos placeres de la vida.

El Congreso Nacional sanciona en 1947 las leyes 13012 y 13019 que darán marco legal y operativo al Plan Nacional de Salud.

La Fundación Eva Perón en colaboración con la política sanitaria nacional, planificada por el Dr. Carrillo, financia la construcción de 22 (veintidós) policlínicos de un total de 35 (treinta y cinco) que tenía proyectados, todos ellos distribuidos en diferentes puntos estratégicos del país, brindando atención gratuita, permanentemente y con moderno equipamiento.

En 1948 el partido bonaerense de 4 de junio, tal cual se denominaba por entonces al núcleo poblacional del actual partido de Lanús, Remedios de Escalada y Valentín Alsina, formando parte de Gran Buenos Aires poseía una población estimada de 320.000 (trescientos veinte mil) habitantes. Los servicios asistenciales eran escasos e insuficientes, no existiendo camas de internación ni servicios de maternidad puros.

Finalmente el 30 de agosto de 1952 se inaugura el Policlínico Evita. En 1955, durante el gobierno militar autodenominado Revolución libertadora⁵ le fue substituido el nombre del nosocomio, por Policlínico Aráoz Alfaro, hasta el año 1988 en que se restituyó como "Evita".

Allí se inserta el hospital Interzonal de Agudos "Evita" con esa historia que lo identifica y en ese territorio que le es intrínseco. Es el territorio el que constituye los vínculos reales entre la institución hospitalaria y su entorno, flujos de relaciones gracias a los cuales el afuera y el adentro del edificio se mezclan y se desvanecen sus fronteras a la vez que se afianzan (Álvarez Pedrosian, 2009)

El hospital público se ha constituido "el pico del embudo" (Llovet, 1985) de todo el sistema salud, donde han convergido los desvinculados del mercado y de las obras sociales con los usuarios de siempre. El hospital continúa siendo el principal efector del sistema de salud aun con serios problemas de accesibilidad, reforzando la tendencia de buscar atención sanitaria cuando se ha llegado a un momento crítico.

En los primeros años del siglo XX la adecuada atención de la población en los hospitales generales se veía obstaculizada por la larga permanencia de inválidos y enfermos crónicos sin familiares ni recursos principalmente inmigrantes de ultramar.

⁵ La Revolución Libertadora es el nombre con el que se autodenominó la dictadura militar que gobernó la República Argentina tras derrocar al presidente constitucional Juan Domingo Perón, clausurar el Congreso Nacional y deponer a los miembros de la Corte Suprema, mediante un golpe de Estado iniciado el 16 de septiembre de 1955 y que, tras más de dos años de gobierno, hizo entrega del mismo al presidente Arturo Frondizi, el 1 de mayo de 1958

La situación se presentaba como un grave problema por tanto en 1917 se inauguró el Hospital de Crónicos y convalecientes de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires. Otros como los hospitales de colectividades extranjeras frente a la misma dificultad, optaron por construir anexos para descomprimir los hospitales agudos de aquellos enfermos crónicos sin familia, los cuales de modo "natural" se fueron transformando con los años en hospitales de geriatría, como por ejemplo el hospital Martín Rodríguez de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires.

En aquellos años estos nosocomios se ocupaban de lo que hoy se denomina vejez frágil o dependiente desamparada. Es decir estaban claramente identificados los menos favorecidos de aquellos que contaban con recursos familiares y económicos.

Este panorama sentó las bases para el desarrollo de la geriatría en la medicina argentina como especialidad, promoviendo la visión de la vejez como una etapa particularmente conflictiva de la biografía personal, caracterizada por las enfermedades crónicas, la pobreza, el abandono y la exclusión social, (Redondo, N. 2009)

Promediando la década de 1990 el Hospital "Evita" contaba con una sala de internación espacialmente separada del resto de las salas. En el organigrama hospitalario correspondía al servicio de otorrinolaringología, pero en la praxis eran "depositadas" aquellas personas "internadas por causas sociales". Viejos, sucios, indigentes, adelgazados, vagabundos, muy pobres, eran algunas de las características que los perfilaban bajo la categoría de "sociales".

La palabra depósito no la utilizo aquí como una metáfora sino literalmente. Las personas "allí ubicadas", no eran receptores de la atención médica, estaban invisibilizados, aún para aquellos que debían prestar los servicios básicos que requiere una internación hospitalaria (higiene, tanto de la persona como del ambiente, cuidados mínimos, etc.), permaneciendo incorpóreos por días y días, hasta en algunos casos el fallecimiento.

Sujetos sin nombres, sin palabras, sin demandas, sin quejas, sin derechos a recibir atención adecuada. Ser "paciente social" los disgregaba de la necesidad, y del padecimiento.

Las denominación, es decir el conjunto de sus descripciones, implican por un lado un esbozo de identidad socialmente establecida, ya que toda definición implica una serie de controles sobre su desenvolvimiento de los individuos imponiendo normas acerca de lo que significa tener cierta edad ,(Iacub, R. pp. 8. 2008) y en este caso ciertas características sociales comunes. Esto de ninguna manera favorece la salud del paciente, por el contrario contribuye a su deterioro en función de su marginación familiar y social.

En toda situación institucional se da una confrontación, a manera de tensión, entre lo individual y lo colectivo. La asimetría entre profesionales de la salud y el paciente no es mera formalidad social sino una condición existencial de profundas implicancias éticas. Mediar para resolver esta tensión se imponía como desafío y como punto de partida de la visión interdisciplinaria, interviniendo con instrumentos y metodologías específicas para lograr la promoción integral del sujeto internado.

Una década después, y transitando un proceso institucional, la mirada del equipo de salud en relación a la presencia de personas con historias de vida, con nombre, con un cuerpo y con palabra, se imponen en principio espacialmente integrados al sector de internaciones, aunque con salas informalmente destinadas para ellos, para "los sociales", siendo una reproducción del modelo de exclusión dentro del ámbito hospitalario, localizando a determinados pacientes en áreas específicas. Pero ahí están, mas cerca, obstaculizando el paso, más nombrados, siendo mirados y mencionados al menos por efecto del sentido del olfato.

Desde el Servicio Social este proceso se inicia con la creación del equipo de interconsulta que surge ante la necesidad de ordenar las demandas de intervención frente a las consultas del equipo médico y de, entre otros objetivos, socializar junto al equipo de salud el reconocimiento dentro del proceso salud-enfermedad de las implicancias del modelo de exclusión, así como los valores antropológicos de la cultura de la pobreza.

La incorporación de cápitales de PAMI, demanda más internaciones y atención ambulatoria de adultos mayores, entonces aparece el prejuicio, las representaciones sociales, los problemas de la dependencia vs autonomía, las disfunciones familiares frente a la vejez.

El reconocimiento como sujetos de derechos más allá de su condición social, desafiando a las instituciones de salud en pos de una atención integral. Por tanto, como hace un siglo atrás se impone la necesidad de implementar instrumentos presentados por la Gerontología frente a una realidad que día a día se vivencia en la institución hospitalaria, donde el equipo de salud y los sujetos que demandan satisfacer el derecho a la salud, se conjugan en un sistema sanitario que debe diversificarse en funciones muy distintas respecto de la especificidad para el que fue creado.

¿Por qué hablamos del uso inadecuado de las camas?

La permanencia y prolongación de internaciones en pacientes con alta médica, se ha instalado como preocupación y tema de agenda en los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires.

La población hospitalaria denominada "pacientes sociales o crónicos" puede ser definida como personas que por alteraciones en su plano social adquieren enfermedades orgánicas, impidiendo por la estrecha interacción de ambas alcanzar el pleno estado de salud

Algunos de ellos son internados compulsiva e indefinidamente por el Poder Judicial pero que luego se desentiende de formular una verdadera instancia de resolución definitiva, delegando por omisión dicha acción, en el Hospital/Ministerio de Salud. En la práctica nos encontramos con incongruencias de criterios en la intervención interministerial (Salud, Desarrollo social, Judicial), endilgar entre sí responsabilidades que les son propias. Otros ingresan por el servicio de guardia con patologías que requieren internación pero que superada esta instancia permanecen en la institución por diferentes causas. Este retardo en el egreso y su reinserción social produce un perjuicio para sí y la comunidad.

Actualmente, en los Hospitales Agudos de la Provincia, de Buenos Aires, este grupo de pacientes ocupa entre el 3 y 4 % de la oferta de camas con un promedio de estadía muy superior a los 14 (catorce) días de internación que habitualmente requiere una patología aguda.

Esta situación se repite en los neuropsiquiátrico respecto a la alta incidencia de la pobreza en la institucionalización, según informan distintas autoridades del sistema de salud entre el 60 y el 90% de las personas que hoy se hallan privadas de su libertad en instituciones psiquiátricas son también "pacientes sociales", que permanecen internadas porque no tienen "dónde vivir". La crisis económica del año 2001 incrementó el número de personas que solicitaban asistencia de salud mental en el sistema público, dificultando aun mas el funcionamiento de por sí deficiente del sistema.

Álvarez Pedrosian (2009), describe a las situaciones de internación hospitalarias como un ámbito de interacciones humanas, de instituciones articuladas en él, de necesidades como la salud, de acuerdo a prácticas como la medicalización y la internación, de producción de sentido y de valor en acciones que se debaten en situaciones críticas. Durante la estadía en el hospital converge la historia personal,

familiar, que frente a la enfermedad emergen, incidiendo de alguna u otra manera en el éxito de tratamiento médico y la recuperación del estado de salud.

El propio proceso de salud-enfermedad-asistencia, es cultural en todos sus términos y relaciones (Romero Gorski, 1997:33), en tanto determina y es determinante para la configuración de formas de ser, cristalizadas en sistemas de significación, relaciones de poder y procesos de subjetivación.

El hospital como instancia asilar: ¿Una estrategia del sujeto o la única opción?

Una persona adquiere características de cronicidad cuando la institución pasa a cumplir un lugar de hospedaje para éste, dada la falta de soportes externos que permitan su restitución al espacio social del cual era originario.

Un artículo publicado en la Revista Investigación en Salud (2002 Vol. 5 número 1 y 2) hace referencia a las nuevas y viejas formas de cronicidad en salud mental y donde se presume que las internaciones crónicas separa definitivamente al paciente del espacio social público; se debería poder detectar las trayectorias sociales de estos pacientes, o situaciones que pongan al descubierto previos procesos de exclusión social que tengan la fuerza de erosión de vínculos y soportes suficientes como para conducirlos al espacio privado de la institución y ya no restituirlos al espacio público extramuros. Vale decir que antes de la internación de los pacientes, deben haber operado otros procesos de marginación social, que resultarían visibles a partir del análisis de índices de pobreza y exclusión del juego de intercambios sociales presentes en las personas que se internan en el Hospital.

En esta coyuntura aparece el reflote de la vulnerabilidad social en tanto precarización del trabajo y la fragilización de los soportes relacionales. Esta zona entre integración-exclusión renueva al menos la problemática de la marginalización identificando a aquellos que están fuera del sistema productivo. En esta restructuración del aparato reproductivo la precarización del mercado de trabajo acompaña un deterioro de los soportes relacionales que aseguran una protección próxima. La inserción de un individuo depende al mismo tiempo de su inscripción en la familia y en una red relacional más amplia. Se fragiliza la estructura familiar y esta va frecuentemente aparejada a situaciones de deterioro de las redes de sociabilidad. Podemos pensar en

pluricausalidad cuando se caracteriza a los pacientes crónicos pero podría tener mas sentido realizar un corte transversal en el proceso que abrió alrededor de ellos un vacío social.

Los registros hospitalarios obtenidos por las historias clínicas refieren que los pacientes con características de cronicidad, ingresan generalmente al hospital por accidentes y/o encontrados en la vía pública, las características más comunes son:

- Desvinculación y/o falta de su familia de origen o ampliada, ausencia de personas o institución (obra sociales, caja de previsión, etc.) responsable de los mismos, ausencia de documentación
- Deterioro físico, consecuencia de la patología que motivo la internación.
- Larga permanencia sin controles médicos y sin cuidados adecuados mínimos, que derivan en el agravamiento del estado general (escaras, amputación, hospitalismo, etc.)

Cuando el equipo médico determina que se encuentra en condiciones de alta y el paciente no egresa, es trasladado a un sector ubicado en uno de los extremos de la institución donde se concentra a los pacientes con características "sociales" y donde quedan a la espera de la resolución para su egreso. El traslado surge implícitamente y con el acuerdo del coordinador del área de internación dado que en ese sector la vigilancia de enfermería es mínima, considerando la situación de alta médica dado que, son pacientes que requieren cuidados mínimos. En este sector permanecen hasta su egreso, su muerte o la reinternación en el sector de agudos dada la evolución de su posible deterioro general.

¿Qué ocurre en el sujeto cuando el hospital se constituye en una instancia asilar?

- Pérdida de lazos y roles sociales
- Pérdida de sentimiento de pertenencia
- Hospitalismo⁶
- Aislamiento social
 - Deterioro del estado general/compromiso en la nutrición
 - Se interpela el rol de las redes sociales
 - Dificultades en la reinserción social

y en la institución ?:

- Surgen las intervenciones unidisciplinarias y procesos de trabajo fragmentados

⁶ Término referido a aquellas conductas que manifiestan los individuos a partir de la permanencia continuada en instituciones ,caracterizada por: apatía, falta de iniciativa, pérdida del interés, sumisión, falta de expresión de sentimientos, incapacidad para planificar, deterioro de los hábitos personales, pérdida de la individualidad y aceptación resignada de la realidad (Spitz R 1945)

- Re-negación de la condición de paciente
- Valoraciones de costo-beneficio

“Y... no sé que tengo” (Álvarez Pedrosian ,2009, Pág. 195) es el enunciado preferido por pacientes adultos mayores y desvalidos internados por largo tiempo y adaptados a la vida dentro del hospital, y que sintetiza el rol del diagnóstico como faro que direcciona sus acciones, como discurso que da sentido al paciente para el cual la situación se torna evidente. Cuando este falta (el diagnóstico), más allá de la posibilidad de la existencia de varios y contradictorios, no se sabe que esperar, saber y hacer; y si se está internado y afuera no se tiene mas que un capital social mínimo, el hospital se convierte en un lugar para quedarse a vivir.

El siguiente cuadro da cuenta de los efectos y las causas de la prolongación de la estancia hospitalaria, presentado en forma grafica.

PROBLEMA FONDO	DE	MANIFESTACIONES Factores indirectos	FLUJOS (EFECTOS) (*)
-Agotamiento o inexistencia de instituciones de derivación	o de	- Alargamiento de la estancia hospitalaria	-Hospitalismo -Fallecimiento del paciente -Agravamiento del estado general.
-Internaciones compulsivas e indefinidas por el poder judicial		- Caos normativo institucional - Quite de colaboración de enfermería	-Asignación al servicio social del poder de resolución del alta
-Inexistencia de una política social integradora para y con la tercera edad		- Complejización de las estrategias al momento del alta médica	- Complejización en la red de resolución
-Modelo hegemónico	médico	-Obstaculiza el interdisciplinar - Atención deshumanizante	-Definición ambigua de “paciente” (social, crónico) - Atención disgregada del paciente - Invisibilización
Marco teórico/ideológico institucional deshumanizante		- Invisibilización del paciente crónico - Etiquetamiento	-Se toman como “naturales” el estado de desvalimiento

(*) Guía de la Práctica del Trabajador Social – CELATS Humanitas- 1985

Vejez, morbilidad, calidad de vida y discapacidad

Los pacientes "crónicos" internados en el hospital "Evita" una vez superado el riesgo sanitario que determinó su hospitalización, se enfrentan al riesgo de no poder afrontar las necesidades vitales.

La ganancia en años, trae consigo mayor demanda de servicios de salud. El incremento de la longevidad se debe más a la reducción exitosa de la exposición a enfermedades infecciosas, mejores tratamientos y recuperación más rápida que a las mejoras en los niveles de vida. Es probable que las personas padezcan una limitación de funciones a causa de una o varias enfermedades crónicas. Así lo describe la CEPAL (2011) al referir al aumento de la esperanza de vida sana que sigue siendo inferior en relación a los países desarrollados.

Fernando Perlado (1995), anuncia la hipótesis de Grimley Evans, la cual refiere al índice de medición de calidad de vida denominado "esperanza de vida activa sana". Allí se hace distinción a la diferencia de opiniones respecto a los servicios de salud brindada por prestadores de salud y usuarios. Mientras los primeros están más interesados en disminuir la dependencia, los segundos, en este caso los adultos mayores, hacen primar su interés por mantener la autonomía. El primer concepto podríamos considerarlo como una percepción negativa de la salud, mientras que el segundo concepto una concepción positiva del mismo.

Al hospital público como proveedor lo que le interesa es eliminar en lo posible el bloqueo de camas de agudos, disminuir el volumen de recursos utilizados en adultos mayores y abaratar los costos de los servicios. En tanto que para los usuarios la preocupación se centra en el beneficio.

Hoy por hoy los servicios de salud se enfrentan a un cambio radical en la evolución de las patologías.

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto en este siglo. El incremento en la esperanza de vida, implica alteraciones en los perfiles epidemiológicos. En los próximos años crecerá la demanda de cuidados de salud y adquirirá mayor peso las enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes. La transición epidemiológica (Omram, 1997) explica esta dinámica, donde se experimenta un cambio de las causas de defunción a través del tiempo, desencadenando en una menor incidencia de las enfermedades infecciosas y parasitarias y un aumento de las enfermedades crónicas, degenerativas y otras por causas externas.

La reducción de la mortalidad produjo un envejecimiento de la población; la tasa de crecimiento de la población mayor de 60 años se acelerará durante las próximas décadas produciendo un incremento en los índices de vejez y de dependencia de adultos mayores. Entonces habrá que centrarse en la morbilidad, asociado a factores biológicos, sociales y ambientales que afecta directamente a gran parte de los adultos mayores.

Aparecen con mayor frecuencia las patologías físicas y mentales, diluyéndose cada vez más la frontera entre lo que es estrictamente social y lo estrictamente sanitario.

Se ha logrado retrasar la mortalidad pero en contrapartida aparecen múltiples problemas que requieren la atención prolongada de pacientes. La ganancia en años de vida no ha aparentemente superado un desplazamiento de la morbilidad y la incapacidad.

A mediados del siglo XX las principales causas de mortalidad eran la tuberculosis, el tétano, la fiebre reumática, la viruela, la difteria, la poliomielitis y la neumonía neumocócica. Hoy se sabe que los problemas que acaban con la vida "lentamente", son ocasionados por procesos ateroscleróticos (cardiopatía isquémica, infartos cerebrales, demencia vascular, vasculopatía diabética), demencia por Alzheimer, la diabetes, las fracturas de fémur no consolidadas y no rehabilitadas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

El siguiente cuadro muestra las características distintivas entre las enfermedades crónicas y las agudas⁷

⁷ Diferencias entre las enfermedades agudas y crónicas (Piedrola, Medicina preventiva y salud pública. Editorial Masson-Salvat). Piedrola, Medicina preventiva y salud pública. Editorial Masson-Salvat.

	ENFERMEDADES AGUDAS	ENFERMEDADES CRONICAS
PERIODO DE INCUBACION	CORTO	LARGO
PREDOMINIO	ENFERMEDADES INFECCIOSAS	ENF NO TRASMISIBLES
CAUSAS	UNICAUSAL (físico-químicos)	MULTIFACTORIAL (psico-sociales)
AGENTES CAUSALES	MICROBIOLÓGICOS	SOCIALES- CULTURALES
DEFINICION DEL CASO	FÁCIL	DIFÍCIL
INVALIDEZ	NO INVALIDANTES	INVALIDANTES

Además de los cambios y las limitaciones propios de la edad, el adulto mayor es susceptible a desarrollar padecimientos crónicos, en consecuencia, se pueden incrementar los niveles de discapacidad y dependencia física con repercusiones en la funcionalidad familiar. Aguilar F. (citado en García Tafolla, 2005) señala que las enfermedades crónicas repercuten en la autopercepción del individuo, por tanto, se puede decir que actúan como un estímulo estresor que puede afectar física y emocionalmente a las personas.

Cada persona tiene una manera particular de responder a las alteraciones emocionales, la respuesta adaptativa requiere tiempo y esfuerzo⁸.

El aumento de la edad cronológica trae aparejada una mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles, que se transforman en las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad en todas las regiones del mundo.

Muchas de las enfermedades crónicas aparecen en edades tempranas. La mayoría de ellas están estrechamente ligadas con hábitos de vida poco saludables tales como el tabaquismo, dieta inadecuada, vida sedentaria y algunos factores de riesgos como el stress, condiciones laborales o económicas.

Datos del censo Argentina 2010, da cuenta que el 7,1% de la población registra alguna discapacidad y que este porcentaje se acrecienta con la edad.

⁸ Ma. del Refugio Zavala-Rodríguez María del Carmen Ríos-Guerra Guillermina García-Madrid Claudia Patricia Rodríguez-Hernández Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónicas

Población con discapacidad

Edad	Total	Varones	Mujeres
Total	7,1	6,8	7,3
0-4	1,8	2,0	1,7
5-14	3,6	4,1	3,0
15-29	3,2	3,7	2,8
30-49	4,6	5,0	4,2
50-64	11,2	11,2	11,1
65-74	21,2	22,3	20,4
Más de 75	37,8	35,8	38,9

Fuente: INDEC, 2001

Según un relevamiento más detallado, realizado en nuestro país en el 2003, de las personas con discapacidad en la edad económicamente productiva, aproximadamente el 28% corresponde a jefes de familia.

En cuanto al tipo de discapacidad, la que prevalece es la motora (41,9), creciente con la edad, y la menos prevalente es la mental (16,4), decreciente con la edad, con algunas diferencias según las zonas geográficas

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud adoptada por la OMS desde 2001 define dentro de la experiencia de la salud, a una discapacidad como toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen de lo que se considera normal para un ser humano y a las limitaciones de la actividad que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.

Así, una nueva concepción de la discapacidad implica comprender que:

- Es el resultado de la interacción de la persona con su entorno.
- Que es fluida, continua y cambiante dependiente de los apoyos disponibles.

A partir de la evolución en las caracterizaciones sobre la discapacidad, se plantea una nueva forma de pensar la misma, cuyos principales aspectos podrían ser:

- la discapacidad de una persona resulta de la interacción entre la persona y el medio ambiente en que vive
- un paradigma de apoyo que remarque la prestación de servicios a las personas con discapacidades y se centre en la vida con apoyo, en el empleo, y en la educación integrada.

- el desplazamiento hacia una aproximación no categórica de la discapacidad, que se focalice en las conductas funcionales y en las necesidades de apoyo de las personas sin tener en cuenta solo sus diagnósticos clínicos.

Los recursos de apoyo son: personales, de otras personas, tecnológicos, y de servicios. En España, el 1° de enero de 2007, entró en vigencia la ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley de dependencia), que se instala como criterio de Derecho de todos los ciudadanos y ciudadanas de ese país.

Allí se define como una persona dependiente a aquella que precisa de los cuidados y atención de otra de forma más o menos continuada, o cuando requiere de ayudas materiales (sillas de ruedas, cama articulada, cuna, silla de paseo, etc.) para realizar actos tan básicos en su vida cotidiana como, andar, vestirse, comer, relacionarse, protegerse de peligros externos, etc.

En la misma ley distinguen distintos desencadenantes de la dependencia, clasificados en:

- Físicos, relacionados al deterioro motivado por el deterioro progresivo del organismo por el envejecimiento en las personas mayores, o por ciertas enfermedades, o aquellas discapacidades producidas por accidentes de tránsito, laborales, domésticos, etc.
- Psíquicos, afines al déficit intelectual, o trastornos de la personalidad, producido por alteraciones afectivas.
- Contextuales, que hacen referencia al entorno físico donde vive la persona. A las barreras arquitectónicas, la escasez de ayudas de tipo económicos o profesional y la falta de recursos de contención que inciden en las dependencias como a las actitudes y comportamientos de las personas cercanas que pueden favorecer o limitar su autonomía

Las enfermedades crónicas evolutivas o degenerativas impactan de diferente manera en las personas generando en algunas de ellas dependencia o discapacidad, y en otras no dañan su autovaloramiento.

Más allá de ello según Salvá R (2010) se asocian al padecer enfermedades crónicas diferentes pérdidas, produciendo distorsión en la vida de la persona sobre aspectos personales, familiares y sociales.

La autora refiere que en el área personal el individuo presenta:

- Malestar físico y emocional.
- Cambios en los patrones de sexualidad.
- Pérdida de la independencia.
- Modificaciones en la escala de valores y filosofía de vida.
- Alteraciones en la autoimagen.
- Sentimiento de impotencia y desesperanza.
- Miedo a lo desconocido.
- Respuestas depresivas, de negación o de agresividad.

Mientras que en lo familiar se produce una pérdida del equilibrio familiar, manifestado por:

- Pérdida del rol del enfermo.
- Cambios en el rol de los demás miembros de la familia.
- Separación del entorno familiar.
- Problemas de comunicación en la familia.

Y en lo social los problemas que surgen son,

- Cambio o pérdida de status social por la pérdida o cambio de trabajo.
- Aislamiento social.
- Cambio en el nivel socioeconómico.
- Cambio en la utilización del tiempo libre

Apoyo y redes sociales

Es necesario distinguir entre redes y apoyos sociales, ya que las redes sociales pueden ser consideradas como prácticas simbólico-culturales que incluyen el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto (Guzmán, Huenchuán Navarro y Montes de Oca, 2003). Esta definición se centra en el tipo de relaciones sociales, los actores involucrados y los vínculos interpersonales de los cuales pueden o no resultar apoyos sociales.

En cambio los apoyos sociales son un conjunto de transacciones interpersonales o transferencias (que pueden ser materiales, instrumentales, emocionales y cognitivas) que operan en las redes, presentándose como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula.

Los mismos autores distinguen entre formales e informales a las redes de apoyo social. Las formales provienen de organismos gubernamentales ó no gubernamentales, es decir de organizaciones. Mientras que los apoyos informales son los apoyos provenientes de la familia, los amigos, vecinos, conocidos y de la comunidad.

Los apoyos informales, pueden clasificarse en cuatro tipos:

- Los apoyos materiales implican un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas) y no monetarios (vivienda, alojamiento, comidas, regalos, ropa, pago de servicios).
- Los apoyos instrumentales se dan a través del transporte, la ayuda en labores del hogar, el cuidado y acompañamiento.

Los apoyos emocionales se expresan por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia o a la amistad, la preocupación por el otro, el reconocimiento de roles; y pueden tomar distintas formas, como visitas periódicas, transmisión física de afectos o una actitud de escuchar.

- Los apoyos cognitivos se refieren al intercambio de experiencias, a la circulación de información (significado), a dar consejos que permitan entender una situación.

En estas redes se generan mecanismos de intercambio haciendo del mismo dinámico el entramado social que se genera. (CEPAL- CELADE 2006).

La posibilidad de las personas mayores de recibir ayuda de sus descendientes para el desarrollo de las actividades funcionales e instrumentales de la vida diaria es el resultado de las circunstancias demográficas y sociales predominantes en décadas pasadas, las cuales se han ido modificando sustancialmente. Entre los principales cambios se encuentran:

- La fuerte disminución de la fecundidad que reducirá el tamaño potencial de la red de apoyo familiar con que contarán las personas mayores a futuro. Las generaciones que actualmente están prestando ayuda a sus antecesores, no tienen la misma probabilidad de recibir ese apoyo por parte de sus descendientes (Huenchuan y Guzmán, 2007).
- La incorporación plena de la mujer al trabajo extradoméstico disminuye la disponibilidad de un recurso que por su condición de género ha tendido a estar sobrecargado con funciones de cuidado. Este cambio trae consigo una disminución de la capacidad de prestar una serie de servicios de asistencia a los miembros con

algún nivel de dependencia, siendo necesario recurrir a servicios externos que reemplacen a las parientes femeninas en esta tarea (Maldonado y Hernán, 1998).

- El aumento de la esperanza de vida implica que la etapa de la vejez se prolonga. Las familias han de ocuparse de sus miembros mayores por más tiempo y las mujeres irían envejeciendo a la vez que cuidan a sus descendientes y ascendientes.

Sin duda estos cambios tienen repercusiones en la dinámica familiar a la hora de brindar ayuda directa a las personas que padecen alguna discapacidad o están afectadas por enfermedades crónicas.

La posibilidad de la construcción de redes sociales depende entonces de una multiplicidad de factores. La oferta de los apoyos sociales formales obedece a la existencia de recursos acorde a las necesidades de los sujetos, y los informales al capital social en este caso del adulto mayor.

La inexistencia o precariedad de estos elementos condicionará la calidad de vida de las personas afectadas por alguna discapacidad o afectadas por una enfermedad crónica.

CAPITULO II

El devenir histórico en la situación actual de algunos adultos mayores

Recorrido histórico

El estallido social del año 2001 fue la eclosión de un proceso iniciado durante la década del 1980. La economía argentina se desmorona, se desequilibra frente a la recesión prolongada, alta inflación, caída de remuneraciones reales y el deterioro sostenido de las condiciones sociales y materiales de la vida.

Bustelo-Isuani (1990) anunciaban: "El estancamiento crónico y el escaso dinamismo de la economía han creado un sentimiento dramático de proximidad de una catástrofe o al menos, de que todo equilibrio, aunque doloroso, es por naturaleza precaria".

Datos aportados por la CEPAL, revelan que la pobreza en Latinoamérica y el Caribe ascienden a 210 (doscientos diez) millones de personas, y ha sufrido en la década de 1990 un incremento del 6%. En la Argentina, la pobreza creció, según datos oficiales, en 200.000 (doscientas mil) personas entre mayo y octubre de 1998. Cifras éstas arraigadas a los coletazos de la globalización, en tanto proceso económico, tecnológico, social y cultural que alienta el libre comercio, las privatizaciones y fusiones entre empresas (multinacionales). Los riesgos de este proceso pueden palpase en los desequilibrios económicos, sociales y territoriales.

Diferentes autores discrepan en relación a la viabilidad de la globalización, provocando reacciones y críticas opuestas. No es tema de este trabajo analizar dichas posturas, simplemente se tomará la realidad en relación al impacto social que ha producido este proceso, aumento de la pobreza, desempleo, subempleo, inseguridad laboral, disminución de la cobertura del seguro médico, haciendo huellas en los estratos más vulnerables de la población.

En este contexto se reformula el objetivo de las políticas sociales de los años 80 (Lo Vuolo 2002), donde se pretendía disminuir la incertidumbre, la distribución progresiva de los ingresos y la movilidad social. La irrupción de la crisis apremia a postular un objetivo casi excluyente "atender las situaciones de pobreza extrema", dejando atrás el carácter universalista de décadas anteriores.

Las políticas sociales argentinas durante la última mitad del siglo XX y comienzo de éste han evolucionado desde la tendencia a la integración-universalización de derechos hasta la "exclusión asistencializada" a través de políticas focalizadas. Focalización, descentralización y privatización, constituyen los principales puntos de las reformas de las políticas sociales actuales (Hintze, S pp41 2006),

La cantidad y la calidad de los servicios sociales se ven en jaque a partir de la crisis fiscal. El estado de Bienestar deja de manifestarse, de hacerse presente. La informalidad, la precarización del trabajo, provoca los primeros damnificados, los excluidos de las políticas públicas, los sin lugar en el modelo socio-económico vigente. En ese contexto las políticas sociales no encuentran lugar en la agenda de prioridades.

La organización familiar también se mostró conmovida por los cambios políticos y sociales a nivel mundial. Susana Torrado (2003), distingue dos períodos. El primero que va desde fines del siglo XVIII hasta principio de la década de los años 60, y que transita paralelo al desarrollo de capital industrializador, donde la organización familiar se caracterizó por la formación de parejas fundadas en el amor (y ya no en el linaje o alianzas) y la vida familiar se centraba en las relaciones interpersonales de sus miembros. Se instituye el matrimonio como institución que resguardaba la perpetuidad del vínculo y los hijos eran privilegiados en su desarrollo. Era visiblemente marcada la división del trabajo entre el hombre y la mujer ubicando a esta como reina del ámbito doméstico, la reproducción y la socialización de los niños.

La universalización de la seguridad social (inherente a la condición de asalariado, tuvo impacto en la familia popular en tanto garantizaba la reproducción cotidiana del trabajador y su familia (previsión contra accidentes, enfermedad, vejez, muerte, asignación familiar, subsidio por maternidad, etc.). Se encontraban protegidos por una transferencia de derechos.

A mediados de la década de 1960, la misma autora marca el inicio del segundo período con características distintivas respecto a la organización familiar. Alude a cierta individualización de los ciudadanos en relación al alejamiento de los mandatos y sujeciones institucionales (religión, saber político, organización sindical, etc.). Se experimentaba una progresiva autonomía frente a la reflexión y acción individual.

En Argentina, durante la expansión del modelo agroexportador, la llegada de los inmigrantes y la urbanización proporcionaron los lineamientos para que el liberalismo gobernante pautara criterio a fin de asegurar la reproducción de la población, su disciplinamiento y la integración social, en pos de enraizar, nivelar e integrar la gran masa de los recién llegados arraigando el ideal de la familia cristiana. Para fines de la

década del 30 nuestro país había recorrido lo esencial de la primera transición demográfica y había sentado las bases para el desarrollo ulterior de la familia moderna.

Durante el modelo capital-industrializado florece la relación salarial y se adoptan políticas sociales similares a las de Europa después de los años 30.

La población accede entonces al seguro social que los inscriben en un orden de derecho que actuaba además como elemento disciplinador.

Durante el Estado de Bienestar la familia moderna se había generalizado en todos los estratos sociales urbanos.

A partir de los años 60 comienzan a surgir comportamientos que distan de los patrones valorativos del orden social, en referencia por ejemplo a las modalidades de formación de la unión (cohabitación vs. matrimonio), (separación o divorcio vs. perennidad del vínculo), respecto a la filiación de los hijos (no matrimoniales vs. matrimoniales), aumentan las familias monoparentales y las familias ensambladas y la participación de las madres/cónyuges en el mercado de trabajo. Emergen así las familias post-modernas dando comienzo a la segunda transición demográfica.

La llegada del modelo aperturista trae aparejado un costo social: desempleados, subempleados, trabajo en negro, trabajadores precarios y marginales. Resultando un estado de pauperización y control social.

María Eugenia Longo (2004) cita el impacto que los cambios económicos y en el mercado laboral han producido en la sociedad y las consecuencias en las identidades laborales y grupales. Argumenta sobre el lugar medular que ha ocupado el trabajo en la conformación de la identidad y las muestras de integración social dada por la posición ocupada en la estructura productiva, dando muestras del fortalecimiento de las solidaridades colectivas reforzando el vínculo social.

La confiscación de la seguridad social, que provoca aislamiento, desamparo e incertidumbre añade otras formas de vulnerabilidad familiar. De esta manera, las familias que se empobrecieron lo hicieron tanto en términos materiales como en términos sociales.

Escenario político -económico y social (breve reseña desde finales del siglo XIX al hoy)

No podemos analizar la situación actual de los pacientes crónicos que hoy permanecen "asilados" en un hospital de agudos sin conocer el contexto social histórico y económico por el cual transcurrieron y transcurren hoy sus vidas. Describir el hoy, hace inevitable revisar en forma muy resumida, algunos aspectos históricos y determinantes. Para ello, me retrotraeré a finales del siglo XIX, caracterizado por las transformaciones que experimenta la economía a nivel mundial introduciéndose una nueva división internacional del trabajo, y que determina cambios actuales en los aspectos históricos, sociales, familiares, políticos y económicos de nuestro país.

Entre 1870 y 1930 la nación experimenta un incremento vertiginoso del volumen y valor de las exportaciones, el producto nacional, y el producto per cápita, en tanto la incorporación del país a la economía mundial como productora de bienes primarios y la inversión de capitales extranjeros.

La población vive un importante desarrollo social, propiciando una temprana e importante urbanización, y un aumento del índice de habitantes dado por los efectos de la inmigración europea.

En este contexto el perfil de la estratificación social muestra modificaciones profundas durante el modelo agroexportador. Se expande los sectores medios, los cuales se triplican y hasta se cuadruplican en el sector urbano (Torrado, 2003), dándose una importante movilidad social intrageneracional e intergeneracional.

La historia de las políticas sociales sin duda va de la mano con el desarrollo económico del país. Y en esta trama las demandas sociales surgidas solo eran absorbidas por el Estado cuando se advertía comprometido el propio proceso de trabajo

La crisis mundial desatada por el crack de la Bolsa de Nueva York en 1929 pone fin al desarrollo del modelo agroexportador, afectando negativamente el sistema socio-económico que dicho proceso había generado. Sin embargo se sentaron las bases, bajo un régimen de propiedad fundiaria, sobre todo en la zona pampeana, para un futuro desarrollo agropecuario. Aunque también se vivieron consecuencias negativas como el grado de dependencia externa en la que se vio prisionero nuestro país, respecto a la demanda de productos agrícolas y a la entrada de nuevos capitales.

Desde 1930 a 1975 el país inicia un proceso de desarrollo basado en la industrialización sustitutiva de importaciones, con el consecuente impacto en el

crecimiento del empleo y en la transferencia de mano de obra rural hacia los sectores urbanos. Se incrementa el consumo del mercado interno generado por el aumento del salario real. Se pone en práctica medida de redistribución del ingreso que impulsan la demanda interna y la ocupación industrial, y por tanto se requiere de la acumulación.

En referencia a la movilidad social, se expande la educación formal en el conjunto de la población, aunque en forma diferencial según el estrato social al cual pertenecían. El volumen de la clase media es solo un poco más superior al de la clase obrera. Esta última, el estrato obrero asalariado, estaba mayormente integrada por la migración interna.

El Estado se mostraba más comprometido en las políticas sociales de los trabajadores, donde las demandas de estos fueron absorbidas por organismos de Seguridad social.

El modelo justicialista (1945-1975), de carácter distributivo desarrolla una dinámica "incluyente", término que utiliza Torrado S, (2003) a fin de destacar el merito de no segmentar los mercados de trabajo ni excluir a franjas de la población a la hora de beneficiarse con los frutos del desarrollo logrado.

En este modelo el Estado desarrolla su acción en lo económico y social al crear empresas de servicios públicos e incrementar estrategias redistributivas para asignar recursos en educación, salud, vivienda y seguridad social.

Estos aires de buenaventura en el crecimiento industrial empieza a verse afectado por ciertas restricciones estructurales y de coyuntura que terminan derrocando al gobierno justicialista en el cual se había sostenido la acumulación interna de capitales.

Comienza entonces una etapa autoritaria que pone en escena y en esferas del poder a una alianza entre la burguesía industrial nacional y el capital extranjero. La industria sigue siendo lo central para el proceso de desarrollo pero se induce a una industrialización de bienes intermedios y de consumo durable, donde la demanda está asegurada por la inversión, el gasto público y el consumo pomposo de unos pocos de altos ingresos. Implicando un proceso desfavorable en la concentración de la renta. En este periodo de amplía la brecha entre la clase media y la obrera, tanto en su volumen como en su composición. Se experimenta un claro proceso de asalarización de la clase media y de desalarización de la clase obrera (Torrado, 2003). En esta última se advierte el crecimiento del estrato autónomo y también una incipiente evolución de un estrato marginal. El trabajo precario aumenta en ambas clases. Es innegable los aspectos de modernización en la estructura social que trazo el desarrollismo induciendo a un crecimiento económico global pero no se puede invisibilizar el costo de marginar a parte de la población de los logros de ese desarrollo.

Con el final del modelo desarrollista y en un marco político donde se sucedieron diferentes gobiernos de distinto temperamento, aunque con un criterio de políticas económicas comunes se inaugura en 1976 el modelo aperturista.

El periodo dado desde ese año hasta 1983 se caracterizó por el poder de los gobiernos militares que dieron por finalizado la industrialización como objetivo del proceso de desarrollo global y ponen en práctica la apertura a empresas transnacionales en alianza con la burguesía nacional. Esta coalición pone de manifiesto cambios en la estructura social. Crece el empleo urbano que favorece a posiciones autónomas en desmedro de los asalariados. Se acelera la desalarización de la clase obrera y aumenta el estrato marginal.

La movilidad social sufre importantes modificaciones con preeminencia de movilidad estructural descendente (Torrado S ,2003). Desde el punto de vista de los ingresos, la movilidad experimentada por la clase obrera y gran parte de la clase media fue en deterioro. Retrocede el nivel de vida de los fragmentos sociales más humildes no pudiendo garantizar la satisfacción de las necesidades básicas dando lugar a un nuevo fenómeno, el de la pobreza crítica y de exclusión.

La llegada de la democracia en 1983 no logró implementar estrategias que modificaran la situación social y económica heredada. Por el contrario algunos brotes hiperinflacionarios agudizaron la situación de los sectores populares. Esta situación aceleró la llegada al poder de un nuevo gobierno con nuevas políticas de ajuste y con un plan económico de convertibilidad bajo el brazo, que retoma el modelo aperturista de los años 70 pero más exacerbado, que alcanza a controlar la inflación a costa de crear desocupación, subocupación de la fuerza de trabajo, y la fragmentación de la estructura productiva con graves consecuencias sobre la estructura de clases sociales así como en los niveles de bienestar de dicha población, con un deterioro real en los salarios afectando las posiciones relativas en la distribución de la renta, aumentando las desigualdades sociales.

Para fines de los años 90, el país se encontraba en un contexto de empobrecimiento absoluto. Con sectores obreros que vieron afectado su inserción laboral estable y que caían por debajo de la línea de pobreza, la clase media ve afectado su volumen y con fuertes rasgos de desalarización experimentando un empobrecimiento relativo.

El patrocinio de la economía en el proceso salud-enfermedad

La historia de las políticas sociales sin duda va de la mano con el desarrollo económico del país. Con esta premisa (Tobar, García ,2001) distinguen 4 fases de las políticas de salud desarrolladas en Argentina en virtud a los modelos de estado que involucran criterios particulares de ciudadanía y privilegia acciones en desmedro de otras. Ellas son:

a) La Policía Médica

Desplegada en un Estado liberal donde la preocupación por la salud no se centraba en curar a la población enferma sino en evitar la propagación de las consecuencias negativas de la enfermedad y en especial de las epidemias. Se trata de un modelo higienista de intervención del Estado preocupado por "aislar a los enfermos" y no tanto por prevenir las enfermedades. La salud no formaba parte de la cosa pública, ni tomada como función del gobierno. La atención médica formaba parte de la caridad brindada por las sociedades de beneficencia, en tanto no se consideraba a la salud como derecho. Quienes recibían esta dádiva, o ayuda social perdían su condición de ciudadanos.

b) El Estado de Bienestar

La expansión de demandas sociales impulsó una progresiva incorporación del Estado en las cuestiones de salud. Aunque fueron los sindicatos y las mutuales a través de los modelos de seguro social quienes se hicieron cargo de la salud de los trabajadores mucho antes que el estado y el mercado. Cuando el reclamo comienza a ser social y no individual, se incita a que el estado se involucre e incorpore funciones de regulación del mercado de trabajo, tomando responsabilidades en la financiación de las acciones de las empresas. Con la incorporación del Estado, el seguro social adquiere una forma tripartita cuyo origen se detecta en la Alemania que, unificada por el Canciller Otto Von Bismarck, incorpora una forma de protección social financiada de manera conjunta por el Estado, los trabajadores y las empresas (Tobar F, 2001).

El Estado de Bienestar o Estado de compromiso surge como respuesta a proteger a la población que no contaba con ninguna forma de protección social, con un rol distribucionista. Propone un modelo universalista que privilegia la función de Estado como proveedor. Se caracteriza por tener financiación pública con recursos

procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios que, generalmente, son suministrados por proveedores públicos.

c) El Modelo desarrollista

Durante el proceso de industrialización, el Estado se centra en garantizar la acumulación del capital.

En este contexto el sector salud sufre las consecuencias de la reducción del gasto público, con propuestas de descentralización y desburocratización aplicando una política de transferencia. En la práctica esta política se traduce en trasladar bajo la responsabilidad de los estados provinciales la administración de la red nacional hospitalaria, impactando en forma diferencial a los servicios según capacidad de gasto y gestión de los respectivos gobiernos provinciales. Esta contracción de la actividad social del Estado no se traduce en un achicamiento sino que por el contrario los organismos estatales se expanden, cubriendo nuevos ámbitos de intervención

d) El Modelo neoliberal

Las acciones neoliberales repercuten en la esfera de salud, apostando a componentes liberales y tecnocráticos, garantizando el desmantelamiento de los servicios sociales bajo la esfera del estado y apostando a la jerarquización de la red sanitaria, el desarrollo de redes y de sistemas locales en el ámbito privado. En definitiva lo que se da en una descentralización de los hospitales, quedando bajo la responsabilidad provincial la salud de la población, con la posibilidad del arancelamiento de los servicios y contratación de las obras sociales a modo de garantizar el sostenimiento de los mismos (autogestión)

Aunque existen múltiples definiciones para el término de salud pública y estos se enmarquen en contextos diferentes, todos convergen en que definen a la salud pública como el conjunto de intervenciones estatales para prevenir, proteger y recuperar la salud tanto del individuo como también de la comunidad.

Procesos de inclusión-exclusión

El término "pobreza" (Feres, J. pp 9 2001) tiene distintos significados en las ciencias sociales. Paul Spicker en 1999 identifica once posibles formas de interpretar esta palabra: necesidad, estándar de vida, insuficiencia de recursos, carencia de seguridad

básica, falta de titularidades, privación múltiple, exclusión, desigualdad, clase, dependencia y padecimiento inaceptable. Todas estas interpretaciones serían mutuamente excluyentes aunque varias de ellas pueden ser aplicadas a la vez y algunas pueden no ser aplicables en toda situación.

El fenómeno de la exclusión social se define en términos de una participación inadecuada o dispar de ciertos grupos en la vida social. Si bien es un concepto asociado a la pobreza se diferencia en la medida que pone énfasis en la asignación desigual de los ingresos.

La exclusión social ha sido objeto de intenso análisis y discusión desde su aparición como concepto en el debate político-social en Francia a comienzos de los años ochenta. El surgimiento de nuevas formas de pobreza y marginalización en Europa a fines de los años setenta y la controversia generada en torno a la caracterización de los "nuevos pobres", contribuyó a consolidar la noción de que la nueva situación socio-económica era de naturaleza estructural y multidimensional y que los nuevos problemas no sólo tenían relación con la falta de recursos materiales y las conductas anti-sociales de los individuos, sino con otros fenómenos de carácter macro social, en particular el cambio en las condiciones del empleo, la disminución del acceso al mercado laboral y el llamado "desempleo de largo plazo"; el debilitamiento de los lazos familiares y de la familia como unidad social y económica; el crecimiento de las redes informales de apoyo; el aumento y estabilización de los movimientos migratorios hacia los países de Europa Occidental; y una significativa disminución de la participación social en los procesos de toma de decisión. De este modo, hacia el final de los años ochenta se produjo en Europa Occidental un giro conceptual desde el concepto de pobreza al concepto de exclusión social el cual se expandió ampliamente en las décadas siguientes.

A pesar de las diferencias de enfoque en la utilización del término por parte de diversos grupos en Francia, Gran Bretaña y Suecia entre otros, en la Unión Europea existe consenso en torno a la idea de que la exclusión social constituye una amenaza a la cohesión social en las sociedades europeas y, en general, se la entiende como un proceso estructural multidimensional que abarca la precariedad del empleo y el desempleo por un lado y el quiebre de los lazos sociales producido por la crisis del Estado de Bienestar, el surgimiento del individualismo y el debilitamiento de las redes básicas de solidaridad como la familia, por el otro.

En el texto de creación de la Unidad de Exclusión Social, el Primer Ministro del Gobierno Inglés define la exclusión social como "lo que puede ocurrir cuando las

personas o las áreas sufren de una combinación de problemas ligados entre sí como desempleo, falta de habilidades, bajo ingreso, viviendas pobres, ambientes de alta criminalidad, mala salud y quiebre en la estructura familiar”⁹

La exclusión no se explica sino a partir de un encadenamiento de factores de naturaleza relativamente distinta que confluyen de manera hasta cierto punto continuado y repetitivo en el nivel de vida de personas, grupos y territorios. La exclusión tiene una base material ligada a la falta de medios de subsistencia y no sólo es el producto de la diferenciación social. Son los circuitos de privación, las desventajas acumuladas lo que la caracterizan. Orígenes familiares, baja, nula o mala escolarización, escasa o poca formación profesional, ausencia de trabajo, trabajo precario o estacional, alimentación deficiente, bajos ingresos, vivienda insalubre o en mal estado, mala salud y enfermedades crónicas o repetitivas, falta de prestaciones sociales y sin acceso a los servicios públicos... acostumbran a ser los elementos más sobresalientes de estos circuitos empobrecedores. Quien carece de estos requisitos colectivos (joint requirements) (Lipton, M., 1998) difícilmente puede hacer progresos duraderos en sus intentos de salida de estos circuitos.

La dimensión económica de la exclusión (Déchamps, I. 1998), implica la sucesiva ausencia del mundo productivo y del consumo, su dimensión social comprende la pérdida de la sociabilidad primaria y secundaria, y su dimensión simbólica viene definida por los comportamientos y valores comunes, así como por las representaciones que tienden a clasificar socialmente a las personas (déchéance, incompetencia, mediocridad, identidad negativa).

La inseguridad social no solo mantiene viva la pobreza. Actúa como un principio de desmoralización, de disociación social, a la manera de un virus que impregna la vida cotidiana, disuelve los lazos familiares, socava las estructuras psíquicas de los individuos, (Castell, R. 2004)

No hay dudas sobre los aspectos simbólicos y culturales de la exclusión e incluso sobre el hecho que tiende a reforzar los materiales. Otra cuestión es cómo se van quebrantando los lazos simbólicos y se rompen los sentimientos de pertenencia, se desvanecen las formas identitarias, se elaboran y se aceptan la etiquetación, el estereotipo, el prejuicio, la estigmatización e incluso el racismo. Aquí no se trata tanto de la construcción social de la desigualdad como de la diferenciación negativa que se proyecta sobre los otros. Y esta proyección puede además tener funciones económico-sociales para el conjunto del sistema.

⁹ www.uitp.org/mos/focus/Socia-Inclusion-es.pdf

¿Sujetos de derechos¹⁰ o merecedores de derechos?

Autores tales como Isuani-Tenti Fanfani.1989; Duschatzky G .2000; Ludi, M.C. 2005; Hintze, S. 2006, analizan críticamente las políticas sociales en Argentina, en tanto su implementación, impacto sobre el bienestar de la población, los síntomas de fragmentación, la universalización vs. focalización, grado de eficacia, generando un amplio debate sobre las mismas.

En referencia a las políticas sociales que involucra a adultos mayores, (Ludi, M.C. pp 20. 2005) afirma la inexistencia de tales. Las políticas sociales “aparecen” como acciones o medidas que han ido surgiendo en forma dispersa, a veces importada de países desarrollados por tanto descontextualizadas (Hintze, S. 2006).

En la Argentina, la generalidad de las personas mayores reside en áreas urbanas y al comenzar la década del 90, más del 75% de quienes tenían 65 años y más disponían de jubilaciones o pensiones (Redondo, N. 2003)

En países como la Argentina no es la vejez la que condiciona la pobreza, sino que el empobrecimiento de los mayores es el resultado de la combinación de diferentes políticas sociales que tienden a crear, intensificar o mantener la dependencia económica y la pobreza en las edades avanzadas: las políticas de empleo y de seguridad social tienen particular influencia sobre las condiciones de vida durante la vejez. Siguiendo el mismo concepto la autora da cuenta de la existencia de un grupo de riesgo en la población anciana en progresivo aumento, en tanto ven amenazada sus condiciones de vida y su capacidad de autonomía (Ludi, M.C.pp 63. 2005).

Se asocia el origen de las políticas para mayores con tendencia a acciones asistenciales orientadas a una vejez vinculada a la pobreza y vulnerabilidad, expresándose en prácticas asilares (Paola, J; Samter, N; Manes, R. pp 95. 2011)

La participación económica, la seguridad social y los apoyos familiares son las principales fuentes de ingreso en la edad avanzada (Guzmán, 2002a); (Grassi,E. en Hintze, S. pp. 40 2007), designa como característica de las políticas sociales “la capacidad de normalizar y normatizar, en tanto el Estado se constituye en un actor en la producción de los problemas sociales, en la delimitación de su propia responsabilidad, en la definición de los sujetos como merecedores de sus intervenciones y de las condiciones para dicho merecimiento”.

¹⁰ El sujeto de los Derechos Humanos puede definirse como la persona o grupos de personas a las que va referida la titularidad, ejercicio y garantías de los Derechos Humanos.

Durante las últimas décadas las políticas sociales han sufrido transformaciones debido al deterioro de los servicios públicos, al desfinanciamiento del sistema previsional, el bastardeo de los sistemas de protección laboral. Eran implementadas como universales o como derechos devenidas de los sistemas de seguridad social asociadas al empleo.

En un contexto de crisis socio-económica, las políticas sociales persiguen atender la pobreza extrema, limitando la intervención en relación a los objetivos de tiempos pasados, donde se pretendía la reducción de la incertidumbre, la distribución progresiva de los ingresos y la movilidad social, focalizando hoy la intervención en los "merecedores", por lo tanto el alcance de los mismos implica un cambio. Con estos objetivos, el de intervenir sobre las situaciones de pobreza, las políticas públicas se focalizan en la década 1990 en grupos sociales y biológicamente vulnerables como por ejemplo los programas de apoyo nutricional. (Hintze, S. 1997)

Focalización, privatización (o tercerización), descentralización, constituyen los elementos emergentes de las políticas sociales implementadas por el neoliberalismo.

Semino, en (Barberis, 1991) da cuenta que arribando a los años 80 desde el Estado se desarrolla un cúmulo de programas para la tercera edad, en ocasiones superpuestos y contrapuestos, y que apuntan sólo a un 15% de adultos mayores es decir de aquellos que participaban en los centros de jubilados olvidando a los que no participan en esas organizaciones.

Desde la primera década del siglo XXI, Argentina transita un cambio de paradigma en relación a aquellas personas pensadas como sujetos de tutela y protección considerando que deberían ser sustituidas en la toma de decisiones. Este cambio, de objeto a sujeto de derechos es consecuente con la ampliación de los derechos civiles para los sujetos sociales (niños, niñas, adolescentes, mujeres, diversidad sexual, adultos mayores, discapacitados).

El reconocimiento de la condición de sujetos de derechos para estos grupos sociales tiene respaldo en la normativa internacional de derechos humanos que desde la reforma de 1994, tiene jerarquía constitucional en la Argentina (Amendolaro R, 2012).

Hoy por hoy son insuficientes los dispositivos que permitirían la protección integral de los derechos del adulto mayor (ausencia de recursos).

Muchas son las leyes, pero pocos los mecanismos que le otorguen eficacia a esas normas.

CAPITULO III

¿Cuánto converge el capital individual, social, económico y los recursos institucionales frente a la internación y egreso hospitalario?

Nuevas formas de intervención (postulando hipótesis y objetivos)

Describir las características socio-económicas de los pacientes que permanecen internados en el hospital más allá de no tener causa para permanecer allí, podría acercarnos a explicar el fenómeno de la paulatina cronificación que opera en estas personas. Visibilizar la realidad, poner en evidencia las carencias y las situaciones de exclusión, impone al equipo de salud definir una visión crítica sobre la problemática con las cuales se interviene y sobre las alternativas que se presentan como posibles.

Narrar el perfil de estos pacientes nos permitiría apreciar la culminación de un proceso de pérdida paulatina de soportes externos, donde las características socio económicas del grupo podrían estar jugando un rol decisivo que explique su prolongada permanencia en la institución.

Plantearnos hipótesis nos permitirá interrogarnos y responder alternativas frente a la situación problemática que constituye la prolongación de la estancia hospitalaria.

Proponemos las siguientes:

- La vulnerabilidad social que presentan algunos adultos mayores internados en el Hospital "Evita", incrementa las posibilidades de ingresar al sistema de cuidados de larga estadía.
- La cronicidad es la culminación de un proceso paulatino de la pérdida del soporte de inclusión
- Las características socio económicas de los pacientes crónicos describen un proceso de pérdida paulatina de soportes externos.

Planteamos como objetivo general:

- ❖ Reconocer los factores personales, institucionales y contextuales que contribuyen a incrementar las causas en la prolongación innecesaria de estadía de los adultos mayores en el Hospital Evita.

Y como específicos:

- Explorar las condiciones socio-económicas de los pacientes crónicos adultos mayores del hospital Evita al momento de la internación.
- Identificar entre obstáculos intra y extrainstitucionales que dificultan los egresos hospitalarios.

A modo ilustrativo el presente trabajo **mostrará** un estudio descriptivo, transversal, diseño no experimental con un abordaje cuali-cuantitativo, con la intencionalidad de visibilizar y conocer características distintivas de personas internadas en el hospital "Evita". Se trata de una muestra intencional de las historias sociales de los años 2001 y 2009.

Se trabajó con datos secundarios y se analizaron historias clínicas y sociales de personas internadas durante el año 2000 y 2009 en el H.I.G.A "Evita" y que fueron remitidos en forma de interconsulta al Servicio Social por ser considerados "pacientes sociales".

En relación al concepto de exclusión antes descripta se describirán y analizarán dimensiones relacionados a vínculos sociales (familiares o ampliados), empleo, aspectos de salud al ingreso, cobertura social, estancia hospitalaria y resolución de egreso. En una segunda instancia, el trabajo expondrá una metodología adaptada del Método de Comparaciones Constantes de Glaser y Strauss (Soneira, R en Vasilachis de Gialdino, 2006). Con metodología adaptada expresamos: recolección de datos, codificación, categorización y análisis de los mismos.

Realizaremos la recodificación de las expresiones recabada en historias sociales de 10 (diez) actores sociales que permanecieron internados en el Hospital durante los últimos 10 (diez) años, desde su ingreso hasta el egreso, en la búsqueda de un muestreo teórico (sobre la base de una muestra intencional). En los términos de los autores esta forma inicial de codificación se denomina "codificación abierta", a los efectos de descubrir luego sus propiedades y dimensiones.

Se analizarán aspectos familiares, laborales, vinculares, habitacionales, e institucionales.

Parto de la siguiente pregunta central:

“¿Que características comunes reúnen los adultos mayores, internados en el Hospital Evita, que permanecen institucionalizados en el nosocomio una vez obtenida el alta médica y superada la patología que derivó en su internación?”.

Respecto al estudio descriptivo, la muestra estará conformada por pacientes de 60 (sesenta) años y más, de ambos sexos, que habiendo superado la instancia aguda que originó su internación y teniendo el alta médica, permanecen internados en el hospital “Evita” durante los últimos 10 (diez) años.

Descripción de interconsultas al Servicio Social en los años 2000 y 2009

Como referíamos anteriormente, a continuación haremos una descripción de las características que reúnen parte de nuestra población. Durante el año 2000 el Servicio Social ha recibido 68 (sesenta y ocho) interconsultas¹¹ (I.C.) de otras áreas del hospital de las cuales, 46 (cuarenta y seis) corresponden a personas mayores de 60 años. Y del año 2009 de un total de 109(ciento nueve) I.C, 52 (cincuenta y dos) corresponden al grupo etáreo elegido para este trabajo.

Cuadro I

Porcentaje de población mayor de 60 años internados en el Hospital “Evita” en relación al total de interconsultas recibidas durante los años 2000 y 2009

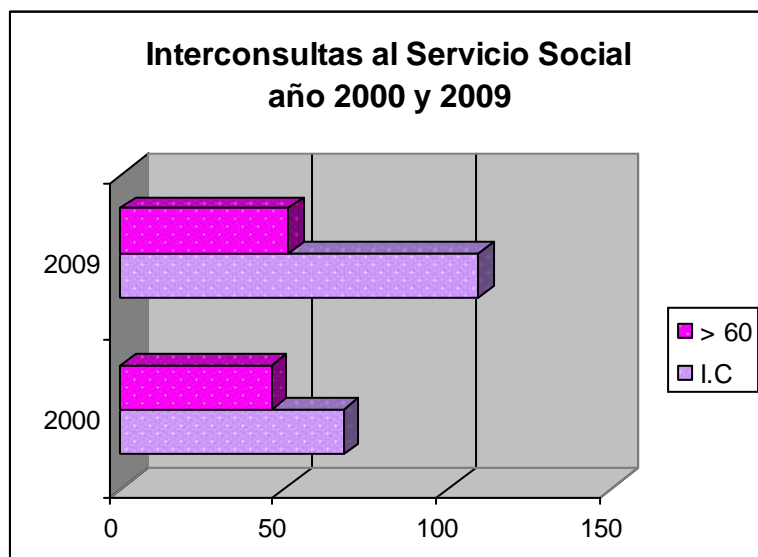
AÑO	Total de I.C	> 60	%
2000	68	46	67
2009	109	51	47

Fuente: elaboración propia según datos de historias sociales realizadas en el Servicio Social, Hospital “Evita”, Lanús. Año 2000/2009

¹¹La interconsulta consiste en la comunicación entre 2 personas con diferentes áreas de experiencia. Fundada en la necesidad de un diagnóstico o terapéutica de mayor complejidad, también puede ser a solicitud del paciente o la familia .(Novas-Machado, 2005)

Grafico I

Total de interconsultas recibidas durante los años 2000 y 2009.



Durante el año 2000, el Servicio Social recibió un total de 68 (sesenta y ocho) consultas solicitando la intervención profesional de los Trabajadores Sociales. Se observa un marcado aumento de esta demanda casi finalizando la década ,109 interconsultas (ciento nueve) estimando que esta diferencia se debe a la presencia del equipo de interconsulta y a la percepción por parte del equipo médico de la necesidad del trabajo interdisciplinario en la atención de la persona internada.

Sin embargo disminuye en un 20.3% las consultas correspondientes a personas mayores de 60 (sesenta) años, proyectándose el ingreso de personas cada vez más jóvenes con características de cronicidad.

Los siguientes datos corresponden exclusivamente a la población mayor de 60 (sesenta) años, analizados los años 2000 y 2009

Cuadro II

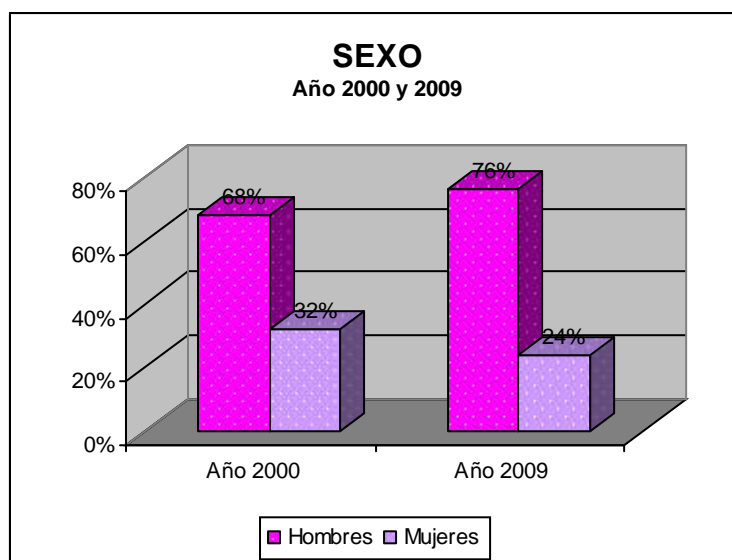
Porcentaje de la población mayor de 60 años internados en el Hospital "Evita" distribuida por sexo
(Año 2000 y 2009)

Sexo	Año 2000	%	Año 2009	%
Hombres	31	68	39	76
Mujeres	15	32	12	24
total	46	100	51	100

Fuente: elaboración propia según datos de historias sociales realizadas en el Servicio Social, Hospital "Evita", Lanús. Año 2000/2009

Gráfico II

Distribución por sexo, año 2000 y 2009



Respecto al sexo, de los 46 (cuarenta y seis) adultos mayores de 60 (sesenta) años y más, en el año 2000, 31 (treinta y uno) son hombres y 15 (quince) mujeres, en tanto que en 2009 de las 51 (cincuenta y uno) personas internadas mayores de 60 (sesenta) años, 39 (treinta y nueve) eran hombre y 12 (doce) mujeres. En ambos periodos se observa mayor cantidad de hombres, siendo más acentuada esa supremacía en el último período analizado.

Cuadro III

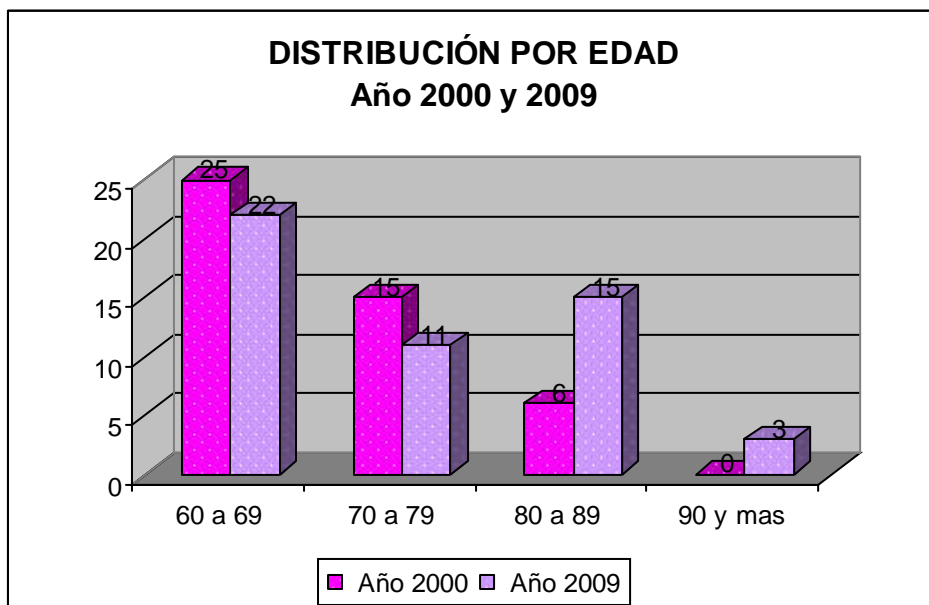
Distribución porcentual de la población internada en el Hospital "Evita" (mayores de 60 años y más) por composición etaria. Año 2000/2009)

Grupo de edades	Año 2000	%	Año 2009	%
60 a 69	25	54	22	43
70 a 79	15	33	11	22
80 a 89	6	13	15	29
90 y más	0	0	3	6
total	46	100	51	100

Fuente: elaboración propia según datos de historias sociales realizadas en el Servicio Social, Hospital "Evita", Lanús. Año 2000/2009

Grafico III

Distribución por edades según año de los mayores de 60 años internados en el Hospital "Evita" 2000/2009



En relación a la edad, y en comparación entre ambos periodos analizados, disminuye el número de personas entre 60 (sesenta) a 79 (setenta y nueve) años, observándose un alto incremento de internaciones de personas de 80 (ochenta) años y más finalizando la década 1990. Tendencia en concordancia con las proyecciones mundiales respecto al alargamiento de la esperanza de vida.

Cuadro IV

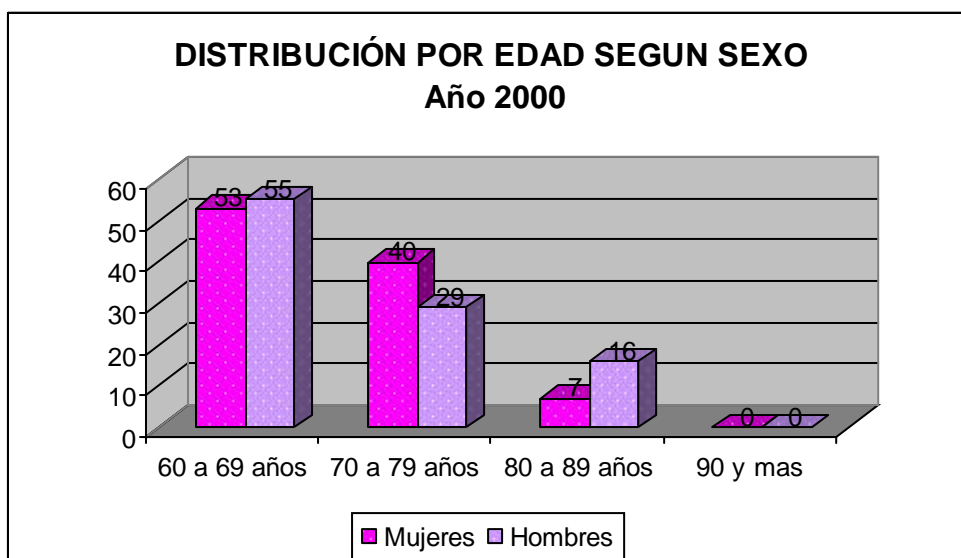
Distribución porcentual por edad según sexo de los mayores de 60 años internados en el Hospital "Evita" (año 2000)

Grupo de edades	Mujeres	%	Hombres	%
60 a 69 años	8	53	17	55
70 a 79 años	6	40	9	29
80 a 89 años	1	7	5	16
90 y más	0	0	0	0
total	15	100	31	100

Fuente: elaboración propia según datos de historias sociales realizadas en el Servicio Social, Hospital "Evita", Lanús. Año 2000/2009

Grafico IV

Distribución por edad según sexo (año 2000)



Respecto a la relación entre edad y sexo, se observa durante el año 2000, un mayor número de internaciones de hombres en relación a las mujeres entre los 60 (sesenta) y 69 (sesenta y nueve) años.

Esta preponderancia, en la relación hombre-mujer, se evidencia en las demás grupos etáreos

Cuadro V

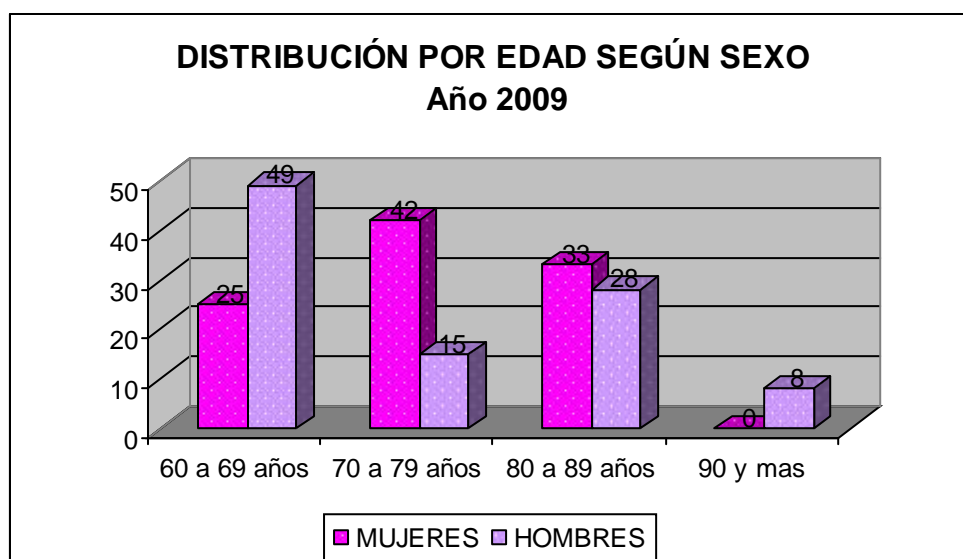
Distribución por edad según sexo de los mayores de 60 años internados en el Hospital "Evita" (año 2009)

Grupo de edades	Mujeres	%	Hombres	%
60 a 69 años	3	25	19	49
70 a 79 años	5	42	6	15
80 a 89 años	4	33	11	28
90 y más	0	0	3	8
total	12	100	39	100

Fuente: elaboración propia según datos de historias sociales realizadas en el Servicio Social, Hospital "Evita", Lanús. Año 2000/2009

Gráfico V

Distribución por edad según sexo (año 2009)



Se repite la tendencia respecto a la relación hombre-mujer, en el año 2009, siendo destacable el aumento de hombres en la franja etárea de 60 (sesenta) a 69 (sesenta y nueve) años donde cada 3 (tres) mujeres se internaban 19 (diecinueve) hombres. En relación al año 2000 se internaron tres personas mayores de 90 (noventa) años, dando cuenta del alargamiento de la esperanza de vida.

Cuadro VI

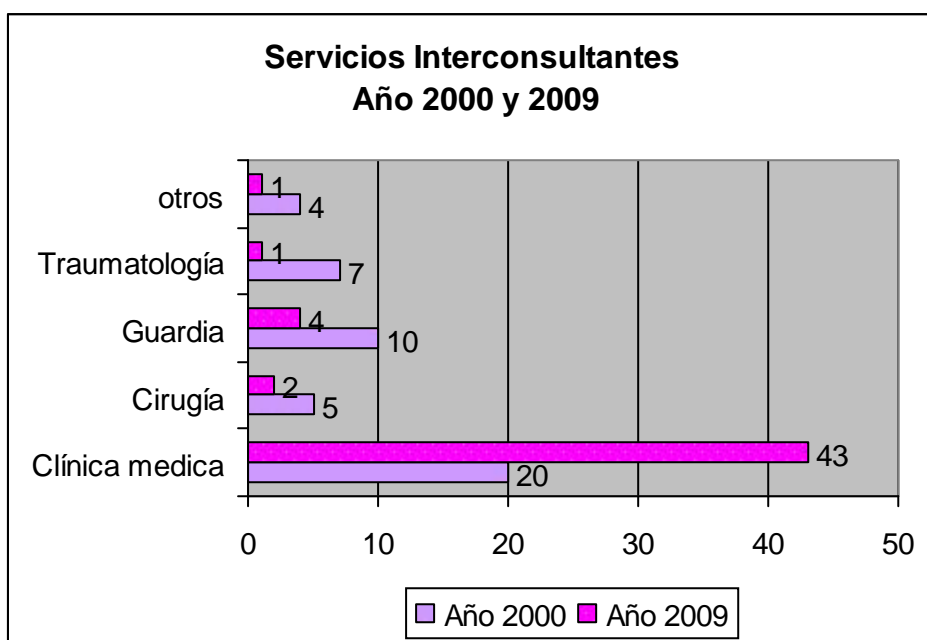
Servicios que han solicitado la intervención del Servicio Social para los mayores de 60 años internados en el Hospital "Evita" (año 2000 y 2009)

Serv. de I.C	Año 2000	Año 2009
Clínica medica	20	43
Cirugía	5	2
Guardia	10	4
Traumatología	7	1
otros	4	1
total	46	51

Fuente: elaboración propia según datos de historias sociales realizadas en el Servicio Social, Hospital "Evita", Lanús. Año 2000/2009

Gráfico VI

Servicios que han solicitado la intervención del Servicio Social (año 2000 y 2009)



En el año 2000, se duplica el número de consultas realizadas por el servicio de clínica médica, en relación a los demás servicios de internación. Se estima que este detalle se debe al trabajo más concentrado del equipo de interconsulta del servicio social en esta área del hospital. Teniendo en cuenta también, que es el servicio que mayor número de internaciones que tiene a nivel estadístico.

Cuadro VII

Motivos de Interconsultas de los mayores de 60 años internados en el Hospital "Evita" (año 2000 y 2009)

Motivo de I.C.	Año 2000	%	Año 2009	%
Paciente social	10	22	3	6
Situación familiar	31	67	35	69
Situación económica	4	9	8	15
sin datos filiatorios	1	2	5	10
Total	46	100	51	100

Fuente: elaboración propia según datos de historias sociales realizadas en el Servicio Social, Hospital "Evita", Lanús. Año 2000/2009

Estos datos son tomados a partir de la evaluación del profesional interconsultante (en general el médico que asiste al paciente durante la internación) y que motiva el pedido de consulta al servicio social. La demanda puede relacionarse con la necesidad de cuidados permanentes del paciente, la proximidad del egreso, el estado de gravedad, la necesidad del contacto con un familiar, la identificación del sujeto, las condiciones socio-sanitarias post-alta, las dificultades económicas para el acceso a la medicación, la falta de adherencia al tratamiento consignado, etc.

Cuadro VIII

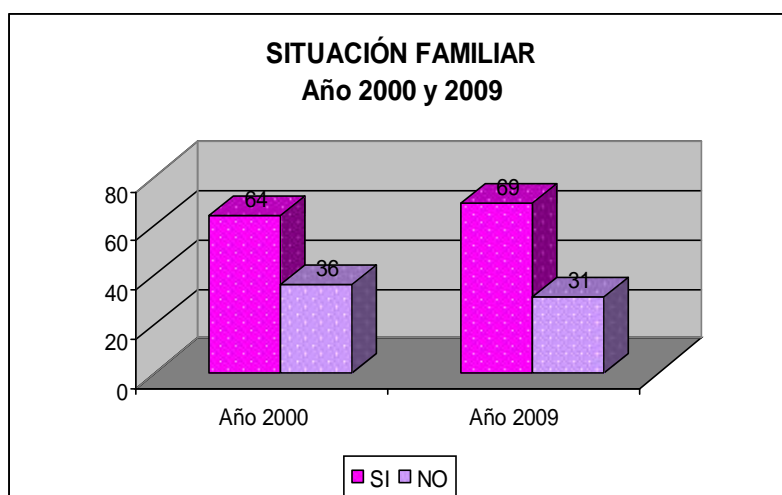
Porcentaje de los mayores de 60 años internados en el Hospital "Evita" que refieren tener o no familia (años 2000 y 2009)

Familia	Año 2000	%	Año 2009	%
SI	29	64	35	69
NO	17	36	16	31
Total	46	100	51	100

Fuente: elaboración propia según datos de historias sociales realizadas en el Servicio Social, Hospital "Evita", Lanús. Año 2000/2009

Grafico VII

Situación familiar (año 2000 y 2009)



De las entrevistas realizadas a cada persona por la cual se consultó, en ambos períodos analizados, entre el 31(treinta y uno) % y 37(treinta y siete) %, refirieron no tener familia.

Cuadro IX

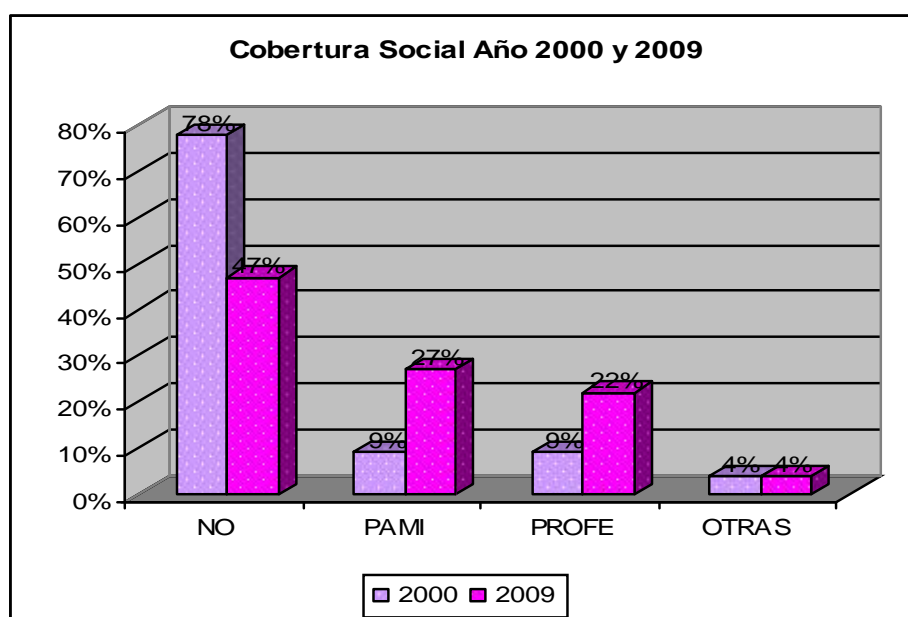
Porcentaje de los mayores de 60 años internados en el Hospital "Evita" con cobertura social durante los años 2000 y 2009

Cobertura social	Año 2000	%	Año 2009	%
NO	36	78	24	47
PAMI	4	9	14	27
PROFE	4	9	11	22
OTRAS	2	4	2	4
Total	46	100	51	100

Fuente: elaboración propia según datos de historias sociales realizadas en el Servicio Social, Hospital "Evita", Lanús. Año 2000/2009

Grafico n° 8

Cobertura social (año 2000 y 2009)



Entre ambos periodos analizados, se observa un incremento de los beneficiarios de cobertura social, principalmente PAMI y INCLUIR SALUD (EX PROFE)¹², infiriendo que

¹² Incluir Salud es un Programa de naturaleza federal, que tiene por misión brindar cobertura médico integral a los afiliados residentes en todo el territorio nacional. Con el fin de cumplir dicho objetivo, el Ministerio de Salud de La Nación, encomienda a cada una de las provincias la atención médica integral de los afiliados al Programa, a través de la celebración de convenios prestacionales. De ese modo,

se debe a la incorporación de cápitales de la obra social de jubilados y pensionados a la atención hospitalaria. Del mismo modo la expansión de pensiones no contributivas¹³ (a la vejez y/o discapacidad) da cuenta de las personas que poseen INCLUIR SALUD como cobertura social.

Cuadro n° 10

Ocupación de los mayores de 60 años internados en el Hospital "Evita" durante los años 2000 y 2009

Ocupación	Año 2000	%	Año 2009	%
Pens/jubilad	9	20	25	49
oficios	8	17	2	4
Desocupado	10	22	14	27
Ser domestico	2	4	0	0
Operario	1	2	1	2
Ama de casa	6	13	0	0
Discapacitado	3	7	6	12
Changas	7	15	3	6
total	46	100	51	100

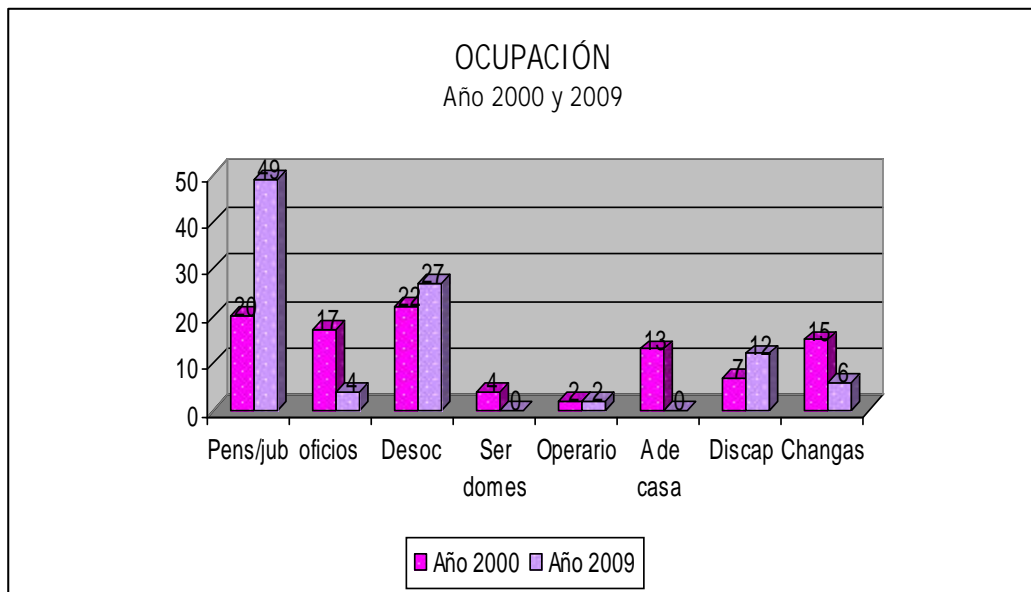
asegura el cumplimiento de las políticas de promoción, prevención y recuperación de la salud y el ejercicio del derecho de los afiliados a gozar de las prestaciones médicas conforme lo establecido en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y otras leyes nacionales.

Incluir Salud **NO** es una obra social, sino un programa de prestaciones médicas con una cobertura explícita definida.

¹³ Los programas de pensiones no contributivas otorgan prestaciones en dinero con el fin de cubrir los riesgos de vejez, invalidez y muerte, es decir, tienen un carácter de asistencia social y están dirigidos a los pobres que poseen escasa capacidad contributiva o carecen de ella

Grafico n° 9

Ocupación (año 2000 y 2009)



En referencia a esta variable, es destacable el aumento de pensionados y/o jubilados, en el 2009, en relación al comienzo de la década, siendo la mitad de las personas entrevistas beneficiarias de una cobertura social. Disminución del número de personas que referían desempeñarse en algún oficio. Se duplican las personas con discapacidad y aumenta la cantidad de los desocupados.

Cuadro n° 11

Resolución del alta hospitalaria (año 2000 y 2009)

Resolución del alta hospitalaria	Año 2000	%	Año 2009	%
Alta domiciliaria	25	54	21	41
Derivación a otra	11	20	10	20

Institución				
Fallece	7	13	16	30
Aun internado	0	0	1	2
otras	3	7	3	6
Total	46	100	51	100

Fuente: elaboración propia según datos de historias sociales realizadas en el Servicio Social, Hospital "Evita", Lanús. Año 2000/2009

En esta variable es destacable el número de personas fallecidas, aumentando en un 17% los óbitos lo cual podría relacionarse con el incremento de personas que ingresan en mal estado general.

Existen varios conceptos de salud pero diferentes autores coinciden en considerarla como un proceso dinámico, resultante de la interacción y adaptación activa del sujeto en su interjuego con la naturaleza, su medio ambiente, su hábitat y su relación con los demás sujetos (Ludi, M.C. 2005).

Los resultados empíricos de la descripción de ambos periodos dan cuenta de un aumento en la demanda de intervención del Servicio Social, podríamos inferir que dicho aumento se basaría como ya dijimos en la necesidad de trabajar en forma interdisciplinaria.

A pesar del importante acrecentamiento de beneficiarios de algún tipo de beneficio (pensión o jubilación) el período 2009 muestra el aumento de ingresos de sujetos en mal estado general, el incremento de óbitos, la demanda de intervención al Servicio Social por cuestiones económicas, mayores patologías crónicas y discapacitantes.

Las políticas sociales anunciadas en las últimas décadas no han podido, en la práctica y en esta franja de población, mejorar la calidad de vida y la suerte a la hora de la subsistencia económica y de salud, restando posibilidades de atravesar el proceso de envejecimiento en forma satisfactoria.

Presentación de historias

A continuación, y en relación a la segunda instancia, se relatará la historia de 10 (diez) personas que permanecieron internadas en el Hospital, en el año 2010. Se describirán aspectos familiares, laborales, vinculares, habitacionales, e institucionales, analizados sobre la base de "la teoría fundamentada en los datos" de Glaser y Strauss (Soneira en Vasilachis de Gialdino, 2006).

Almando 64 años, ex boxeador, vendedor ambulante, sin aportes jubilatorios, ni cobertura social, se encuentra internado en el hospital desde hace 5 (cinco) meses. Ingresó por ACV, con anterioridad estuvo internado en otro nosocomio, donde lo acompañaba su última pareja, con quien tiene un hijo de 6 años, que una vez de alta se desvincula. Es entonces que se instala solo en una vivienda muy precaria, propia sobre terreno fiscal, sin servicios sanitarios y donde se movilizaba con muletas.

Su segunda esposa, madre de su hijo de 6 (seis) años lo ha abandonado durante una internación anterior en otro hospital.

Tiene otros dos hijos de los cuales logra revincularse después de varios años con una de ellas de 25 (veinticinco) años quien habitualmente lo visita, pero expresa su imposibilidad de hacerse cargo una vez otorgada el alta aludiendo no tener vivienda propia.

Relata tener 14 (catorce) hijos del corazón o crianza con los cuales ya no tienen contacto.

Actualmente padece secuelas neurológicas de un Accidente Cerebro Vascular (ACV), no pudiendo deambular ni controlar esfínteres. La recuperación o mejoría de alguna de estas secuelas se ve condicionada por la disponibilidad de asistencia del servicio de kinesiología. Durante la internación se muestra ameno sin conciencia de sus limitaciones físicas y sociales. Al momento se encuentra en condiciones de alta médica y a la espera de ingreso a una residencia para Mayores, iniciado en la Dirección Nacional para Adultos Mayores (DiNaPAM- SeNAF Ministerio de Desarrollo Social de la Nación).

Juan, 78 (setenta y ocho) años, de nacionalidad paraguaya, sin documento de identidad y ha extraviado su cedula paraguaya, vive en estado de marginalidad. Refiere haber sido operario en fábrica y en la actualidad cartonero, manifiesta vivir en situación de calle y estar desvinculado de su familia de origen desde hace mas de 50 años. Expresa sentir mucha soledad y no tener proyecciones hacia el futuro. Refiere tener un hijo del cual no recuerda su nombre. Al ingreso el equipo médico de guardia decide internarlo por "razones sociales". Dado el deterioro general no deambula, y se diagnostica etilismo crónico. Finalmente luego de 13 (trece) meses de encontrarse hospitalizado es derivado al hogar de Ancianos "Don Domingo Girotti" del municipio de Tres Lomas a través del Consejo Provincial de la Familia y Desarrollo Humano. Desde lo institucional se toman huellas dactiloscópicas, se gestiona DNI a través del Registro Civil y se gestiona ingreso a 3er. Nivel. Su antecedente de "etilismo" retrasa el ingreso al hogar ya que se debió reevaluar y certificar que durante su internación no consumió alcohol.

Ingreso 18/5/05, egresa 26/6/06

Ruperta, 84 (ochenta y cuatro) años, oriunda de la provincia de Corrientes. Soltera, madre de 8 (ocho) hijos. Pensionada por invalidez desde hace 20 (veinte) años cuenta con "Incluir Salud" PROFE como cobertura social. Según relata una vecina convive con un nieto alcohólico. Ingresó al hospital el 4/5/11 y falleció dos meses mas tarde.

Solo cuenta con una referente afectiva y efectiva, una ex patrona que la conoce desde hace 20 (veinte) años. Ruperta cuidaba de sus hijos hace muchos años atrás. Durante la internación la paciente tiene muchas dificultades para expresarse. Los datos son obtenido en diferentes entrevistas con la Sra. de referencia quien se convierte en su apoderada. Refiere que Ruperta se ha desvinculado de cada uno de sus hijos a muy temprana edad, desconociendo paradero de ellos. Solo se logro reconectar con uno de ellos que vive en Corrientes pero no han logrado afectivamente vincularse. Ante la imposibilidad de que Ruperta vuelva a vivir sola, y la imposibilidad de que la apoderada le brinde lugar en su vivienda, se gestiona ingreso a 3er. nivel.

Ingresada con deterioro cognitivo, secuela motoras de Accidente Cerebro Vascular (ACV). No controla esfínteres y requiere de ayuda para alimentarse, no deambula.

Se convoca a voluntarias del hospital quienes no pueden garantizar las 4 (cuatro) ingestas diarias dado el insuficiente recurso humano. Tampoco el servicio de enfermería puede sostener la cotidianeidad de la alimentación. Acompañada en principio diariamente por única referente, en el transcurso del tiempo se fueron

espaciando las visitas. Deterioro progresivo por falta de recurso humano que la asista en la alimentación.

Desde lo burocrático es muy dificultoso acceder a las planillas del "Incluir Salud" PROFE necesarias para gestionar el ingreso a un hogar, recorrido por diferentes oficinas, falta de planillas correspondientes, sobre información y requisitos excluyentes se presentan como una constante en dicha misión.

Narciso, 64 (sesenta y cuatro) años, padece cáncer de garganta, se alimenta por sonda ya que se niega a comer (negativismo), adelgazado. Es analfabeto y el menor de 12 (doce) hermanos, trabajó en tareas rurales. A 58 (cincuenta y ocho) años luego de recorrer y trabajar en varias provincias del norte y ante la falta de vivienda se instala en un vagón del ferrocarril Belgrano. Vivía de lo que encontraba en la vía pública con su carro de cartonero. Las precarias e insalubres condiciones habitacionales afectaron su estado de salud padeciendo tuberculosis y deterioro en las vías respiratorias. Toma conciencia de su situación y acepta ser derivado a un hogar, pero aclara que sea de puertas abiertas. Los hermanos no quieren recibirlo y el no tiene deseos de reencontrarse con ellos. Desde la institución se gestionó DNI, programa de alimentos municipal, revinculación con un amigo, tramitación ingreso a hogar a través del Consejo Provincial de la Familia y Desarrollo Humano, acompañamiento del voluntariado hospitalario. Hasta su ingreso al hospital no había podido ser parte de otras alternativas habitacionales ni programas oficiales que contribuyeran a su calidad de vida.

Ingreso el 15/10/08 y finalmente fallece el 31/8/09.

Lina, 90 (noventa) años, permaneció varios días en el hall de la guardia sin atención pertinente, con renuencia por parte del equipo médico a ingresarla a la guardia, sin apertura de historia clínica. Finalmente se decide internar a la Sra. por sugerencia del Servicio Social. Refiere tener 5 hijos, ser viuda y vivir con su nieta quien tiene 8 (ocho) hijos y haber sido ella quien la acerco hasta el Hospital y allí la dejo manifestando estar desbordada por la situación familiar. En entrevista con el Servicio Social manifiesta su imposibilidad de seguir ocupándose de ella. Se logra ubicar a un hijo quien a pesar de la insistencia institucional nunca se hizo presente en el nosocomio. Se envía informe a la Asesoría de turno del Dpto. Judicial de L. de Zamora, informando la situación de abandono familiar. Ingresa en mal estado general, desnutrida, deshidratada y no

controla esfínteres. Sin ingresos económicos ni beneficiaria de programas oficiales para adultos mayores.

Ingresada 24/1/97, fallece 8/5/9

Dolores, 79 (setenta y nueve) años se hospitalizó el 23/8/10, fue conducida al hospital por vecinos. Según la historia clínica ingresó con insuficiencia cardíaca, requiere intervención quirúrgica. Durante la entrevista manifiesta vivir sola, en un departamento que alquilaba desde hace 10 (diez) años. Su grupo de sostén social está representado por una vecina que es quien le alquila la vivienda, y a su vez es la apoderada y quien manifiesta su negación a seguir alquilándole la habitación una vez externada. La visita casi a diario. Dolores es soltera y percibe una pensión por discapacidad de \$ 626 (Pesos seiscientos veintiséis), ingreso con el cual debe afrontar el costo del alquiler y la satisfacción de las demás necesidades básicas. Posee Programa Federal como cobertura social a la cual no está afiliada. Cabe aclarar que una vez afiliada la beneficiaria debe esperar el período de carencia¹⁴ para acceder a la plenitud de los beneficios.

Respecto a su familia, Dolores refiere "no tener". Y en referencia a su situación post-alta manifiesta que "iría a un hogar, mientras sea un techo".

Fallece 30/10/11

Sara, 95 (noventa y cinco) años y Angélica, 84 (ochenta y cuatro) años (hermanas) Ambas fueron deshidratación, escaras en sacro y hematomas varios. No deambula por sus propios medios y necesita ayuda para alimentarse. Viuda, jubilada, con obra social PAMI, aun sin afiliar. Tiene un hijo que reside en Misiones y que una vez enterado de su internación viaja a Bs As.

Angélica presenta a su ingreso escara en sacro, deshidratada, presenta signos de demencia, con evidencias visibles de abandono personal, y antecedentes de diabetes. Durante la internación desarrolla una neumonía intrahospitalaria e insuficiencia respiratoria. No deambula y requiere de ayuda para alimentarse. Soltera y sin hijos, es jubilada y posee PAMI.

¹⁴ El período de carencia es el tiempo medio de espera que imponen a sus afiliados algunas obras sociales y/o empresas de medicina prepaga para que puedan acceder a determinados beneficios prestacionales. Esta suspensión temporal suele ir de los seis meses al año desde el momento de la afiliación

Ambas hermanas viven solas. Fueron encontradas por un vecino y traídas al hospital por la ambulancia municipal, quien refirió que ambas hermanas estaban alcoholizadas. Según manifestó, varios vecinos habrían alertado a PAMI sobre la situación de ambas hermanas. Durante la internación no son visitadas por nadie, salvo por el hijo de Sara llegado de Misiones y que ante la imposibilidad de llevar a su madre a esta provincia, dado el endeble estado de salud y el fuerte vínculo con su hermana, decide iniciar trámite para ingresar a su tía en un 3er. Nivel. Pero el 30/7/10 Angélica fallece.

Se solicita intervención al Servicio Social del PAMI, a fin de dar cuenta la situación de vulnerabilidad a la que ambas hermanas volverían al momento del alta hospitalaria.

Enrique, 60 (sesenta) años ingresó al hospital el 28/3/10, por presentar regular estado de salud, desnutrición, deshidratación, síndrome confusional. Traído por la ambulancia municipal, alertado por vecinos. Soltero, sin hijos, nacido en la provincia de Corrientes, analfabeto. Le manifiesta al médico no tener medios económicos para sus necesidades básicas. Se desempeñó como operario metalúrgico hasta que la fábrica presentó quiebra. A partir de allí no volvió a trabajar dentro del sistema formal e informal de trabajo dado su edad y su nivel educacional.

No recibe visita durante la internación. Se desvinculó hace muchos años de su familia de origen, y con otros familiares (sobrinas) no tiene buen vínculo, ya que funcionó como sostenedor económicamente de la familia mientras tenía trabajo, pero que al dejar de aportar dinero fue dejado de lado.

Reside en una vivienda cedida por una inmobiliaria en concepto de cuidador.

Los primeros días de internación se mostró reticente, poco comunicativo y con una actitud pasiva. No presenta dependencia para las actividades de la vida diaria. Expresa querer permanecer en el hospital más allá de tener el alta médica.

Durante la internación se presenta una abogada quien refiere estar tramitándole una jubilación por discapacidad.

Finalmente egresa el 12/7/10, percibió su primer ingreso por la jubilación y accedió al alquiler de una vivienda.

Hardy, 79 (setenta y nueve) años ingresó por padecer problemas respiratorios y durante la internación desarrolla una neumonía intrahospitalaria. Hardy es soltera, jubilada, contadora de profesión, posee PAMI, vive sola, y luego de permanecer 3 días caída en su casa es traída la hospital por una vecina quien ocasionalmente la visita.

Vive en una habitación junto a 6 gatos. Durante la entrevista se muestra apática y expresa su sensación de soledad. Refiere no tener familia. Durante la internación se presenta una ahijada, quien además es su apoderada. Manifiesta ser quien cada 15 días realiza la limpieza de la vivienda, y su imposibilidad de seguir brindando ayuda directa a su tía.

Hardy expresa que siente que ya no puede vivir sola en su casa y que necesita un hogar. Su ahijada tramita ingreso a 3er. Nivel.

El 23/8/10 egresa a un hogar para adultos mayores por su obra social.

A fin de analizar estas historias se han identificado los siguientes códigos:

1. Forma de ingreso al hospital
2. Grupo familiar conviviente
3. Relación con convivientes/acompañamiento durante la internación
4. Vínculos de referencia/redes formales e informales
5. Registro de causas de internación
6. Registro de discapacidades
7. Estancia hospitalaria
8. Resolución de egreso hospitalario
9. Posición frente a la posibilidad de una derivación a una Institución de 3er. Nivel
10. Situación laboral y seguridad social
11. Rol del Estado
12. Modelo institucional
13. Respuesta familiar frente a los cuidados de la persona internada
14. Situación habitacional
15. Situación socio-económica

De las historias presentadas surgen una serie de situaciones y características comunes, que los hemos identificado como indicadores emergentes

Relaciones familiares inexistentes o débiles, vínculos disfuncionales, pérdida de la red social, abandono familiar, precariedad laboral, violencia familiar, desafiliación, desentendimiento de responsabilidades de familiares obligados a prestar ayuda, pasividad frente a la situación de internación y egreso, voluntad de familiares de

albergar al sujeto pero imposibilidad efectiva de hacerlo, falta de vivienda, viven solos, desvinculados de familia de origen y/o nuclear, situación de calle, ausencia de lazos afectivos ni efectivos, presentar vecinos de referencia o entidades religiosas, dificultad o renuencia de familiares para organizarse y cuidar del paciente, falta de sostén afectivo y económico, aislamiento social, pérdida de estimulación, falta de deseo o interés por revincularse con la familia, sentimientos de soledad, hogares monogeneracionales¹⁵,

Del mismo modo se han reconocido situaciones institucionales que hemos registrado como indicadores emergentes

Naturalización de las situaciones de carencia, estigmatización, etiquetamiento, invisibilización del sujeto como tal, desvaloración de las disciplinas no médicas, hospitalismo, inexistencia de una política social integradora para y con la tercera edad, internaciones compulsivas e indefinidas por el poder judicial, agotamiento o inexistencia de instituciones de derivación, rigidez en los requisitos de ingreso a hogares de 3er. Rol del voluntariado, falta de médicos geriatras, falta de recursos materiales y humanos (ambulancia, enfermeras, etc), despreocupación por la historia personal y social del sujeto, burocratización, incongruencia de criterios en la intervención interministerial

A continuación desplegamos el cuadro que identifica las categorías, las propiedades y los indicadores analizados en base a la teoría de de Glaser y Strauss

¹⁵ Hogares en los que sólo residen personas de 65 años o más.

CATEGORIA	PROPIEDADES	INDICADORES
Funcionalidad familiar y/o redes sociales en torno a la hospitalización	*vínculo familiar conviviente	Abandono y/o desvinculados de familia de origen y/o nuclear, violencia familiar, voluntad de familiares de albergar al sujeto pero imposibilidad efectiva de hacerlo
	*Vínculos social	Vínculos disfuncionales, pérdida de la red social, ausencia de lazos afectivos ni efectivos, vecinos y/o entidades religiosas como únicos referentes, ausencia de capital social
	*Situación socio-económica	Inestabilidad laboral, necesidades básicas insatisfechas, analfabetismo, situación de calle, linyerismo
La situación de discapacidad y/o dependencia como condicionante frente a las alternativas de egreso hospitalario	*Rol del Estado	Inexistencia de una política social integradora para y con la tercera edad, internaciones compulsivas e indefinidas por el poder judicial, incongruencia de criterios en la intervención interministerial
	* Modelo institucional	Naturalización de las situaciones de carencia, estigmatización, etiquetamiento, invisibilización del sujeto como tal, desvalorización de las disciplinas no médicas, falta de geriatras, indiferencia por la historia personal y social del sujeto, intervenciones unidisciplinarias
	* Situación de egreso	Hospitalismo, inexistencia de instituciones de derivación acorde a la discapacidad, rigidez en los requisitos

		de ingreso a hogares de 3er. Nivel, ausencia de instituciones de rehabilitación física y mental, procesos de morbilidad que condicionan el egreso
La seguridad social como mecanismo facilitador en la resolución de la estancia y/o alta hospitalaria	*Seguridad social ¹⁶	Precariedad laboral, protección insuficiente y fragmentada para y con los adultos mayores
	* Situación habitacional	Falta y/o precariedad habitacional, situación de calle, hacinamiento, falta de servicios básicos, vivienda disfuncional a la discapacidad del sujeto
	*Forma de egreso hospitalario	Derivación a hogar para adultos mayores por obra social o Desarrollo social, traslado a hogares muy distantes (desarraigo) , óbito

Primera Categoría analizada:

- Funcionalidad familiar y/o redes sociales en torno a la hospitalización

Códigos incluidos:

- * Vínculo familiar conviviente
- * Vínculos sociales
- * Situación socio-económica

¹⁶ Seguridad Social, entendida como el conjunto de instituciones que tienen como objetivo la protección de las personas frente a determinadas contingencias (vejez, invalidez, enfermedad, etc.), es un sistema solidario donde el Estado asume un rol vital

Persona AM	Convivientes	Vínculos sociales	Situación socio-económica
Almando	Vive solo	Se revincula con hija, lo visita habitualmente. Desvinculado de sus hijos de crianza	Sin ingresos económicos propios
Hardy	Vive sola	Visitada por vecina. Refiere "no tener familia". Se presenta su ahijada/apoderad	Percibe un ingreso mínimo derivado de una jubilación
Ruperta	Vive con un nieto	Ex patrona como único sostén afectivo y efectivo. Desvinculada de sus 8 hijos.	Pensión no contributiva
Enrique	Vive solo	No lo visita nadie, soltero, sin hijos. Desvinculado de su familia de origen. No tiene vínculo con sobrinas	Posee aportes jubilatorios. Refiere no satisfacer sus necesidades básicas
Lina	Nieta y 8 bisnietos	No recibe visitas. Viuda, desvinculado de sus 5 hijos.	Sin ingresos económicos propios
Juan	Vive en situación de calle	Desvinculado de su familia de origen. Refiere tener un hijo del cual no recuerda su nombre	Extranjero, sin DNI ex operario en fabrica, estado de marginalidad
Dolores	Vive sola	Su vecina y apoderada la visita casi diariamente. "no tengo familia"	Único ingreso su pensión por discapacidad
Sara	Vive con su hermana de 84 años	No la visitan. Viuda. Se revincula durante la internación con un hijo	Percibe jubilación
Angélica	Vive con su hermana de 95 años	No recibe visitas, soltera, sin hijos. Se revincula con un sobrino residente en Misiones	Percibe jubilación, al igual que su hermana
Narciso	Solo en un vagón del ferrocarril Belgrano	No recibe visitas, los hermanos se niegan a recibirlo. Se lo revincula con un amigo	Analfabeto, situación de marginalidad

"No habría sociedad sin familia, pero tampoco habría familias si no existiera ya una sociedad (...) Pocas instituciones han planteado problemas tan complejos y diversos desde los inicios de la reflexión sociológica y de la investigación etnológica. Dichas dificultades obedecen a la naturaleza dual de la familia, fundada sobre necesidades biológicas –la procreación de hijos, su cuidado, etc.- y a la vez sometida a condicionalmente de índole social", Claude Levi-Strauss, "Prólogo" de Historia de la familia argentina, (Torrado S, págs. 12-13).

La familia como institución, en términos de esta autora, ha abandonado las formas tradicionales y han emergido a lo largo de las últimas 50 décadas modalidades de funcionamiento y formación que parecen escapar por completo del control social (formación y disolución de uniones, cambiantes trayectorias conyugales, descendencia acumulada a través de varias uniones, problemas de filiación, reconocimiento de hijos, entre otros).

La familia desempeñaba un papel importante, como unidad de relaciones sociales y de ayuda mutua.

El concepto de estrategias familiares de vida (Torrado S, pág. 35) da cuenta de aquellos comportamientos de los agentes sociales de una sociedad dada que se relaciona con la constitución y mantenimiento de unidades familiares. Éstas constituyen un proceso que se desarrolla a lo largo del ciclo de vida de la familia, proceso en el cual las decisiones pasadas influyen sobre las presentes y estas últimas anticipan las futuras; de manera tal que es erróneo tratar de explicar una conducta limitándose al análisis de las variables que intervienen en un momento puntual de la historia familiar. La instancia de internación es para el equipo de salud "una fotografía" que da cuenta del aquí y ahora, pero detrás de ello hay historias que le son intrínsecos.

Eloísa de Jong en (Ludi, M.C. 2005) conceptualiza "familia como que se constituye históricamente con relación al contexto y en un tiempo determinado; su estructura está sometida a condiciones socio económicas, la organización familiar, además de estar sujeto a determinantes económicos, sociales, políticos, geográficos, culturales, geográficas, ecológicas, políticas y sociales (...) es producida y a la vez productora en un sistema social de relaciones en que cada sujeto que la integra significa dichas relaciones expresadas en la vida cotidiana desde su particular manera de pensar, sentir, valorar, de ser, entender, actuar; desde sus condiciones concretas de existencia."

Ludi referencia que uno de los aspectos que configuran las situaciones de vejez es la constitución y vida familiar en la que se da el proceso de envejecimiento.

Estar enfermo, hospitalizado, es una situación de alto compromiso emocional y vivencial; ansiedad, angustia e incertidumbre comandan la subjetividad del enfermo. .

La enfermedad instala al hombre en el terreno del desamparo.

Los entrevistados mostraron diferentes dimensiones respecto a la familia, en algunos produce angustia, hablan de la familia como algo lejano, como aquellos vínculos que alguna vez tuvieron y ya no. Otro niegan tenerla, la violencia o los malos tratos se verbalizan, convivientes longevos, en algunos la desvinculación es de larga data, y

quizás frente a la enfermedad y la hospitalización es donde ya “la familia” no es un tema indiferente, aunque algunos expresen no importarles.

Se identifica a la familia como un espacio paradójico: a la vez que es un lugar del afecto y de intimidad, es también el lugar privilegiado de la violencia. En la familia, Jelín (1994), es donde se dan bases estructurales de conflicto y lucha.

En algunas de las personas entrevistadas no aparece la demanda en referencia a la familia como necesidad manifiesta de ser visitados o acompañados durante la internación.

Ludi, afirma que las relaciones sociales, las relaciones intergeneracionales, los vínculos, las reciprocidades, se constituyen en aspectos sumamente significativos en la vida de los viejos.

Durante la hospitalización de estos sujetos se pone en jaque las situaciones conflictivas, afectando o condicionando las posibilidades de encuentro o fortalecimiento de lazos y ligazón.

Al momento de la internación parecen sujetos sin historia, despersonalizados, vacíos de capital social; decíamos anteriormente como una foto en el aquí y ahora, solo un instante, un flash de sus vidas. Diría Ludi (2005) ...” envejecer es un proceso particular y complejo, que constituye una experiencia singular, concreta, marcada por las huellas de trayectorias de vida, de prácticas sociales”.

Algún que otro vecino, el apoderado, alguna sobrina, una ex patrona o simplemente una empleada del geriátrico, constituyen para alguno de nuestra población estudiada, las redes ampliadas. Para Bourdieu, en la constitución de las redes tiene mucha relevancia el capital social, definido como “el conjunto de recursos actuales o potenciales que están ligados a la posesión de una red durable de relaciones, más o menos institucionalizadas de interconocimiento y de inter-conocimiento”

El capital social es un recurso usado por los sujetos, por las familias, para crear y poner en marcha distintos tipos de acciones que les permitan hacer frente a sus necesidades cotidianas y de reproducción social.

Los lazos sociales de estos sujetos son lábiles, la poca o nada vinculación con la familia, hace que se generen lazos con vecinos o amigos.

(Fernández Ballesteros, Izal, Montorio, González & Díaz Veiga, 1992, p. 177) en Arias entienden apoyo social como “la ayuda ya sea emocional, instrumental o de otra índole que se deriva de un determinado entramado social” cumple un papel sumamente importante puesto que ayuda a “proveer sentido a la vida”, aporta

“retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de la salud”, propicia una serie de “actividades personales que se asocian positivamente con sobrevida”

Las redes de apoyo social de las personas mayores, pueden suplir gran parte de sus necesidades (económicas, instrumentales, hasta las de carácter cognitivo e incluso emocionales), en un contexto de baja protección social por parte del Estado. (CEPAL-CELADE 2006)

El presente de los sujetos aquí descritos, dan cuenta de la ausencia o deficiencia de uno o de todos estos apoyos. En la instancia de internación se plasma y se materializa la necesidad de contar con estas redes. La fragilidad o deficiencia de ellos afectan la recuperación física y emocional de cada uno de los sujetos de la muestra.

Está ampliamente confirmado que la red de apoyo de las personas de edad tiende a reducir su tamaño, distribuirse irregularmente, homogeneizarse y perder funcionalidad. Una red con estas características resulta insuficiente y fundamentalmente sobrecargada en escasas relaciones. En la vejez, las redes de apoyo social suelen presentar importantes carencias y frente a determinadas situaciones problemáticas no cuentan con recursos disponibles ni potenciales que le aporten ayudas específicas. (Arias, 2004).

La población estudiada carece de “redes de reciprocidad” (Ludi, M.C., 2005) o las mismas son lábiles, cuya función se centra en brindar seguridad social y protección, limitando a estos ciudadanos de estabilidad y protección, especialmente en las situaciones de enfermedad.

En muchos otros países, la familia representa una unidad básica de la sociedad, comparte entre sus miembros la vida en común, sus fortalezas, debilidades, y el conocimiento y significado que tienen de sí mismos y de su realidad. Sin embargo, los cambios sociales, como la aparición de nuevos roles tanto para el hombre como para la mujer, y la transición demográfica, entre otros, son factores generadores de modificaciones en la estructura y dinámica familiar.

La familia es una unidad con estructura y organización que interactúa con su medioambiente, es un sistema social, con subsistemas interpersonales definidos por uniones emocionales y responsabilidades comunes, sujeta a cambios que pueden afectar su estabilidad

La población de edad avanzada ofrece hoy una diversidad mayor que la que presentó en cualquier otra etapa de la historia de la humanidad. Las diferencias principales residen en la situación económica, el marco social y familiar, la salud, la historia

personal y profesional de cada individuo, su relación pasada y presente con la educación y la cultura, etc.

Segunda categoría analizada:

- Los derechos de los adultos mayores , los deberes y garantías de las instituciones intervinientes como condicionante frente a las situaciones de discapacidad y cronicidad

Códigos incluidos:

- * Derechos de los adultos mayores
- * Modelo Institucional
- * Situación de dependencia/cronicidad

Personas AM	Derechos	Modelo Institucional	Situación de dependencia
Almando	Vulnerado el derecho a condiciones dignas de habitabilidad de su vivienda	Rehabilitación física limitada a la disponibilidad de recursos hospitalarios (humanos y materiales)	Secuela de ACV, no contiene esfínteres, secuelas neurológicas, no deambula
Hardy	Falta de apoyo directo al familiar a cargo del adulto mayor	Acompañamiento del voluntariado. Premura del equipo médico en referencia a desocupar la cama	Deficiencia respiratoria. neumonía intrahospitalaria
Ruperta	Dificultad de acceso a una institución adecuada dado el grado de burocratización	Irregular cumplimiento de la alimentación básica dada la falta de recursos humanos	ACV, deterioro cognitivo, no controla esfínteres, no deambula. Dependiente total
Enrique	Acceso laboral negado dado la edad y nivel cultural	La institución hospitalaria como alternativa habitacional y de satisfacción de necesidades básicas	Mal estado nutricional, síndrome confusional. independiente
Lina	Intervención judicial frente a la situación de abandono familiar	Discriminación, negación al acceso de atención en salud	Mal estado general, no deambula
Juan	Incumplimiento de acceso a programas sociales por falta de DNI	Acceso a la filiación, se vehiculizó el ingreso a una institución acorde a sus necesidades	Demencia
Dolores	Vulnerado su derecho a elegir donde residir, condicionado por la situación económica	Incumplimiento del acceso a material quirúrgico por obra social en tiempo y forma. (la paciente fallece a la espera de prótesis)	Insuficiencia cardíaca
Sara	Atención social y sanitaria, integral e integrada vulnerada (INSSJP)	Prejuicio en el equipo de salud, dado las condiciones de internación (alcoholizada). Intervención desde el servicio social para preservar el vínculo entre ambas hermanas	Mal estado general, deshidratación, No deambula, no controla esfínteres. Dependiente
Angélica	Incumplimiento de garantía respecto a la protección de sus afiliados (ISSSJP)	Prejuicio en el equipo de salud, dado las condiciones de internación (alcoholizada)	Demencia, deshidratada, signos de abandono personal, escaras. Totalmente dependiente
Narciso	Incumplimiento del derecho a vivienda digna, alfabetización y calidad de vida	Naturalización por parte del equipo de salud sobre las condiciones socioeconómicas que condicionan la calidad de atención	Independiente Negativismo a la ingesta

Derechos, modelo institucional y situación de dependencia constituyen componentes que se conjuran a la hora de evaluar y resolver el alta hospitalaria de los sujetos adultos mayores de la muestra.

En materia de derechos y conquistas podemos retrotraernos a fines del siglo XIX cuando la vejez comienza a ser población objetivo de medidas asistenciales. Por entonces se asociaba a esta etapa de la vida con la pobreza y las medidas políticas del Estado estaban orientadas a mitigar y ocultar la pobreza y mendicidad (Paola, J. pp. 45).

Más tarde con la Sociedad de Beneficencia se impone la idea de asilar y ocultar a los pobres, viejos e inválidos con el estigma de culpabilizarlos de su situación.

Es en 1934 cuando se reconoce en un proyecto de ley el derecho que tiene todo argentino a ser reconocido por las autoridades públicas frente a situaciones de invalidez y vejez entre otras.

Durante los primeros gobiernos peronistas (1946-1955) la Fundación Eva Perón proclama "los derechos de la ancianidad" por la cual se garantizaba bienestar a los hombres durante las últimas etapas de sus vidas, éstas conquistas están incluidas en nuestra constitución (Paola, J. y otros pp. 55)

También se ponen en práctica acciones de ayuda sociales en post de lograr la justicia social en estos sujetos que consideran con necesidades especiales y diferenciados de otros grupos vulnerables.

En la década de 1960 surgen dos nuevas leyes destinada a los trabajadores autónomos que se suma a las conquistas en la historia previsional argentina. El 13 de mayo de 1971 se crea el INSSJP-PAMI para pensionados y jubilados con el objetivo de dar respuesta a las necesidades insatisfechas de salud y sociales.

El 1994 se incluye en la constitución de la Ciudad Autónoma de Bs As derechos específicos vinculados a los adultos mayores (artículos 41, 42 y 44)

La crisis socio-política-económica del 2001 provocó la necesidad de promover medidas de urgencia en el ámbito de la seguridad social (pensiones asistenciales a la vejez, programas de alimentación, atención de salud, etc.) en fin estrategias para apaciguar la desprotección de este grupo étareo. Es en esta etapa donde se instala la tendencia a considerar a los adultos mayores como "sujetos de derechos".

Durante la primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Viena en 1982, se manifestaba la preocupación ante las constantes violaciones de los derechos

humanos, pero es en 1991 cuando Naciones Unidas acepta la declaración de Derechos y Responsabilidades de las Personas de edad, elaborado por la Federación Internacional de la Vejez¹⁷. Diez años más tarde durante la IIa. Asamblea realizada en Madrid se enuncia la responsabilidad primordial de los gobiernos en promover, prestar servicios sociales básicos y el facilitar el acceso a los mismos acorde a las necesidades específicas de las personas de edad.

El estado general de los sujetos de la muestra al momento de la internación da cuenta de situaciones de abandono, desestimación, carencias, soledad, desidia, que en algunas ocasiones devienen en una patología clínica y/o mental. Este escenario no se inaugura al momento de internación sino que sea conformado tiempo atrás.

Hoy desde la institución de salud se viven aún situaciones de estigmatización. Hallarse en la pobreza, ser víctimas del alcoholismo, historias de desafilación, ser viejos, condena y condiciona el acceso al sistema de salud. La atención médica desentendida del contexto socio familiar o de la historia personal impone una atención disgregada complejizando las estrategias de alta hospitalaria por tanto exponiendo al sujeto a mayor vulnerabilidad.

La carencia de recursos humanos con un pensamiento gerontológico obstaculiza un abordaje integral invisibilizando al sujeto como un todo, exponiéndolos a acciones desarticuladas y/o descoordinadas.

A la hora de resolver el egreso de sujetos con alta médica, los obstáculos extrainstitucionales también hacen de esta situación todo un desafío. Los exigentes requisito de admisión de las residencias para Mayores (Instituciones de 3er. Nivel- "Incluir Salud" PROFE; INSSJ y P. PAMI), los obstáculos burocráticos, los tiempos extendidos provocan una dilatación en el egreso que muchas veces va en desmedro del estado general dado su permanencia en una institución no acorde a las necesidades del sujeto.

Reconocer la imperfección de las organizaciones, su fragilidad, es enormemente estimulante y nos advierte de entrada contra la autocomplacencia. Nos hace más receptivos ante las voces de nuestros grupos de interés afectados, familias,

¹⁷ Se adoptaron mediante la resolución 46/91, los principios básicos que toda nación debe contemplar en beneficio de las personas de edad. Estos son: *Gozar de una jubilación y/o pensión que satisfaga sus necesidades. *acceso a la alimentación, vivienda y vestimenta. *Oportunidades para desempeñarse laboralmente. *Espacios de participación. *Vivir en entornos seguros según sus preferencias y necesidades. *Residir en su propio domicilio todo el tiempo que sea posible. *Favorecerla integración social. *Disfrutar de los cuidados familiares y contención por parte de la comunidad. *Tener acceso a medios adecuados de protección institucional, propiciando tareas preventivas. *Aprovechar y rescatar sus potencialidades. *Acceder a una vivienda digna y segura. *Contar con una cobertura de salud.

profesionales, servicios, administración pública o sociedad¹⁸ (José Aguilar, en J Fernández Aguado, 2008) por eso a menudo es conveniente reflexionar sobre la propia misión concreta, sobre los valores institucionales, y ajustarlos tantas veces como sea necesario

Orientados principalmente a atender procesos agudos, los hospitales y servicios sanitarios no acaban de adaptarse al nuevo perfil de paciente con una o varias patologías de larga evolución. Los enfermos crónicos y/o vulnerados por su situación social se sienten desatendidos. No hay comunicación entre la asistencia primaria y hospitalaria, incluso en los propios hospitales no hay coordinación entre los diferentes servicios que le proporcionan asistencia.

En referencia a las situaciones de dependencia, en la medida que la población envejece y el porcentaje de las personas de más de 60 años comienza a ser significativo, se observa un aumento en el número absoluto de las personas que presentan diferentes grados de deterioro bio-psico-social, contexto que supera las posibilidades de la comunidades para hacer frente a las necesidades asistenciales de los afectados (Paola, J y otros 2011, pp. 115)

Si bien es cierto que por una parte aumentan las oportunidades para que cada vez más individuos lleguen a vivir mayor cantidad de años, por otro, la calidad de vida empeora a medida que se envejece. Las limitaciones físicas, la demencia, la dependencia total, en un contexto de pobreza, marginación social y de violencia que viven algunos adultos mayores al interior de sus familias hacen más vulnerable la situación de esta población.

El aumento en la esperanza de vida¹⁹ pone de manifiesto la necesidad de conciencia en la prevención de las enfermedades y en el fomento del bienestar de las personas a medida que éstas envejecen. El riesgo de enfermar y morir forma parte también de la cotidianidad en la vejez. La "invalidez" constituye la amenaza más seria a cualquier estrategia de vida independiente (Ludi M. C., pp. 65)

Será entonces necesario servicios que integren medidas preventivas, terapéuticas y de rehabilitación en un todo que incluirá cuidados paliativos.

¹⁸ Citado en La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa (cuadernos de la Fundación Victor Grifols, 2010)

¹⁹ La esperanza de vida mundial aumentó en 17,9 años para los hombres y 19,7 para las mujeres en la segunda mitad del siglo XX y se ha situado en una media de 66 años. (Naciones Unidas, Consejo económico y social, 2006)

En la actualidad la discapacidad se ve desde una perspectiva ecológica, es decir desde la interacción persona-ambiente (Schalock R 1999). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la discapacidad como resultante de la interacción entre la discapacidad de una persona y las variables ambientales que incluyen el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos. En esta línea el Instituto de medicina (1991) sugiere que las limitaciones de una persona se convierten en discapacidad solo como consecuencia de la interacción de la persona con un ambiente que no le proporciona el adecuado apoyo para reducir sus limitaciones funcionales²⁰.

Apoyos adecuados y disponibles incrementan la calidad de vida de las personas, permitiendo así que los Derechos, como atribución colectiva a todos los seres humanos, garanticen el ejercicio de la Autodeterminación como capacidad y como derecho.

La discapacidad comienza como un problema de salud que, al no obtener respuesta, se torna un problema social.

Ningún sector por sí mismo es capaz de abordar la complejidad de las acciones necesarias para alcanzar la salud integral de la población, es necesario entonces una acción articulada y coordinadas de todos los sectores que tengan que ver con las condiciones de bienestar, con la calidad y con las condiciones de vida. De esta forma la intersectorialidad persigue trabajar sobre esta premisa

Tercera categoría analizada:

La seguridad social como mecanismo facilitador en la resolución de la estancia y/o alta hospitalaria

Códigos incluidos:

- * Seguridad social²¹
- * Situación habitacional
- * Forma de egreso

²⁰ III Jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad. Universidad de Salamanca, España. Dr. Robert Schalock 1999

²¹ Seguridad Social, entendida como el conjunto de instituciones que tienen como objetivo la protección de las personas frente a determinadas contingencias (vejez, invalidez, enfermedad, etc.), es un sistema solidario donde el Estado asume un rol vital

Personas AM	Situación laboral/seguridad social	Situación habitacional	Forma de egreso hospitalario
Almando	Exboxeador, vendedor ambulante, sin aportes jubilatorios, sin cobertura social	Precariedad habitacional, sin servicios sanitarios.	Ingresa a Hogar para AM a través de la DINAPAM
Hardy	Contadora, jubilada, beneficiaria de PAMI	Condiciones de hacinamiento.	Ingresa a Hogar para AM por PAMI
Ruperta	Pensionada por vejez. PROFE	Residía en un cuarto cedido	Fallece (esperaba ingreso a 3er. nivel)
Enrique	Operario metalúrgico hasta que la fábrica presentó quiebra. Con aportes jubilatorios. Logra jubilarse. PAMI	Residía en diferentes casas como cuidador. Sin vivienda propia	Egres a vivienda alquilada con su propio ingreso proveniente de su primera jubilación
Lina	Empleos fuera del sistema formal de trabajo, sin ingresos económicos propios ni beneficiarias de programas	Vive en casa cedida con su nieta, 8 bisnietos de corta edad	Fallece
Juan	Pensionado. PAMI	No posee vivienda propia	Derivado a Hogar por PROFE en Belgrano
Dolores	Pensionada, PROFE	Alquilaba un departamento a su vecina y apoderada	Fallece (a la espera de ingreso a 3er. nivel)
Sara	Jubilada, PAMI	Vivienda propia	Egres a con su hijo
Angélica	Jubilada, PAMI	Vivienda propia	Fallece
Narciso	Cartonero Sin cobertura social	Moraba en un vagón de ferrocarril	Fallece, (a la espera de ingreso a 3er. nivel)

En Argentina es extensa la cobertura del sistema de protección social a la vejez. En el año 2001, el 71 (setenta y uno) % de la población de 65 (sesenta y cinco) años y más recibía jubilaciones o pensiones, en tanto, el 81 (ochenta y uno) % tenía derecho a cobertura de salud por obra social, plan mutual o prepago. Durante el período intercensal 2001-2009 la cobertura se amplió notablemente, alcanzando en la actualidad valores cercanos al 90% de la población de 65 (sesenta y cinco) años y más protegida. Los haberes previsionales constituyen el principal componente de los ingresos corrientes de los hogares con adultos mayores argentinos (Redondo, N.

2009)²² . La misma autora afirma que la extensión de la cobertura de los sistemas de protección social tiene consecuencias sobre las formas de co- residencia de las familias. En los países en los que la cobertura es baja adquieren relevancia las redes informales de apoyo y aumentan las proporciones de hogares en los que conviven grupos familiares de varias generaciones. En un contexto de baja protección social estatal o paraestatal hacia la población envejecida, las redes informales de apoyo adquieren gran relevancia.

El régimen de la Seguridad Social se fundamenta por el hecho que, en términos de recursos, es uno de los principales instrumentos de política social que maneja el Estado.

Se sostiene que las pensiones son un mecanismo para mejorar la calidad de vida en la vejez y que es necesario que un adecuado sistema de previsión social incorpore además de un ingreso, una cobertura sanitaria plena (universal) y servicios sociales que demanda la gente de edad.

En la población estudiada la seguridad económica dada por percibir un ingreso monetario (jubilación o pensión) no ha sido en todos los casos garante en la resolución del alta hospitalaria en forma satisfactoria, la insuficiencia de los mismos se ha traducido en desprotección y deterioro en la calidad de vida de los mismos. Es decir los incluidos y los excluidos del sistema de seguridad social se ven inmersos en la misma incertidumbre en referencia a su futuro post alta.

En algunos casos la estancia hospitalaria se ve condicionada a los tiempos particulares que las obras sociales o programas de salud (PAMI Y "Incluir Salud"- PROFE) establecen para la gestión, evaluación y admisión de ingreso a un tercer nivel de sus afiliados²³. Algunos de ellos fallecen en la espera, otros finalmente obtienen la vacante. En referencia al aspecto habitacional, el problema de la vivienda de las personas mayores adopta varias formas, tales como las dificultades de accesibilidad y de movilidad, la inadaptación de las viviendas y las situaciones de aislamiento. Hay que tener en cuenta que estas formas del problema tienden a manifestarse simultáneamente, de modo que lo más usual es sufrir al menos dos o tres de estas dificultades a la vez.

²² Cambios en los hogares con población envejecida en Argentina y México: algunas aproximaciones a las transformaciones familiares derivadas de la transición demográfica, *Sagrario Garay Nélica Redondo , Verónica Montes de Oca (2009)*

²³ Ver anexo 2 .

La pretensión de una vivienda adecuada encierra un derecho compuesto, cuya vulneración acarrea la de otros derechos e intereses fundamentales (Pisarello y De Cabo, 2003, pp. 177).

La vivienda y su entorno condicionan la calidad de vida de las personas mayores, ya sea en la esfera objetiva de las condiciones de vida y del patrimonio, como en la esfera subjetiva o de percepción de bienestar. La adecuación habitacional implica reconocer la diversidad de necesidades y preferencias de las personas mayores, incluida la opción de "envejecer en casa", como también las situaciones de fragilidad que exigen cuidados y formas especiales de residencia (CELADE, 2003).

Con respecto a la situación habitacional, la muestra relevada da cuenta de una situación de inestabilidad habitacional.

La mayoría de las personas entrevistadas refieren vivir en casa cedidas por algún familiar u amigo, otros describen morar en un ambiente de hacinamiento. Los asentamientos muestran dificultades para la accesibilidad, siendo una limitación para el adulto mayor, inestables en su marcha o desplazamiento, aumentando los riesgos de caídas u accidentes, condicionando la habitabilidad en los lugares que residían antes de la internación. La dependencia o independencia física pone en cuestión el regreso al lugar de donde provienen.

La Arq. Silvia Coriat define hábitat integrador como el entorno físico cuyo adecuado diseño propicia la integración de las personas con discapacidad, reduciendo al mínimo la generación de situaciones discapacitantes" (Terzaghi, y Freysselinard, 2008).

Algunos de los entrevistados nunca accedieron a una vivienda, los llamados pobres estructurales, los que llegan a la vejez habitando en viviendas precarias, sin servicios básicos, constituyéndose esto una gran limitación ya que las necesidades de un hábitat integrador se prioriza y complejiza con la mayor edad, no tener acceso al agua caliente, al gas y calefaccionarse, no poder desplazarse, o a la energía eléctrica tiene un significado mucho más importante y necesario para los adultos mayores que para otro grupo etáreo, constituyéndose en un factor de riesgo para accidentes y deterioro en su salud.

Las personas aquí entrevistadas refirieron vivir solas, o con familia ampliada. Relataron tener dificultades en la convivencia y la familia mostró en lo concreto diferentes excusas para no hacerse cargo de la situación del sujeto hospitalizado. La carga de los cuidados de las personas con dependencia cae fundamentalmente en la familia (Gascón, S. 2009). Cuando no se cuenta con las redes familiares y ante la falta de

alternativas, el hospital apela al ofrecimiento de derivación a un hogar para adultos mayores.

Algunos de ellos se niegan a este ofrecimiento, otros no convencidos pero resignado aceptan, y en ocasiones otros fallecen a la espera de una resolución a su egreso.

Los requisitos a nivel provincial o nacional para el ingreso a un hogar para adultos mayores no siempre son cumplidos dada las particularidades de las personas con características de cronicidad entrevistadas, siendo rechazada la gestión luego de ser evaluado el caso por el equipo de admisión. A nivel municipal es inexistente la oferta de instituciones para adultos mayores. Aquellos que son beneficiarios de PROFE o PAMI se enfrentan a la burocratización frente a la gestión de ingreso a un 3er. Nivel implica. Cuando finalmente son aceptados deben esperar una vacante, en tanto permanecen internados en un hospital de agudos. A esta resolución se denomina "alta compartida". En este tiempo persisten en una institución inadecuada para internaciones prolongadas

Durante la entrevista ninguna de las personas internadas ha discutido o cuestionado su realidad en relación a la resolución del alta, no han reprochado el alargamiento de la estancia hospitalaria, no han insistido en querer egresar, y hasta han resistido a la idea de ser derivados a un lugar acorde a sus necesidades mostrando cierto sentimiento de pertenencia con el hospital. Para algunos de ellos "el hospital" significa el único lugar posible para vivir (duermen, comen, tienen agua, interactúan con otros, están abrigados...etc.) en definitiva están "adentro".

La distensión en el egreso hospitalario en la población estudiada, una vez otorgada el alta médica y superada la instancia aguda que originó la internación, ha significado para alguno de estos sujetos el deterioro del estado general dado la disminución de los cuidados y atención del equipo de salud ya que al contar con el alta médica, ya "no son asistidos" por el personal médico, se reduce los controles del servicio de enfermería y no cuentan con familiares o referentes que reclamen "ser vistos, ser mirados" . Esta situación va en desmedro de la propia salud física y mental de la persona que se traduce en consecuencias corporales y emocionales.

Es en este punto que el hospital como entidad pública, pierde de vista la misión y visión que se ha planteado como institución de salud.

CAPITULO IV

La salud es un derecho humano fundamental, que debería disfrutarse durante toda la vida, independiente del riesgo de ingreso y de enfermedad de las personas. CEPAL 2005

Conclusiones

En la vejez....procurando un buen vivir

El fenómeno del envejecimiento de la población, puede ser entendido no solo como un cambio estadístico demográfico, sino como una profunda transformación de la sociedad, porque involucra aspectos tan variados y complejos, que obligan a replantear desde las relaciones familiares a las necesidades culturales y materiales, desafiando las capacidades estructurales y funcionales de todos los agentes sociales involucrados.

El envejecimiento acelerado y la longevidad tienen sus repercusiones, entre otros aspectos sobre los sistemas de salud que deben replantearse este fenómeno en un mundo complejo y lleno de problemas sociales y económicos (Ham-Chande, 2009)

El efecto de la llamada transición epidemiológica – una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas determinan que cada vez son más las personas mayores con limitaciones funcionales, cognitivas o del comportamiento que requieren no solo de atención médica especializada sino de cuidados domiciliarios ambulatorios, o institucionales, durante un periodo largo de sus vidas.

Durante este trabajo descriptivo y de investigación, hemos observado que la familia, el Estado y el mercado constituyen elementos fundamentales a la hora de analizar la cronificación de la exclusión y en particular la cronicidad de sujetos en el hospital “Evita”.

Disponer de recursos, en relación a las necesidades de asistencia de las personas adultas mayores con características de cronicidad o potencialmente cronificables, nos permite garantizar alternativas particulares de respuestas en función de la situación familiar, económica y de salud de cada sujeto.

No caben dudas que es una grieta en las políticas del Estado que sujetos permanezcan por largos periodos hospitalizados por problemas de pobreza y vivienda no resueltos.

En países desarrollados²⁴ los hospitales han visto modificado su papel en la provisión de cuidados de larga duración durante estos últimos años. Así, de aquel escenario de los años cincuenta en que los hospitales se utilizaban, junto a las residencias, como un resorte capaz de proporcionar cuidados de larga duración cuando la familia no podía hacerlo, se ha pasado a uno nuevo en que las camas hospitalarias se conciben como un recurso destinado exclusivamente a individuos (dependientes o no) que requieren asistencia sanitaria. Esta nueva perspectiva es la consecuencia directa de los planteamientos anteriormente mencionados («continuidad asistencial»): cuando en una persona hospitalizada desaparecen las complicaciones de salud que motivaron su ingreso, existen otros recursos distintos al hospital los cuales podrían proporcionar más eficientemente los cuidados de larga duración que esa persona necesita caso de ser dependiente. De hecho, según Hennessy (1995), esta percepción sobre la inadecuación de los hospitales como proveedores de cuidados de larga duración, unida al incremento de los costes sanitarios, habrían sido dos factores inductores de la expansión de los distintos servicios formales de cuidados de larga duración (atención domiciliaria, centros de día...). Es más, en aquellos países donde la expansión de dichos servicios ha resultado menos intensa (como España), sigue resultando una prioridad el reducir la utilización inadecuada por parte de las personas mayores dependientes de las camas hospitalarias.

Aún en nuestro país es mucho más incipiente la disponibilidad de estos servicios a la hora de requerir alternativas de cuidados de larga duración o asistencia para aquellos en los que las redes ampliadas o de reciprocidad no han podido brindar la contención necesaria para algunos adultos mayores.

Las problemáticas sociales complejas, se caracterizan por su movilidad y permanente metamorfosis. Así en una internación en un hospital pueden surgir interrogantes, inconvenientes y urgencias que trascienden la esfera institucional del campo de la salud como también ocurre en otras instituciones como ser la escuela (Carballeda, A. 2008)

Podemos inferir de las características analizadas de las 10 (diez) personas mayores entrevistadas, en referencia a las historias personales, que la trayectoria de vida, los sucesos familiares, las oportunidades laborales, los diferentes modelos y políticas de Estado, influyen en la resolución del alta hospitalaria mas allá de la evolución del aspecto de salud.

²⁴ Un país desarrollado hace referencia general a un país que posee tanto un alto nivel de vida como un muy alto desarrollo humano y un pasado o actual desarrollo industrial y comercial. Unos de los indicadores más usados para considerar a un país como «desarrollado» es el índice de desarrollo humano.

No es posible sostener la posibilidad de constitución de sujeto abstrayéndolos de su contexto, donde la dimensión socio-histórica cobra relevancia.

Por lo tanto podríamos responder a la pregunta del comienzo, afirmando que no podríamos analizar la cronicidad sin tomar en consideración las condiciones de la historia de vida, (de toda la vida) de estas personas, sin tener en cuenta las condiciones concretas de existencia, condiciones materiales y simbólicas y las relaciones vitales en las que hombres y mujeres están inmersos mas allá de su voluntad y conciencia (Ludi, M.C. 2005, pág. 107).

La atención institucional/hospitalaria frente a esta población, definida como "social" con la carga ideológica que esta denominación conlleva en el equipo de salud, afectan los derechos de los sujetos internados, dado que son personas vulnerables en relación a su eventual padecimiento.

La población estudiada muestra una diversidad en la situación económica, el marco social, la salud, la historia personal y profesional de cada individuo. Pero los une la situación familiar, esa protección cercana de la cual habla Castell, donde el abandono, el desentendimiento, la desvinculación, el rechazo, la negación, la soledad, forjan el destino de cada uno de ellos, condicionando el egreso hospitalario.

A partir de las entrevistas y el contacto cotidiano durante largos periodos de internación con los adultos mayores, pudimos distinguir diferentes situaciones de vejez, matices semejantes a los que Ludi, M. C (pp.153- 154, 2005) identifica en su larga trayectoria en la temática. En nuestra muestra observamos la situación de aquellos viejos en situación de calle, viviendo del cirujeo, en extremas condiciones de cuidado personal, desvinculados desde hace varios años de sus lazos familiares y/o de referencia. Aquellas otras situaciones en las cuales son víctimas del maltrato o del abandono no solo del ámbito familiar sino del desentendimiento social, de las mismas instituciones que lo albergaban y se excusan hoy de volver a recibirlos.

Están los que conviven con familiares tan o más longevos que ellos, los cuales a la hora de prestar ayuda efectiva se ven imposibilitados por sus propias limitaciones físicas. Frente a esta realidad la respuesta ante la alternativa de ser derivado a una institución geriátrica responden, algunos negándose y otros aceptando con resignación o admitiendo ser la única opción.

La complejidad de la cuestión social actual da cuenta de una serie de problemáticas y temas que se hacen inmediatamente transversales y sobrepasan la especificidad de cada institución desde su comprensión y explicación hasta el sentido de la intervención.

En nuestra muestra, no hemos visto, viejos que participen en organizaciones de base o activos frente a la reivindicación de sus derechos, más bien se muestran pasivos frente a las situaciones de exclusión, naturalizando las condiciones de vivienda, quizás la contingencia de estar hospitalizados y en situación de vulnerabilidad frente a la enfermedad agudicen la invisibilidad frente a la condición de sujetos, realidad que se diferencia de la expresada por María del Carmen Ludi en el op citado anteriormente.²⁵

El énfasis reciente hacia los apoyos sociales en las personas mayores se debe a que en la vejez se puede experimentar un deterioro económico y de la salud (física o mental), junto con una mayor probabilidad de debilitamiento de las redes sociales debido a la pérdida de la pareja, los amigos y/o parientes (Guzmán J, Huenchuan S, 2005)

La calidad, frecuencia, efectividad y disponibilidad de los apoyos familiares en la población estudiada tiene aristas comunes. Se observa cierta disfuncionalidad familiar previa a la internación, por lo tanto pertenecer y o contar con lazos familiares no garantiza necesariamente que el apoyo sea constante, ya que éste puede variar en el tiempo y en el curso de vida de los individuos. Durante la hospitalización, la continuidad de la ayuda y acompañamiento familiar resulta fundamental más allá de la situación económica, siendo la principal fuente de apoyo para los miembros adultos lo que contribuye al bienestar emocional de los mismos.

La situación familiar no se inaugura al momento de la internación. Historias de desencuentros, abandono, violencia, destierro, se ponen en evidencia frente a la vulnerabilidad que implica la enfermedad y la hospitalización. El desempleo, la marginalidad, la precariedad laboral, la inestabilidad habitacional, erosionan en vínculos lábiles, fragilizando lazos familiares y/o sociales. Parecería que el destino de estos sujetos se ve supeditado a la resolución de trayectorias de vida de larga data.

Los cambios y las limitaciones propios de la edad, el adulto mayor es susceptible a desarrollar padecimientos crónicos, en consecuencia, se pueden incrementar los

²⁵ La autora identifica situaciones de vejez entre otros aquellos grupos de viejos (organizaciones de base) que luchan por sus derechos y reivindicaciones. (Ludi, M.C. pp 153-154, 2005)

niveles de discapacidad y dependencia física con repercusiones en la funcionalidad familiar (Zavala, M. y otros 2009)

Percibir una pensión o jubilación no les garantiza que el egreso hospitalario tenga diferente resolución que aquellos que carecen de una seguridad social. Por lo tanto esta dimensión político-económica no puede ser considerada como la única alternativa de protección social.

La actual situación socio-familiar y contexto próximo de los adultos mayores, se temporaliza en una trama de transformaciones respecto a la familia, dado que la misma se encuentra atravesada por una serie de nuevas cuestiones de orden social, económico, político e histórico, surcada por expresiones sintomáticas devenidas en conflictos graves, ambientes de violencia, desmembramiento de vínculos, situaciones de abandono, maltrato, etc., (Carballeda, A. 2001)

En este escenario, la familia de los sujetos de la muestra, en referencia a la provisión de cuidados de larga duración, contención y/o acompañamiento durante o post internación hospitalaria, visibilizan esas expresiones dando cuerpo al destino de cada uno de ellos.

La población estudiada no ha podido dar signos durante la hospitalización de la existencia o efectividad de una red de interdependencia e intergeneracional, no hay contexto ni recursos que garanticen circunstancias favorables para el transcurso de la vejez. La ausencia o ineficiencia de recursos institucionales tanto intra como extrahospitalarios en bien de la calidad de atención, ha condicionado la autonomía, física y social de los sujetos hospitalizados

Las políticas sociales no pueden ni deben ser la ambulancia de las políticas económicas de un país (Paola, 2012). En la medida en que el Estado, como elemento unificador de la vida política y como instancia de protección social, sea débil, las miradas se vuelven a la familia como elemento probable de cohesión social, exigiéndosele que actúe frente a los vacíos de protección, CEPAL 2009. No han sido sujetos de políticas integrales, se han visto desmantelados de protecciones en su vejez, se les ha incumplidos sus derechos como ciudadanos y cercenados sus proyectos si es que alguna vez los tuvieron.

Podemos concluir que son multicausales las razones por las cuales personas adultas mayores que han superado las causas de internación permanecen por largo períodos residiendo en un hospital de agudos.

Estas personas padecen la exclusión principalmente de los afectos familiares, no hay a quien recurrir, la ausencia o precariedad del capital social los ha condicionado frente a la vejez y a la situación de dependencia.

Ni el Estado, ni la protección cercana (familia, vecinos y amigos) han podido garantizar la inclusión y protección de los mismos, sobreviviendo o no, por eternos días en la cama de un hospital a la espera de transitar dignamente la vejez.

Bibliografía.

- Álvarez Pedrosian, Salud y subjetividad en la internación hospitalaria (una presentación de "los estrategas de Maciel) GSIC UDELAR Montevideo 2009
- Arias, C. Red de Apoyo Social y bienestar psicológico en personas de edad, grupo: SAV y PCE Ediciones Suárez 2004
- Bialakowski, J, Grima, J, Rosendo E, Xiques, M, y Haimovici, N (2001) Ponencia "clases y conflicto: procesos sociales de trabajo en Instituciones y núcleos Urbanos segregados".
- Borja, J. "Ciudadanía y Globalización" en revista del CLAD reforma y Democracia. Caracas. CLAD 2002
- Carballada, A. Jornadas Análisis de la Intervención Profesional" Módulo 1. Cinap. UBA 2001
- Castel, R. La metamorfosis de la cuestión Social. Editorial Paidós. 1ª reimpresión. Buenos Aires. Capítulos 1,2, y 6. 2004
- Castel, R. La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión En Revista Topía, Año 1, N° II.1991
- Castel, R La inseguridad Social, ¿qué es estar protegido?. Ediciones Manantial. 1ª .ed. Buenos Aires 2003
- CEPAL-CELADE (2009) Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Editora: Sandra Huenchuan, Santiago de Chile, 2009
- CEPAL-CELADE Capítulo V, Entornos favorables y envejecimiento en América Latina y el Caribe, 2009

- Feres, J y Mancero, X "Enfoques para la medición de la pobreza: breve revisión desde la literatura". Documentos de la CEPAL, N° 4, Serie Estudios estadísticos y prospectivos, Santiago de Chile. 2001

- Duschastzky, S (compiladora), Tutelados y Asistidos, 1ra. Edición, Bs As, Editorial Paidós.2008

- Gascón, S. Vejez y Pobreza en Argentina, La visión de las personas de edad. 1RA. Edición, Bs As- ISALUD 2007

- Goffman, E. Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. "2° ed.2007

- Guzmán, J; Huenchuán S, CEPAL Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada. "Políticas hacia las familias, protección e inclusiones sociales". 2005.

- Hamilton, G. Exclusión de la protección social en salud en Argentina: tres enfoques metodológicos. En libro: Jornadas Gino Germani. IIFCS, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina. 2001

- Hintze, S. Políticas Sociales en el cambio: Conjeturas sobre lo posible- 1ra. Edición, Bs As- Editorial Espacio, 2006

- Huenchuán, S CEPAL - Serie Población y desarrollo N° 100 La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos. 2011

- Huenchuán, S; Guzmán, J Notas de población n° 83. CEPAL. Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas. Notas de población n° 83. CEPAL Santiago de Chile, 2006

- Iacub R, Las políticas de las edades, Las identidades sociales, Capítulo 1, 2008

- INDEC "Las necesidades básicas insatisfechas: sus deficiencias técnicas y su impacto en la definición de políticas sociales". Documentos del Taller 5º Taller regional del MECOVI, México 2000

- Jordi Estivill, OIT Panorama de la Lucha contra la exclusión social. Conceptos y estrategias, 2003

- Ludi, M. del C., Envejecer en un contexto de (des)protección social: claves problemáticas para pensar la intervención social- Bs As, Editorial Espacio, 2005

- OMS. Centro de Prensa, El Derecho a la Salud. Nota descriptiva N°323 Agosto de 2007

- OMS. artículo: "Conjunto de prestaciones de Salud" Objetivos, Diseño y Aplicación, 2003

- OMS Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Versión: Marcha de 2005

- OPS Guía metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud. Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud. Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud OPS/OMS, 2006

- Paola J; Samter N; Manes R, Trabajo Social en el campo gerontológico : Aportes a los ejes de un debate, Editorial Espacio, 2011

- Poveda Salvá, R (2011) Cuidados a pacientes crónicos, apuntes El cuidado de las personas mayores dependientes
www.xtec.cat/.../CUIDADO%20PERSONAS%20DEPENDIENTE

- Redondo Nélida, Envejecimiento y pobreza en la Argentina al finalizar una década de reformas en la relación entre Estado y sociedad. Universidad Católica Argentina. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile 14 al 18 de julio de 2003

- Robles, C (2005), Ponencia "La pericia social como derecho en la construcción de proyectos ético-políticos "Encuentro latinoamericano de Trabajo Social, Universidad de La Plata, 2005

- Soneira, Abelardo J. "La 'Teoría fundamentada en los datos" 2006

Tobar F, Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina

- Vitali, F; Ríos, J; Fort, C; Novarini, R; Solulages, G; Ares, P; Evaluación de la utilización hospitalaria en un hospital público de la República Argentina.

- Schalock, R Hacia una nueva concepción de la discapacidad- Universidad de Salamanca, 1999

- Convención Internacional sobre el derecho de las personas con discapacidad, ley 26378

- Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la salud

- [PDF]

1. Anexos.

ANEXO 1

Características generales de los pacientes	Descripción y análisis
<ul style="list-style-type: none"> • VIVEN SOLO • REFIEREN NO TENER FAMILIARES • DESVINCULADOS DE FAMILIA DE ORIGEN • DESVINCULADOS DE FLIA NUCLEAR • SIN LAZOS AFECTIVOS NI EFECTIVOS • VIVEN CON AMIGOS • TENER VECINOS DE REFERENCIA • FAMILIA NO CONTINENTE • DIFICULTAD O RENUENCIA DE FAMILIARES PARA ORGANIZARSE Y CUIDAR DEL PACIENTE • SOLTEROS • VIUDOS • SEPARADOS • NO TIENEN HIJOS 	<p>Se modifican las instituciones sociales, el ciclo de vida familiar y la organización de las biografías personales</p> <p>En la medida en que las personas mayores tengan activas sus redes familiares disminuye el riesgo de una disminución simultánea de todas las fuentes de recursos económicos y no económicos, y el riesgo derivado de las fluctuaciones de su disponibilidad se distribuye entre varios agentes. No obstante, debe considerarse que los cambios en los patrones de fecundidad y nupcialidad pronostican un futuro en el que disminuirá el número de familiares (hermanos, hijos, nietos) con los que la persona mayor puede contar y en el que será cada vez más frecuente que las personas de edad se vean forzadas a depender de ellas mismas para satisfacer sus necesidades (OIT, 2002) e, incluso, hacerse cargo de familiares jóvenes.</p> <p>La relación entre familia y envejecimiento se funda en que los cambios del concepto y formas reales de las familias se insertan dentro de determinadas transformaciones globales de la sociedad, entre las que destacan las consecuencias que la dinámica poblacional tiene sobre la estructura y composición por edades de las familias</p>
<ul style="list-style-type: none"> • CHANGAS • DESOCUPADOS • CARTONEROS • CROTOS/ MENDIGOS • CUIDA COCHES 	<p>La situación de los hoy adultos mayores en relación al empleo podría analizarse como la resultante del estancamiento económico sufrido a partir de la década de los 80, con la expansión del desempleo abierto, el subempleo, la caída de los salarios reales y el aumento en el deterioro de las condiciones de trabajo. Protagonistas del proceso de movilización</p>

	<p>descendente.</p> <p>Las tendencias generales de los indicadores laborales de las personas mayores a partir de los inicios de los años noventa en 12 países de América Latina y el Caribe muestran los siguientes hechos sobre la participación económica en la vejez: 1) las tasas de participación tienden a crecer; 2) hay bajas tasas de desempleo, pero están en aumento; 3) el empleo es sobre todo en el sector informal; 4) el empleo asalariado es relativamente reducido y tiende a decrecer, y 5) la jornada laboral se reduce levemente a medida que avanza en la edad (Bertranou, 2005).</p> <p>Este panorama obedece, entre otras razones, a los bajos niveles de calificaciones básicas y fundamentales que tiene la población de edad avanzada, La demanda de nuevas calificaciones y conocimientos pone en desventaja a muchos trabajadores de edad, cuya formación anterior ha quedado obsoleta (OIT, 2002).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • VIVIR EN PENSIONES • CASAS CEDIDAS • CASA CON AMIGOS • VIVIR EN SUS LUGARES DE TRABAJO (TALLERES/GALPONES) • OCUPAS • MALAS CONDICIONES HABITACIONALES • VIVIR EN SITUACION DE CALLE 	<p>Población que quedo fuera de la que refiere Nélide Redondo. Donde las personas mayores de 65 años son propietarias y que disponen de cobertura de salud . . Según Redondo la tenencia de vivienda propia es uno de los pilares del bienestar de las personas mayores</p>
<ul style="list-style-type: none"> • DE OTRA PROVINCIA • EXTRANJEROS • SIN DNI 	<p>Migraciones internas del campo a la ciudad</p>
<ul style="list-style-type: none"> • TRASTORNOS PSIQUICOS • ETILISTAS • DBT • SECUELAS DE ACV • OXIGENODEPENDIENTES 	<p>El control de enfermedades degenerativas esta vinculado al desarrollo económico de las regiones y al nivel socioeconómico de las familias y las personas.</p> <p>Los avances científicos que se produjeron en las últimas décadas para la prevención</p>

<ul style="list-style-type: none"> • DESNUTRICION • DESHIDRATAACION • AMPUTADOS • DETERIORO COGNITIVO • ENF DEGENERATIVAS • SECUELAS DE PGIAS CRONICAS • EPOC 	<p>y tratamiento las enfermedad requieren, en general, tecnología de alta complejidad para el diagnóstico, tratamiento y su accesibilidad no es universal ni equitativa entre los distintos estratos sociales y regiones.</p> <p>La enfermedad crónica se define como un proceso incurable con una gran carga social desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia e incapacitación. La pobreza es el determinante clave. Tiene una etiología múltiple y un desarrollo poco predecible</p>
<ul style="list-style-type: none"> • PENSIONADOS • JUBILADOS • SIN COBERTURA SOCIAL 	<p>Las características de los sistemas de protección social se reflejan en las oportunidades y en las amenazas para lograr un ingreso sustituto digno en la edad avanzada y, entre otros aspectos, en la posibilidad de acceder a la atención de la salud. Las biografías generacionales corresponden al contexto en que han ido envejeciendo, y se refieren a los factores propios de la historia social, económica y política de las sociedades de las que forman parte</p>

ANEXO 2

REQUISITOS PARA INGRESOS A 3ER. NIVEL

Unidad Ejecutora

Programa Incluir Salud

La documentación para el " Alta Geriátrica" es la siguiente:

- Ser mayor de 60 (Sesenta) años.
- Fotocopia de recibo de cobro (Ultimo).
- Fotocopia del D. N. I.
- Constancia de afiliación (Carnet)
- Nota solicitando la internación, firmada por el beneficiario, familiar o persona a cargo
- Estudio socio-económico (tanto del beneficiario como de los familiares obligados convivientes o no convivientes)
- Historia clínica tanto del médico de cabecera como del médico tratante, en la que se informen las causas médicas que motivan la solicitud de la internación geriátrica

Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores dependiente de la secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia Y Familia, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social.

A los fines de tramitar solicitud ingreso a un hogar de Ancianos, se solicita lo siguiente:

- Certificado de estado de salud física
- Certificado de salud mental (suscripto por médico psiquiatra)

- Certificado de agudeza visual (en caso de disminución o pérdida, posibilidad de recuperación, suscrito por oftalmólogo)
- Certificado de las características de la deambulaci3n
- Certificado de esfínteres
- ECG con informe del cardiólogo

Estudios:

- Radiografía de t3rax (con informe)
- Análisis de sangre (hemograma, uremia, creatinina, reacci3n de Wasserman, Khan o VDRL, PPD, glucemia, orina completa, acido úrico, Chagas)
- Certificado de no padecer enfermedades infecto contagiosa.
- Si est3 internado (hospital o sanatorio), resumen de historia clínic, certificado de alta.
- Los certificados ser3n de hospitales o estatales.