

Maestría en Gestión de
Servicios de Gerontología
Trabajo Final de Maestría

Autora: Alicia García

**EXPLORACIÓN DE LA ACTIVIDAD INTERDISCIPLINARIA
DE LOS SERVICIOS GERONTOLÓGICO
EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

2012

Directora de Tesis: Lic. Daniela Álvarez

*Citar como: García, A. (2012). Exploración de la actividad interdisciplinaria de los servicios gerontológicos en la Ciudad de Buenos Aires. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.
<http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/468>*



RESUMEN

El presente estudio se propone explorar las estrategias de los servicios de atención gerontológica para brindar prestaciones integrales en el ámbito urbano de la C.A.B.A entre los años 2009-2011 Para ello, se seleccionaron once programas y servicios y se realizaron entrevistas en profundidad a los responsables de su gestión en el nivel local y en los niveles de planificación de las políticas sociales para la tercera edad.

Se observó asimismo la conformación de los equipos interdisciplinarios y las estrategias prevalentes a la hora de asignar los recursos humanos. Por otra parte se consideraron los aportes que comprenden las condiciones reales de su desempeño efectivo

PALABRAS CLAVE: *EQUIPOS – CONSENSO - INTEGRALIDAD - ACCESIBILIDAD-*

1. INTRODUCCIÓN

Contamos con un cúmulo de conocimientos de la teoría y la práctica gerontológica de tal magnitud y diversidad que suponemos suficiente recurso para el abordaje diario de los problemas del envejecimiento. Sin embargo, la multiplicidad de variables en cada caso requiere una gama de intervención que solamente se puede asegurar mediante el trabajo en equipo.

Aún así, sabemos por la práctica diaria que la existencia de los equipos no garantiza con seguridad una adecuada atención gerontológica. Hay otros factores que influyen en el profesional (como colectivo y como individuo) que no ha sido formado en la idea de la evolución hacia un pensamiento complejo, sino en la necesidad académica de juntar conocimiento y a su aplicación por principio. Esta forma de instrumentar la teoría aleja las respuestas de la necesidad, y no es posible pensar en disciplinas sociales al margen de las necesidades humanas.

En el territorio de la C.A.B.A. hay diferentes organizaciones involucradas en las políticas destinadas a los Adultos Mayores, con una concentración importante de la oferta de servicios asistenciales si se compara con el resto del país. Por otra parte debemos tomar en cuenta que la población de la ciudad está compuesta por con un 21,7%% mayores de 60 (16.6% mayores de 65) y en el mismo ámbito operan recursos

del orden nacional, municipal y privados. Estos elementos presuponen la existencia de sistemas de coberturas progresivas e integrales para los habitantes ciudadanos al momento de abordar las cuestiones inherentes a la fragilización y la vulnerabilidad de este grupo etáreo.

Entendemos que profundizar los conceptos de nuestro quehacer y confrontarlos con las realidades emergentes del trabajo de campo es un propósito de carácter irrenunciable para entender y operar en las realidades de la vida cotidiana así como para analizar factores que interfieren en los objetivos asistenciales y que no son atribuibles a la falta de recursos. Es posible que gran parte de los resultados insuficientes observados en la atención o prestaciones de servicios, entre otras cuestiones, provenga de la escasa articulación entre teoría, práctica y realidad ó ambiente, Este problema no es necesariamente producto de la inexistencia de acciones transdisciplinarias previas o la aplicación de medidas interdisciplinaria, pero se manifiesta en el quehacer diario multidisciplinar como un gradiente de factores ubicados entre la diversidad y la dispersión.

Por otra parte desde la perspectiva del profesional y en la actividad diaria nos encontramos con personas procedentes de diferentes disciplinas y en el trabajo de campo coexisten los paradigmas. Es quizás por ello que el trabajo en equipo resulte para muchos altamente convocante, considerando que además de los conocimientos propios se requiere tomar en cuenta la historia particular en cada caso, la manera como se desarrollan los eventos y la intervención imprevisible del azar.

Este último aspecto es significativo en relación a la etapa vital en la cual trabajamos, porque a lo largo de los años se producen hechos, actos, aciertos y desaciertos que nos permiten reconocer una historia particular con facetas de la generalidad pero con diferencias muchas veces basadas en decisiones de impacto negativo ya que “decisiones equivocadas las tomamos todas las personas, pero las consecuencias en la vejez pueden llegar a ser irreparables” Fernando Perlado, Teoría y Práctica de la Geriátría, Caso N° 1, pag. 111/1995

Los equipos que diseñan o ejecutan la políticas sociales se mueven en general en el convencimiento que el sujeto no es, en parte social y, en parte, individual sino que se

halla bajo la categoría fundamental, irrepetible de una unidad que se expresa mediante la síntesis o simultaneidad de las dos determinaciones opuestas: el ser a la vez parte y todo, producto de la sociedad y elemento de la sociedad. De acuerdo a la experiencia profesional el aporte del marco teórico y el desarrollo conforme a determinados paradigmas en vigencia se canalizarían adecuadamente la resolución del conflicto toda vez que al organizar las respuestas se actúa siguiendo la necesidad real que la situación concreta determina. Para el caso del Adulto Mayor ponderamos especialmente los lineamientos de análisis de la Fragilización y la Vulnerabilidad Social.

El profesional del quehacer gerontológico interviene desde el trabajo con y para las personas en el reconocimiento que en nuestro caso, es una persona –toda su vida- en la búsqueda final de un sentido para la misma. Es trabajar para un tiempo que alguna vez tendrá, con mucha suerte, su mirada en nosotros mismos.

Por lo expuesto precedentemente, no es intención de este estudio el trabajo, la discusión sobre la aptitud o ajustes de la cuestión interdisciplinar sino una reflexión acerca de ¿Cómo podemos hacer que lo que “hacemos” resulte la mejor respuesta para el destinatario? Buscamos un aporte, un análisis de un estado de situación que nos dé cuenta de algunas relaciones y resultados, en el cual se visualicen realidades que reclaman vocación hacia el otro cuyo única demanda es el apoyo necesario para lograr un paso más hacia la mejora de sus condiciones de vida y en el fortalecimiento de valores, actitudes y creencias que le dan sentido.

En el presente trabajo se han seleccionado los servicios con jurisdicción y ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por la diversidad de órdenes e instancias de aplicación que operan frente al mismo problema sin la articulación suficiente, sin provisiones frente a la necesidad de la mejor utilización de los recursos sociales. Se numeran a continuación los servicios seleccionados:

- 1- Servicio de Atención Domiciliaria - Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
- 2- Programa de Políticas Sociales para Atención Domiciliaria – PAMI –INSSJP
- 3- Hogar de Día - Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

- 4- Área Programática de Salud - Hospital Ramos Mejía. CABA
- 5- Programa de Voluntariado en Educación - Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
6. Programa de Promoción y Prev. Socio Comunitaria – Agencia 6.INSSJP,
7. Dirección Nacional de Política para Adultos Mayores (DINAPAM)
- 8, Asociación Mutual de los Agentes de los Organismos para la Tercera Edad (AMAOTE)
9. Hogar Isabel Balestra Espíndola - DINAPAM
- 10.Hogar Ledor Vador
- 11 OSC – ONG- con Gestión Asociada

En el ámbito político geográfico de la Ciudad se desarrolla una coexistencia de diversos marcos regulatorios relacionados con las incumbencias de cada organismo de Gobierno. (Gobierno Local, Nacional, regímenes públicos nacionales y Organizaciones de la Sociedad Civil).

La práctica permite observar las dificultades a la hora definir especificidad y características de determinados servicios con escaso desarrollo en el medio o la adopción nuevas tecnologías asistenciales de reciente incorporación. Muchas veces el mismo servicio o prestación se denomine de diferente manera. Se trata de conceptos sin consenso que luego se trasladan a normas para la implementación de servicios híbridos, que dificultan las posibilidades de evaluación de los resultados porque no se sabe precisamente qué resultados se buscan mediante su implementación.

Por último, si bien el tema del trabajo interdisciplinario está suficientemente abordado por autores y grupos de estudio de diferentes épocas, campos de aplicación y formaciones académicas, al momento de organizar los servicios no sabemos con certeza el peso que cada aporte implica ni su impacto en el resultado de calidad esperable frente a la dignidad de una persona añosa.

Utilidad y Relevancia

En este sentido, consideramos de relevancia el aporte para la gestión proveniente de un análisis de organismos e instituciones importantes de nuestro medio e identificar sus

comportamientos exitosos y las estrategias que pudieran resultar inconducentes en los casos o gestiones que, a pesar de la disponibilidad de medios, equipamiento y recursos humanos, seguimos ofreciendo respuestas fragmentadas, repetidas y sostenidas sin cambio en el tiempo.

Los clásicos modelos de servicios definidos por cada institución o por campo disciplinar (Servicios Sociales Escolares, de Cajas Previsionales, de Hospital, de RAM, Hogares de Niños, etc.) se construyeron en la idea de dar respuesta a diferentes necesidades de personas descontextualizando el entorno y las diferencias culturales. No se tomaban en cuenta las relaciones de coordinación y articulación, en especial de comunicación permanente requeridas en estrategias integrales y organizadas sistemáticamente. La evolución demográfica de la población y los cambios territoriales, de las instituciones culturales, las grandes migraciones de las últimas décadas relativizan los esfuerzos que no se prevean como gestión de intervención de procesos en la historia.

Por lo expuesto se detallan informaciones relacionadas con el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Según la Dirección General de Estadísticas y Censos perteneciente al Gobierno de la C.A.B.A. para visualizar en parte las necesidades y el cúmulo de respuestas potenciales y así enfocar luego las unidades productoras del sector Servicios.

Envejecimiento y Contexto

El último Censo 2010 nos ha permitido conocer que el país cuenta con 40.518.951 de los cuales 19.846.671 son varones y 20.672.280 mujeres, con un 8% de población rural, es decir nuestra población es esencialmente población de ciudades y grandes aglomerados regionales,

Considerando la distribución por edades, la población de *65 años o más* correspondería al 10,2% del total y la de *60 años o más*, al 14,3%, lo cual indica que la Argentina sea el tercer país más envejecido de América Latina después de Uruguay y Cuba. Por su parte se denota un paulatino descenso de la población entre *0 a 14 años*, representando el 25,5% en 2010, inferior al 28,3% de 2001.

En cuanto al crecimiento poblacional de la Ciudad de Buenos Aires censada en noviembre de 2001 ascendía a 2.776.138 habitantes, con una importante densidad demográfica en el mismo año 2001 a 13.679,6 habitantes/km². Los resultados provisionales del censo de 2010 indican que la ciudad tiene 2.891.082 habitantes, un 4,5% más que en 2001. La superficie es de 202 km² -

En lo atinente a la distribución por edades esta Ciudad cuenta con un porcentaje de 18.7 menores de 14 años mientras son 12.3 los mayores de 70 y si consideramos 60 y más llegamos al 21.7 % sobre el total de la población El último Censo nos confirmaría que la C.A.B.A. es en realidad una ciudad estancada si observamos las condiciones y procesos demográficos, el envejecimiento de su población y la baja tasa de natalidad (1,9). Otra característica es la de ser un centro urbano predominantemente femenino (1.555.919 /1.335.163 total 2.891.082 con un 30.6% de hogares unipersonales. Este último dato comprende al porcentaje sobre todas las edades, pero es importante señalar que en relación a la población mayor nos encontraríamos con 80/100 posibilidades que su jefa sea una mujer añosa, con alguna cronicidad, algún grado de dependencia y sola.

La distribución geográfica de la población Buenos Aires tiene una densidad de 14,185 habitantes x km cuadrado. La esperanza de vida llegó a los 75,9 años (79,4 años para las mujeres y 71,8 para los hombres.

El porcentaje de adultos mayores de 65 y más bajó respecto al 2001: en 2010 es 16,4% mientras que en 2001 fue 17,2%.

Los residentes extranjeros conformar el 13% del total, más de la mitad proceden de países limítrofes. Pasamos ahora a destacar algunas características de esta Ciudad siguiendo los datos de la información brindadas por las áreas de Estadísticas y Censos del gobierno local.

Analfabetismo y uso de computadora

En la Ciudad de Buenos Aires, hay 12.403 personas de 10 años y más que son analfabetas, lo que representa el 0,5% del total. Este porcentaje no muestra diferencias

con respecto a 2001. Para el país en su conjunto el analfabetismo se redujo tanto en términos absolutos como relativos, llegando a 1,9%.

Casi el 74% de los porteños de 3 años y más (2.016.683) utilizan computadora. Para el total del país este porcentaje ronda el 53%. Entre los jóvenes de 13 a 19, más del 94% usan computadora y entre los mayores de 59 años este porcentaje se reduce a algo menos del 40%.

Natalidad y Mortalidad Infantil

Buenos Aires ha ostentado bajas tasas de natalidad en las últimas décadas comparada con otras jurisdicciones del país. En 2008 se registraron 45.820 nacimientos dando una tasa bruta de natalidad del 15,1‰. Las defunciones fueron 32.074, con una elevada tasa bruta de mortalidad del 10,5‰ (producto de una estructura poblacional envejecida). Como resultado se vislumbra un bajísimo crecimiento vegetativo de 4,6‰ (0,46%) similar al que se observa en países europeos. En 2008 la tasa global de fecundidad fue de 1,94 hijos por mujer (por debajo del nivel de reemplazo generacional de 2,1 hijos por mujer), registrándose un aumento con respecto a 2007 (1,82) debido al notable aumento de los nacimientos a nivel del país. Buenos Aires se enmarca como la jurisdicción con menor tasa global de fecundidad de la Argentina con una tasa en torno a los 2,4 hijos por mujer (2008). En la última década, la fecundidad de la ciudad osciló entre los 1,7 a 1,9 hijos por mujer,

En el período 1990-2008 la tasa de mortalidad infantil sufrió una baja del 16,0‰ al 7,7‰ respectivamente. La dependencia potencial total indica que existen 50,5 personas potencialmente dependientes por cada 100 potencialmente activas. De este %50,5, 25,5 son niños y 20 son mayores.

La crisis económica que afectó a la República Argentina a comienzos del siglo XXI, también tuvo su impacto en la ciudad de Buenos Aires, aunque los niveles de pobreza e indigencia son sensiblemente menores a la media del país.

Según la Encuesta Anual de Hogares (EAH) realizada por la Dirección General de Estadísticas y Censos (DGEyC) entre noviembre de 2005 y noviembre de 2010, el ingreso del que disponían los hogares de la Ciudad de Buenos Aires pasó de \$965 a \$2.473 *per cápita*, creciendo 156%, en términos nominales.

Dicho incremento se produjo en el marco de una serie de cambios en la situación económica y social por medio de determinados hechos y reformas institucionales, en los aspectos laborales y políticos y de políticas de ingresos del gobierno nacional con impacto en la vida cotidiana de los ciudadanos..

En el mercado de trabajo, contribuyeron el aumento de los ingresos, la recuperación del empleo, el pleno funcionamiento de las convenciones colectivas para los trabajadores en relación de dependencia y la activación del salario mínimo, vital y móvil, como marco de referencia para los trabajadores informales. Asimismo corresponde mencionar la recuperación de los haberes jubilatorios, la incorporación de trabajadores excluidos de los regímenes provisionales y finalmente, con la implementación de la Asignación Universal por Hijo (AUH).

En la Ciudad de Buenos Aires se verificó un crecimiento sostenido de los ingresos nominales sólo se atenuó parcialmente entre 2008 y 2009, con la crisis financiera internacional para volver a crecer durante 2010.

Incidencia de la Insuficiencia de Ingresos Según Características de los Hogares.

En 2010, el 45% de los hogares de la Ciudad era de núcleo completo (pareja con hijos o sin hijos), mientras que el 11% era de núcleo incompleto (en su mayoría con jefa mujer); el 4,5% eran extendidos o compuestos con núcleo completo y el 2% eran extendidos o compuestos con núcleo incompleto; el resto eran hogares no familiares.

Al considerar los hogares según su tipo en relación con la incidencia de insuficiencia de ingresos se destaca que:

Los hogares con núcleo incompleto presentan incidencias de insuficiencia de ingresos mucho más altas que los hogares con núcleo completo. En particular, duplican las

incidencias en relación a la CA: 5% de los hogares con núcleo completo no alcanzan la CA, en tanto que esa incidencia trepa a 9,7% en aquellos con núcleo incompleto. Dicho de otra manera, los hogares monoparentales (mayormente con jefatura femenina) son más frecuentemente pobres que los de núcleo completo y, dentro de ellos, la profundidad de la pobreza es mayor.

Existe una fuerte distinción al interior del grupo de los hogares unipersonales (que representan el 30,5% de los hogares de la Ciudad), según la edad del miembro del hogar. Sólo el 0,6% de los hogares unipersonales de personas de más de 65 años posee ingresos menores a la CA, mientras que ese porcentaje es bastante mayor en el caso de personas de hasta 65 años (4,6%). Sin embargo, cuando se trata de la CT, son los de más de 65 años quienes presentan mayores incidencias de insuficiencia de ingresos (27% *versus* 19,4%). En otros términos, los hogares unipersonales de adultos mayores están en mejor situación que sus pares menores de esa edad en términos de extrema pobreza, pero presentan mayores incidencias respecto de la CT que incluye gastos en salud que son mucho más elevados entre los Adultos Mayores. El cobro de jubilaciones y pensiones entre la población de mayor edad es un factor que les permite cubrir sus gastos en alimentos, en tanto que parece insuficiente cuando se adicionan otros bienes y servicios a la Canasta.

Los hogares con presencia de adultos mayores (30% del total de hogares de la Ciudad) muestran menores incidencias de insuficiencia de ingresos para todas las canastas. Esto puede explicarse porque en los hogares extendidos o compuestos los adultos mayores aportan al ingreso total del hogar con sus jubilaciones y/o pensiones. En efecto, del total de personas de 65 años y más el 98% percibe algún ingreso y el 92% percibe ingresos por jubilación y/o pensión. Este tipo de ingreso tuvo un incremento promedio mayor al del costo de la CT (29% *versus* 23%), pasando de \$ 1.174 en 2009 a \$ 1.510 en 2010. Sin embargo, es para destacar que 20,9% de los hogares con integrantes de más de 65 años no dispone de ingresos suficientes para atender los gastos en salud, renovar el vestuario y demás gastos estacionales, incluidos en la CT, si bien esa incidencia es 12% menor a la presentada en 2009 (23,8%).

Si se realiza un análisis según dominio de residencia se observa que casi la totalidad de los hogares de la Ciudad habitan en viviendas residenciales particulares (91%), en tanto

que el 5,7% lo hace en inquilinatos, hoteles, pensiones o casas tomadas, y el 3,3% vive en villas de emergencia. El nivel de vida de los hogares se correlaciona con la calidad del dominio en el que viven. Del total de hogares que habitan viviendas residenciales particulares, el 20,2% tiene ingresos menores a la CT y el 3,2% inferiores a la CA. En el otro extremo se ubican los hogares que residen en villas de emergencia, de los cuales el 89,8% no cubre la CT y el 43,6% no costea sus gastos básicos en alimentación. En el medio de estos dos universos se ubican aquellos hogares que residen en inquilinatos, hoteles, pensiones o casas tomadas; más de la mitad (62%) tiene ingresos menores a la CT y el 12,5% posee ingresos inferiores a la CA.

Son propietarios de la vivienda y el terreno el 59,2%), mientras que el 28,5% es inquilino o arrendatario y el 11,1% presenta otros regímenes más precarios de tenencia de vivienda.

En cuanto a las incidencias de insuficiencia de ingresos según régimen de tenencia de la vivienda, se advierte que del total de hogares que son propietarios, solamente el 14,3% no alcanza a cubrir los gastos de la CT, mientras que ese porcentaje asciende a 33,2% en el caso de los hogares que alquilan su vivienda, y se ubica en 58,2% cuando se trata de hogares que habitan bajo otros regímenes de tenencia. Igual comportamiento se presenta con relación a los gastos básicos en alimentación: cuánto más precario es el modo de tenencia de la vivienda mayor es el porcentaje de hogares que no cubre sus necesidades (3,1% de los hogares propietarios, 4,9% de los inquilinos y 15,4% de los que poseen otras formas de tenencia).

El resumen precedente contiene datos relacionados a las magnitudes de la demanda potencial. A continuación daremos una mirada a la oferta de servicios vigentes en el territorio de la Ciudad de Buenos Aires.

Población con Asistencia del Sistema Prestacional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Se excluyen colectivos cubiertos por otros organismos nacionales o mutuales y asociaciones con ámbito en la C.A.B.A.-

Prestaciones Alimentarias: En 2005 se atendían 34000 personas, en 2010 se registraban 44.000.

La Población Bajo el Programa de Apoyo Familiar la constituían en el año 2005 79220 ciudadanos. En el año 2010 el número de beneficiarios era de 25.870. En el programa de atención familiar, modalidad subsidios la cobertura se mantuvo más estable, siendo de 10.375 grupos en el 2005 y en 2010 de 10.567. Mientras tanto los Centros de Atención Familiar pasaron de 1.450 en 2005 a 1,347 para el año 2010.

En cuanto a Residencias Adultos Mayores: en el año 1980 se contaba con 1815 plazas, pasando luego 1498 en 2010. También se observa una baja en la cantidad de asistentes a los Hogares de Día., de 1792 en 2005 a 1.358 correspondiente a 2010.

En Residencias Adultos Mayores, modalidad privada: durante el año 2000 la Ciudad contaba con 715 establecimientos para 17,502, y en el 2010 eran 570 establecimientos con 16.306 plazas. En modalidad alojamiento en instituciones privadas para Mayores se consigna para 2005 una cobertura a 7.504 ciudadanos y 16.343 en 2010.

Atención Domiciliaria: en el año 2000 se brindaba cobertura a 779 beneficiarios. Para el 2010 se observa muy poca variación, 872 personas asistidas.

Como se ha señalado en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires operan diversas organizaciones de bien público y tienen incumbencia además Organismos Nacionales que atienden un importante porcentaje de la población total. Entre éstos se destaca el Instituto Nacional de Servicio Sociales para Jubilados y Pensionados – PAMI – A continuación detallamos su cobertura actual por los principales programas, tomando en cuenta que en ese ámbito se encuentran afiliados al sistema 372,592 beneficiarios.

TOTAL PROSAR (prestaciones económicas): 16.263 afiliados

TOTAL SUBSIDIO ASISTENCIA SOCIO SANITARIA: 110.675 afiliados

TOTAL Residencia Adultos Mayores: 4.379 afiliados

TOTAL PROBIENESTAR (Alimentación Segura): 29.548 afiliados

El nivel de cobertura específica es importante ya que atendiendo a la vulnerabilidad se cubre casi el 50% de la población objetivo en total de 372 592 afiliados al INSSJP. Si relacionamos lo expuesto con los resultados del Censo 2010 en la Ciudad se cuenta con más de 600.000 mayores de 60 años podemos inferir que habría una capacidad

potencial en la región para realizar todos los ajustes estratégicos a los actuales sistemas de atención gerontológica.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El quehacer gerontológico nos da cuenta a diario de aquellos aspectos que hacen a la formación del recurso humano, que cada especialidad es y una forma particular de realizar el abordaje de un problema lo cual se agrega la diversificación de la oferta y el marco político cultural dentro del cual se realiza la asignación de recursos, se nos plantean algunos interrogantes que surgen al momento de asumir decisiones:

¿Cómo se construye la interdisciplina en espacios de atención a adultos mayores?

¿Cómo se organiza cada disciplina y cada servicio para responder a las necesidades de atención o en el rol de aportante para el establecimiento de políticas?

¿Quiénes son responsables de determinar las técnicas, procedimientos e instrumentos y los resultados aplicables y esperables en cada caso?

¿Cómo se articula el funcionamiento de profesionales procedentes de distintos campos y finalmente cómo se constituyen las prestaciones concretas en relación a la interdisciplina?

2. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Identificar los mecanismos – formas vigentes – de aplicaciones interdisciplinarias de cada especialidad en función de determinadas necesidades en servicios gerontológicos públicos y privados radicados en la CABA. ,

3.2 Objetivos Específicos

Establecer los modos más frecuentes de intervención en las prestaciones y servicios gerontológicos hospitalarios, de la seguridad social, de Servicios Sociales, de Organizaciones de la Sociedad Civil. y de los entes nacionales con jurisdicción en la CABA.

Identificar aspectos asumidos indistintamente por varias disciplinas o diferentes unidades de servicios, de acuerdo a los recursos humanos del medio y aquellos propios de la formación y aplicación tecnológica.

Relevar las regulaciones disciplinarias y las normativas vigentes en los procedimientos técnico-administrativos para la acreditación de los servicios y de los recursos humanos

3. MARCO TEÓRICO

Es necesario contar con una síntesis de las principales vertientes del conocimiento desde el aporte del desarrollo teórico relacionado con el tema que nos ocupa: Servicios de atención de las personas adultas mayores en un medio urbano.

Al abordar el conocimiento del quehacer gerontológico partiendo de los aportes para el conocimiento del sujeto envejeciente y la respuesta de la sociedad de su tiempo al amplio espectro de necesidades propias, nos proponemos realizar un paneo de las principales corrientes filosóficas y las teorías relacionadas con el estudio de la vejez y el envejecimiento humano. (L. Gastrón, J. Oddone, Teoría Social del Envejecimiento. 2008)

Se seleccionaron además las teorías generales referidas al tema del envejecimiento y la edad, la fragilización y las carencias como problema o situación individual y colectiva. Este aspecto se centra en el conocimiento de los sujetos destinatarios de nuestra actividad profesional y las cuestiones sociales inherentes que son motivo de intervención.

Luego una mención de autores relacionados a los paradigmas de la complejidad, los cuales aportan una mirada dinámica de los procesos, tanto profesionales como hacia

aquellas cuestiones referidas al funcionamiento de los servicios, las estructuras que los contienen y los resultados, procesos que tienen lugar en el marco de un momento y un entorno irrepetibles. Las bases teóricas que podamos reconocer en el ejercicio cotidiano deberían acercarnos a niveles de conocimiento que no nos cierren posibilidades y por el contrario nos formen para la apertura al diálogo honesto con la realidad, acompañados del menor conjunto posible de preconceptos.

4.1 Teorías Generales

Las disciplinas científicas nos proporcionan diferentes marcos teóricos que intentan sustentar respuestas a interrogantes tales como:

¿Qué factores sociales influyen en las personas a lo largo de la vida hasta la vejez, condiciones personales, culturales de clase social? ¿Cómo se comportan esos factores a través del tiempo?

¿Cómo y por qué se produce el envejecimiento poblacional y cómo han cambiado las estructuras sociales en relación a este proceso?

En la sociología de la vejez se teoriza acerca del consenso, el conflicto, la estructura social y el uso del lenguaje. Algunas teorías tratan asuntos macro estructurales del proceso de envejecimiento y otras se remiten al análisis de las relaciones sociales. La socialización como un proceso que se prolonga toda la vida y pueden ser interpretados desde lo interdisciplinar por la antropología, la sociología y la psicología; El punto de vista de la antropología conlleva todo lo relativo a la transmisión de valores y tradiciones culturales. En el aspecto psicológico el principal objetivo de estudio es el encauzamiento de los impulsos instintivos hacia formas socialmente útiles.

Para la sociología el proceso de la socialización es el entrenamiento de un niño para su participación en la sociedad, dando mayor énfasis a las necesidades de la estructura social.

Podemos reconocer cuatro perspectivas generales que nos proporcionan elementos para orientar el conocimiento: el funcionalismo, el estructuralismo, el interaccionismo simbólico, intercambio y marxismo

El funcionalismo estudia la función de una práctica social y la contribución que hace a la continuidad de la sociedad en su conjunto. Si bien se basó en las prácticas y estudios de la antropología, otros autores dirigieron su aporte hacia las sociedades industrializadas. Para este enfoque la continuidad y el consenso mantienen la cohesión en las sociedades El funcionalismo estudia las propiedades a gran escala de los grupos sociales.

Se estudia la sociedad como un todo integrado, en comparación con el cuerpo humano, tiene necesidad de integración, necesita acuerdos básicos para una serie de valores.

Busca el orden, el consenso para evitar el conflicto.

Los representantes principales de esta corriente son August Comte, Emile Durkheim, Talcott Parsons.

El Estructuralismo nació a partir del estudio del lenguaje y resultó útil para estudiar la comunicación y la cultura como así también fue relevante para el estudio de determinados comportamientos humanos.

Esta perspectiva centra su atención en la influencia de la estructura en la formación de la personalidad y la sociedad, focalizando el estudio de los símbolos. El representante de esta corriente, procedente de la disciplina lingüística es Ferdinand Saussure y sus ideas se aplicaron tanto a las ciencias sociales como a las de humanidades. Durkheim: la estructura social limita nuestras posibilidades, en los aspectos religiosos, económicos y las instituciones sociales. Según este autor el mundo físico existe independientemente del hombre, en cambio la sociedad existe porque la hace el hombre. Los hechos sociales condicionan pero no determinan nuestras acciones El estructuralismo tiene interés en los rasgos culturales de la actividad social. Este enfoque se utilizó para describir temas como parentesco, religión, especialmente en estudios antropológicos.

Del interaccionismo simbólico se ha aportado la atención en el estudio de la capacidad del individuo activo y creativo frente al peso de la estructura. El aporte del interaccionismo simbólico se centra en las relaciones cara a cara, toda interacción entre individuos se hace sobre una base simbólica, mediante un sutil y complejo intercambio de símbolos. Su peso es importante en estudios que se centran en la vida cotidiana.

El marxismo se opone a las tres corrientes señaladas y si bien el enfoque está basado en las ideas de Carlos Marx, se pueden reconocer vertientes que las relacionan con cada una de las anteriores. El marxismo analiza la sociedad moderna capitalista, basada en el modo de producción que requiere eficiencia para aumentar el consumo y a su vez la incorporación de más tecnología. Atento a la división de clases, Carlos Marx puntualiza en el conflicto. Max Weber también estudia el conflicto pero desde la acción social. Desde su perspectiva el capitalismo se extiende en todo el mundo con la expansión global de la industria occidental. Se critica que el mundo moderno no es solamente el resultado o la creación del capitalismo.

Otros conceptos refieren que el capitalismo se extiende en todo el mundo con la expansión global de la industria occidental. Se critica que el mundo moderno no es sólo una creación del capitalismo.

Para Max Weber el capitalismo es una forma de organizar la producción, pero incorpora al análisis otros factores como la religión. Según el autor la ciencia y la tecnología influenciaron en la forma de organización de la iniciativa económica de una sociedad. Analiza el concepto de burocracia entendiendo por tal a la forma de agrupar grandes cantidades de personas de manera eficiente y se expande con el crecimiento económico. Todo esto lo relaciona con la racionalidad, es la organización basada en principios técnicos de eficiencia.

La diferencia entre ambos autores es relevante en el trabajo empírico donde los dos cuerpos teóricos analizan la sociedad y sus procesos, pero en el caso de Weber resultaría más aplicable cuando se estudian países en vías de desarrollo. De estos grandes enfoques se desprenden diferentes teorías de menor alcance cuya aplicación tiene relación con el tipo de fenómeno que se pretende estudiar, depende de los niveles micro, o medio de sus procesos e interpretaciones.

En el nivel medio macro podemos ubicar el estructural funcionalismo, la Psicología del desarrollo, el interaccionismo simbólico, el marxismo en las relaciones entre la infra y la superestructura.

En el nivel macro se ubican los cuerpos teóricos del marxismo, estructural funcionalismo y la hermenéutica

En el nivel medio macro podemos ubicar el estructural funcionalismo, la Psicología del Desarrollo, el interaccionismo simbólico, el marxismo en las relaciones entre la infra y la superestructura.

Las teorías de nivel micro se preocupan por los individuos en relación con la sociedad, entre ellas podemos destacar al constructivismo, intercambio social, interaccionismo, hermenéutica, racionalismo económico.

Estas teorías facilitan la realización de un análisis más cercano a determinados procesos y son necesarias para orientar interrogantes como:

¿Qué beneficios trae para el adulto mayor mantenerse activo?

¿Qué deben hacer las sociedades en lo concerniente a las personas ancianas?

¿Qué servicios deben disponer a nivel local las personas mayores?

¿Qué hace una vejez exitosa?

Las teorías de nivel micro se preocupan por los individuos en relación con la sociedad, son las referidas al constructivismo, intercambio social, interaccionismo, hermenéutica, racionalismo económico..

En el nivel mediomacro podemos ubicar el estructural funcionalismo, la Psicología del desarrollo, el interaccionismo simbólico, el marxismo en las relaciones entre la infra y la superestructura.

En el nivel macro se ubican los cuerpos teóricos del marxismo, estructural funcionalismo y la hermenéutica.

En el nivel medio macro podemos ubicar el estructural funcionalismo, la Psicología del Desarrollo, el interaccionismo simbólico, el marxismo en las relaciones entre la infra y la superestructura.

En la aplicación concreta al campo de la gerontología, podemos distinguir tres generaciones de teoría, las de los años 60, las correspondientes a la década de los 70s – 80s y las teorías actuales.

En lo atinente a la Gerontología Crítica contemporánea, se señala que la construcción teórica ha evolucionado desde teorías macro a teorías micro. Todas ellas aspiran a ayudar a comprender los resultados de las investigaciones empíricas, aun que en la práctica oscilan entre dos extremos. Por un lado son construcciones ideológicas globales y por otro su aplicación es derivada de conceptos de disciplinas afines En lo atinente a la teoría Crítica , se:, enfatizan el conocimiento autónomo, se problematizan las cuestiones tradicionalmente excluidas, se tiende a rechazar los modelos explicativos.

De una manera sintética podemos agrupar las teorías referidas al quehacer gerontológico de acuerdo a los criterios de niveles y generación, y tenemos lo siguiente:

Macro: Teoría de la modernización (estructural funcionalismo),

Estratificación por edad (estructural funcionalismo)

Gerontología Crítica

Envejecimiento y Sociedad,

Estratificación (Economía Política y Marxismo)

Medio: Subcultura (interaccionismo simbólico) Teoría del curso de vida

Estructuralismo Funcional

Psicología del Desarrollo

Teoría del Conflicto relacionar con el tema señalado más arriba

Nivel Micro: Teoría de la actividad y del desgaste (interaccionismo simbólico)

Constructivismo social, Curso de Vida (hermenéutica)

¿Cabe preguntarse qué procesos son abordados particularmente con los lineamientos de cada corriente?

El nivel macro nos aporta herramientas para la comprensión de los procesos del envejecimiento y tiene su origen en la estratificación por edad. Así también desde la Economía Política, el status y su influencia en la estructura como un problema del colectivo social.

En nivel medio o micro macro se entiende una convergencia entre la sociología y la psicología, estudia la influencia de los procesos sociales e históricos con la noción de edad. Teorías feministas: explican la noción de género en los procesos del envejecimiento. Teoría del Conflicto Social, el edaísmo, el viejismo y negativas hacia la tercera edad, la tensión entre generaciones y los intereses entre grupos etáreos.

En el nivel micro el Constructivismo Social focaliza en procesos individuales, vejez, edad, significados sociales, autopercepción, discursos, negociaciones (Teoría del Intercambio)

El mismo fenómeno puede observarse desde diferentes paradigmas, y, en cuestiones muy complejas pueden abordarse perspectivas complementarias.

4.2 Teorías Psicosociales

Tienen su origen en la evolución de teorías macro como la Desvinculación y la Modernización hacia la Teoría del Rol y la de los Hábitos.

Desde los años 50 en forma concurrente a la observación del incipiente proceso de envejecimiento de la población los investigadores diseñan diferentes conjuntos teóricos para explicar las características y consecuencias de dichos procesos. Estas teorías de alcance medio han facilitado el conocimiento de aspectos vitales que inciden en la vejez individual y colectiva, en la vejez como un hecho cultural. Por ello la década en la que cada paradigma aparece nos habla de la evolución social de los grupos de mayor edad y la de los de estudios e investigaciones desarrollados en la materia.

En la práctica las teorías oscilan entre dos extremos...” Por un lado son construcciones ideológicas globales y por otro son aplicaciones derivadas de conceptos de disciplinas afines” (Bazo, MT, Maiztegui Oñate C – 1995)

A continuación comenzaremos por las Teorías de la Desvinculación o el Desapego y la de la Actividad dado que ambas abordan un espectro amplio sobre factores de peso en el envejecimiento.

4.2.1 Teoría de la Separación ó el Desapego (Cumming y Henri, 1961 -)

Propone que durante el proceso de envejecimiento resulta natural que las personas experimenten una separación gradual de la sociedad. De acuerdo a las observaciones de la práctica asistencial existirían otros factores de gran peso en relación a las cuestiones del “retiro paulatino de la vida social” Entre ellos podemos mencionar:

La personalidad de los individuos, aquellos que siempre tuvieron una intensa participación psicoafectiva, social, solidaria y otros que basaron su estilo de vida en las actividades relacionadas con las responsabilidades laborales y o familiares.

El nivel social: funciona (incluyendo las redes) a modo de capital social para favorecer los encuentros con pares, utilizar servicios, tener acceso a actividades preventivas, disponer de recursos materiales para desarrollar proyectos.

La capacidad funcional es otro factor que puede favorecer o limitar el desarrollo de roles sociales de responsabilidad, de esparcimiento y psicoafectivos.

Los valores y creencias sobre los cuales se asienta la sociedad determinan el individualismo y la independencia, se preparan para separar a las generaciones y

conducen al aislamiento social en su defecto en valores de interdependencia, reciprocidad y familismo favorecen las relaciones intergeneracionales.

4.2.2 Teoría de la Actividad (Havighurst, 1961; Havighurst y Feingenbaun 1968; Neugarten, 1968; Neugarten y Hagestad, 1990).

Se encontraría en el polo opuesto a la teoría de la Desvinculación, y sus investigadores llegan a la conclusión que los adultos mayores cuando más actividades realicen mejor serían sus condiciones de adaptabilidad y calidad de vida.

Basado en que la actividad social es por sí misma beneficiosa para la vida, los servicios de los países más avanzados han previsto los medios para propiciar, difundir e incorporar población en programas que funcionen a manera de estímulo. Tiene relación con las teorías de la Competencia y de la Subcultura y el Interaccionismo Simbólico, todas “consideran a los seres humanos desarrollan sus valores, significados y modos de actuar a partir de un proceso de comunicación social” (Bazo y Maiztegui – ob citada)

Es cierto que en muchos casos, apenas el intento de hacer participar a la persona anciana en un programa o actividad no produjeron efectos de consideración. Muchas veces sucede que por una incapacidad material de traslado, (anciano con aptitud funcional disminuida, personas que prefieren la pasividad) .La mayor parte de los esfuerzos a nivel asistencial están comprendido por los supuestos de esta teoría. Con ellos podemos advertir por ejemplo que se suceden eventos pocos deseables conducentes a crisis de la salud o decisiones institucionalizantes (cambios, pérdidas, traslados, fallecimientos). Se forma un círculo de dependencia, desgaste en las relaciones, insuficiencias de las alternativas prestacionales. Se requieren de todas las estrategias que apunten a fortalecer el propio control sobre la vida e intereses de cada adulto mayor.

4.2.3 Teoría de la Modernización (Congal 1972, Cowgill y Holmes 1972)-

Intenta explicar los cambios que afectan el status de las personas mayores como consecuencia del desarrollo de la industrialización tardía.

En relación a esta teoría de la modernización tomando en cuenta las experiencias con adultos mayores de nuestro país podemos observar la diferencia de la población urbanizada y la afincada en zonas rurales. Aunque ésta última es porcentualmente menor, las unidades de viviendas están preparadas para la convivencia intergeneracional el anciano maneja recursos y muchas veces es el único haber previsible en los grupos más pobres-, y ejercen un importante rol de preservación de los menores que ven marchar a sus padres hacia trabajos temporales o de los centros industrializados. En ocasiones y por cuestiones laborales los grupos familiares se trasladan dentro y fuera del país y consecuentemente los ancianos quedan fuera de la residencia familiar y socialmente implica una brecha en la continuidad histórica de las personas.

Por otra parte debemos tener en cuenta que no son situaciones lineales y las sociedades pueden recurrir a diferentes abordajes que fortalezcan el lugar que ocupan los ancianos en su seno.

4.2.4 Teoría de la Estratificación por Edades (Riley 1986, 1988).

Examina los cambios de cada cohorte a través del tiempo y la sociedad se compone de generaciones sucesivas de individuos que van envejeciendo de manera distinta y en ese proceso van modificando los roles de sus antecesores.

En lo atinente a la teoría de la estratificación por edad se considera importante a los efectos de la intervención en la problemática concreta de estos grupos la posibilidad de efectuar una correcta identificación en función de tiempo histórico, características demográficas, su distribución geográfica, los eventos y los coetáneos significativos. Fija su atención en las características estructurales, demográficas e históricas. Su identificación es necesaria para la planificación y organización de servicios para los mayores.

4.2.5 Teoría de la Competencia (Kuypers y Bengston 1973).

Es quizás en la teoría del interaccionismo simbólico donde descansan la mayoría de las prácticas gerontológicas, especialmente en lo relativo a la persona, el ambiente y sus relaciones sociales. Factores que determinan la calidad de esta etapa de la vida y

atenúan o complejizan la posibilidad de aparición de una enfermedad invalidante. Por cuestiones cronológicas y generacionales, las personas mayores deben realizar adaptaciones, buscar nuevos vínculos, y el descubrimiento de nuevas posibilidades vitales.

4.2.6 Teoría de la Subcultura (A. Rose, 1968).

En relación a la teoría de la subcultura, podemos señalar que se estudian las interacciones definidas como respuestas a las políticas discriminatorias, afinidad positiva, a mayor exclusión, mayor subcultura, formación de grupos de activistas, grupos de poder, Federaciones, Centros de Jubilados. De alguna manera confronta con fundamentaciones de tipo biológico, el ageism o prejuicio sobre el envejecimiento se apoya en la imagen de las personas de edad muy avanzada t con deterioro considerable, estado que condiciona la calidad de su vida cotidiana y no le permite participar, integrarse, proyectar.

4.2.7 Teoría de Género

No tienen mención en los pensadores clásicos de la sociología. Durkheim habla en *El Suicidio*, el hombre es un producto de la sociedad, la mujer es algo natural, producto de la naturaleza, ellas están menos socializadas, es decir las diferencias son variaciones biológicas, la crianza de los hijos. Las nociones de género implican incluir cuestiones relacionadas con el comportamiento de las mujeres y los hombres.

4.2.8 Teoría de la Economía Política

Un aspecto relevante en la vida de las personas mayores es el status económico. La edad constituye un elemento determinante en la distribución económica que está directamente relacionada con el nivel de capacidad y la participación en el mercado laboral la historia previsional de cada individuo y las condiciones y el desarrollo alcanzado por la Seguridad Social de su país.

4.2.9 Teoría del Ciclo de Vida (Neugarten y Hagestad, 1996, Riley 1986,1988; Erickson 1982,1983).

Esta teoría abarca la totalidad del ciclo de vida dividido en diversas etapas, cada una de ellas relacionada con unos temas de tipo psicológico que se deben resolver universalmente, en ciertos períodos del desarrollo. Incluye los componentes sociales e históricos.

Las etapas son mutuamente dependientes y organizadas en secuencias graduales. El desarrollo psicológico como un progreso continuo basado en la resolución de crisis normativas y criterio de fortaleza humana acumulada. La crisis de la vejez se expresaría en el conflicto entre la integridad y la desesperación

La vejez individual requiere prepararse, desarrollar un tipo de amor postnarcisista que favorezca la participación social con otras generaciones y la aceptación de la responsabilidad de liderazgo, aceptación del propio proceso del ciclo vital genético, fisiológico e histórico.

El plano psicológico pone en funcionamiento mecanismos de adecuación y mecanismos de defensa en un proceso de desarrollo psicosocial. El desarrollo se basa en la asimilación cognitiva, acomodación y crisis periódicas. El problema de la edad y de las etapas del curso vital debe entenderse con un enfoque multidireccional y complejo, que incluye factores biológicos, psicológicos y sociales.

En cuestiones del conocimiento y sus aplicaciones hay una cierta prioridad de lo biológico sobre lo cultural y prioridad de lo cultural sobre lo psíquico.

Siguiendo la teoría del Desarrollo Psico social, Erickson (1982,1983) considera en esta etapa aspectos tales como la esperanza, partiendo de la antítesis de confianza versus desconfianza básica en la infancia. Según el autor, la esperanza en cualquier lengua connota la cualidad más fuerte de yoidad sin la cual nada podría comenzar o terminar con sentido. La fe sería la última forma posible de la esperanza.

También la fidelidad analizada desde la antítesis de identidad versus confusión de identidad en la adolescencia, la generatividad - el cuidado -versus autoabsorción. La sabiduría, una especie de preocupación informada y desapegada por la vida misma, frente a la muerte misma. El desdén como la contraparte más antipática de la sabiduría.

El desdén es la contraparte de la sabiduría. La crisis de la vejez para esta corriente se expresaría entre la integralidad y la desesperación. La integralidad requiere coherencia y totalidad, es la tendencia a mantener las cosas unidas, los modos integrativos de la vida humana, estilo único e histórico de la integralidad de la que cada uno participa – la historia –

En relación al enfoque del curso de vida desarrollado por D Epiney el mismo permite abordar el nivel micro de los procesos sin descontextualizar la historia, el tiempo, el medio social lo cual permite el abordaje Psicológico y social de los problemas.

Abarca gran cantidad de variables que hacen al contexto social, estructural y cultural, ponderando factores tales como la cohorte, la historia y el tiempo, en un proceso dialéctico, interactivo, heterogéneo, no lineal,

4.3 Los Paradigmas de la Complejidad

Los profesionales son producto del movimiento modernizados de las sociedades. Si bien las profesiones van surgiendo en distintos momentos y son producto de complejos mecanismos, van adquiriendo un rasgo común: responden a necesidades y urgencias sociales que estructuran un objeto específico de intervención. En torno a ellas se constituye además, un campo disciplinar que como conjunto de saberes explica científicamente un recorte de la realidad en el que cada objeto particular se configura y otorga las herramientas necesarias en el plano metodológico para el conocimiento y acción. (S. Cazzaniga – Equipo de Salud – Reconquista, Sta. Fe. 2001)

Cada disciplina ha desarrollado instrumentos propios para el abordaje de las cuestiones sociales. Muchas de ellas se nutren del conocimiento pertinente de cada rama del saber, pero tienen por objeto la intervención en los temas y formas prácticas específicos según normativas vigentes en lo que a incumbencias se refiere.

De resultas de esa práctica es ineludible reconocer la composición en múltiples factores de las emergencias y de la interdependencia de los mismos. Sin embargo se requiere tener en cuenta la imperceptible frontera que a la hora de la ejecución de las acciones demarca los alcances de las propuestas y que a modo orientativo nos guía en el uso de la aplicación tecnológica adecuada.

Siguiendo a Morin (Teoría de la Complejidad y el Conocimiento) se trataría de reconocer la debilidad de las fronteras, su permeabilidad tomando en cuenta que los conocimientos, incluso el más físico, sufre una determinación sociológica. De ahí la necesidad de la transdisciplinariedad como conciliación entre la ciencia de la naturaleza y la ciencia de lo antropológico que irremediablemente se necesitan mutuamente, porque la existencia de cada una de ellas determina a la otra.

En este sentido vamos a analizar brevemente dos enfoques teóricos que contribuyen a la mejor comprensión de los procesos socio sanitarios en cuanto a las bases para la generación de la transdisciplinariedad, las relaciones del ecosistema (en el proceso de envejecimiento fundamentalmente urbano) y las aristas de la/las situaciones emergentes presentes y potenciales, susceptibles especialmente en las crisis macrosociales.

Nos referimos a las Teorías de la Vulnerabilidad y de la Complejidad porque en ambas encontramos contribuciones directas, práctica una y de sustento la otra, esperamos abordar la discusión relativa al enfoque de lo subjetivo y el enfoque de lo objetivo, en sus muy diversas acepciones. Se requiere orientar la misma en el sentido de la complementariedad hasta el punto de que el mayor interés se centre en construir los eslabones de reciprocidad, síntesis y vínculo entre lo subjetivo y lo objetivo, entre la acción social y la estructura social, entre la esfera micro y la esfera macro.

En las disciplinas de intervención social es necesario entender que en la búsqueda del conocimiento, la normalización deviene en la banalización del sujeto, y dado que en pos del diagnóstico se ordena la experiencia, sólo a partir de allí reconocemos el camino a seguir, se sabe qué hacer y cómo intervenir. *En realidad al operador se le pide banalización, se le paga por hacerlo” (Barbetta, 2006)...” y los diagnósticos tranquilizan”*. Subsiste la necesidad de encontrar la reciprocidad, integración y síntesis

entre los niveles. Es necesario alcanzar el sentido de la operatividad práctica con la complementariedad de los enfoques.

La práctica social será un resultado que parte de la relación dialéctica entre el habitué y el campo antes que un modelo basado en otras consideraciones.

J. Habermas (1987) La teoría de la acción comunicativa que desarrolla Habermas perfila la idea de complementación y síntesis entre la acción y la estructura, entre la vida cotidiana y el sistema

Se autor se enmarca en la teoría crítica e incorpora relaciones de correspondencia con los aspectos de la tradición fenomenológica y de la Teoría General de Sistemas. Así reconoce que el problema fundamental de la teoría social es el modo de conectar satisfactoriamente las dos estrategias en forma mutua y armónica en conceptos que entrañan las ideas de sistema y mundo de la vida. Se trata de una estrategia dual que viene a explicitarse en dos procesos, uno de integración social y el otro de integración en el sistema. La acción comunicativa es un vínculo que intenta compatibilizar la diversidad de componentes de la acción social, la objetivación y subjetivación, en los procesos de integración.

En lo atinente al conocimiento y su expresión en la práctica a través de las diferentes disciplinas o tecnologías retomamos la expresión de Morin (1994) “el conocimiento separa - , distingue o desarticula - y une – asocia e identifica - ; jerarquiza – lo principal y lo secundario – y centraliza en función de un núcleo de nociones maestras –“

La Teoría del Desarrollo, tradicionalmente situado en la esfera económica, es también al mismo nivel un elemento impregnado de lo ecológico y de lo cultural.

La Teoría de las Necesidades, habitualmente ubicado en la esfera cultural, es también recíproca con la esfera ambiental y económica.

El concepto de la Calidad de Vida, concepto introducido principalmente desde la dimensión ecológica, obtiene todo su sentido sólo si es complementada con la dimensión cultural y la económica.

Posteriormente estaremos en condiciones de contrastar esos modelos teóricos con el contexto global y las repercusiones que desde éste se producen en determinados contextos locales (periferias urbanas).

Como expresara Ibáñez (1991, El regreso del Sujeto) el pensamiento científico ha intentado expulsar de la realidad a las dos entidades más características de la realidad: el sujeto y los valores.

La anulación de las articulaciones, interdependencias, solidaridades y complejidades y la apuesta por los principios de simplificación tienen como resultado común la disolución del sujeto (Morin, 1993)

4.3.1 El paradigma de la complejidad: la alternativa

El objeto de nuestro estudio (también podríamos decir el sujeto de nuestro estudio) nos lleva a un interés predominante en la idea de praxis y en consecuencia nos induce a buscar el vínculo entre ciencia y práctica, en oposición a la ciencia considerada como un conocimiento instrumental y técnico que implica una acción instrumental (monológica). Nos interesa un conocimiento práctico con fundamentos en la interacción social (dialógico). Establecer un sentido de la comprensión de la práctica exige del científico social la superación tanto del objetivismo como del subjetivismo.

El concepto de la integración del sujeto-en-proceso acuñado por Ibáñez resulta una cuestión fundamental para avanzar en la idea de complejidad, el sujeto-en-proceso es el sujeto que surge y emerge permanentemente con la toma del devenir consciente de su enraizamiento cultural y social. Auto-reflexividad y complejidad son inseparables, lo que trasladamos al siguiente postulado: el conocimiento del sujeto sobre el objeto y sobre el propio sujeto que accede al conocimiento del objeto, va unido a la acción social y a la praxis.

Las acciones cuando son consideradas no como hechos, sino como actos, no son separables del sujeto actuante que las ejecuta».

La acción es, por tanto, la forma fundamental de la existencia social del hombre. Luckmann (1996) plantea que el pensamiento proyectivo es más bien una acción que se considera desde un principio como ampliación para otra acción y el objetivo final del proyectar no es el proyecto, sino el acto representado en el proyecto. Navarro, (1990) considera que el fin del conocimiento es siempre la acción.

La frontera es permeable, se cierra y se abre, es el problema, la incertidumbre. Es en la frontera donde se efectúa la distinción y la unión con el entorno, es el lugar de la articulación (Morin, 1993), de la construcción de lo complementario. En esa frontera permeable quedan aspectos por cubrir, o por abrir, para nuestro propósito de construir la idea de la complejidad adaptada a nuestro objeto (sujeto) de investigación.

Por el contrario la complejidad organizada nos remite a tratar de concebir a los objetos, sujetos y espacios como sistemas complejos, donde la paradoja de lo uno y lo múltiple, el elemento y el conjunto, el individuo y la sociedad, del orden y del desorden, llevan a superaciones recurrentes en la propia paradoja, es decir hacia la complementariedad y la síntesis.

Los sistemas se edifican los unos a los otros, los unos entre los otros, los unos contra los otros... Así, el ser humano forma parte de un sistema social, en el seno de un ecosistema natural, el cual está en el seno de un sistema solar...". (Morin, 1993).

Estos procesos se verifican en las organizaciones como unidades que cristalizan las metas y las formas de producción. Son elementos de "un sistema y son a su vez sistema. Es un todo que toma forma al mismo tiempo que sus elementos se transforman. El principio "Todo lo que forma transforma" se volverá activo y dialéctico a escala de la organización viva, donde transformación y formación constituyen un circuito recursivo ininterrumpido" (Morin 1994).

Siguiendo a Ibáñez recordamos que en las organizaciones abiertas la única manera de prevenir el cambio es cambiar, cuestión que requiere tenerse en cuenta de manera especial en aquellas destinadas a la atención o servicio de las personas,

4.3.2 Teoría de la Vulnerabilidad – Aplicaciones-

El desempeño de los servicios sociales se generó y acrecentó en función de las actividades paliativas asistenciales, preventivas y promocionales, con una cobertura metodológica amplia pero teóricamente limitada. De todas maneras la relación dialógica con la vulnerabilidad nace del ejercicio diario en la atención de individuos y grupos en condiciones de ocurrencia posible de algún riesgo

Desde esta perspectiva el objetivo de la intervención se encuentra definido por el éxito de la no ocurrencia o de la ocurrencia menos dañina. También es en las disciplinas de intervención social se instrumentaron procedimientos de clasificación y evaluación tendientes, por un lado, al reconocimiento de factores multicausales, y por otro a la particularización de cada caso como suceso único.

La herramienta utilizada metodológicamente dentro de los enfoques de la vulnerabilidad ha sido y es el Informe Social. Con distintas variaciones, en él se rescata el estado de los factores que intervienen o condicionan la situación vital de las personas ya sea por su ausencia, por su presencia, por el tipo de relaciones en que se desarrollan. Así se han formulado los diagnósticos sociales que cada equipo o instituciones implementan, tomando en cuenta que en base a ese proceso se ordenan los problemas, y finalmente deviene en el plan de intervención. Es un proceso de trabajo con la gente, muy particularizado, que focaliza la concepción de vulnerable pero situada en la historia, es decir a quien le pasa y en qué momento, cómo le pasa. Así se determinan luego las actividades pertinentes, las cuales además de un contenido asistencial, llevan necesariamente un carácter preventivo.

Los programas de salud para la población por su parte, utilizan el criterio de vulnerabilidad aplicando el método de las ciencias sociales por intermedio de la Epidemiología. Se priorizan recursos y actividades y la identificación de la población de mayor riesgo. Quienes trabajamos con la tercera edad entendemos el alcance de esta distinción toda vez que enfrentamos situaciones o problemas sociales con o sin pobreza. Es importante señalar que el término “vulnerabilidad” ha sido frecuentemente utilizado por la medicina sanitaria, relacionado a susceptibilidad y a los factores individuales y del ambiente.

Teniendo estos dos aspectos presentes, vamos a describir dos trabajos que nos permiten acercarnos a la aplicación práctica de su marco conceptual: La Teoría de la

Vulnerabilidad, (Fassio y Amadasi, año) y La Vulnerabilidad Regional el equipo de Planificación de la Gerencia de Prestaciones Sociales y Comunitaria del INSSJP (INSSJyP, (2004)

En el primer caso, los autores fundamentan el concepto Vulnerabilidad como metodológicamente más adecuado y amplio que el de pobreza. Quienes trabajamos con la tercera edad entendemos el alcance de esta distinción toda vez que enfrentamos situaciones o problemas sociales con o sin pobreza.

En general el concepto se refiere a algo que está o puede estar afectado, que puede sufrir alteraciones, que constituyan un riesgo potencialmente evitable. Para la economía ello está dado en los factores relacionados con el mercado, el trabajo femenino, la integración regional. Cabe agregar los sucesos imprevisibles del tiempo, de las finanzas y también la seguridad social. Y, agregado a las disfunciones de la seguridad social, podemos considerar otros procesos de nivel macro que determina el grado de vulnerabilidad al que arriban naciones enteras o grupos de poblaciones (conflictos internacionales, inflación).

El enfoque de la vulnerabilidad, nos permite segmentar la población de acuerdo a riesgos posibles, los desempleados, los grupos de bajos ingresos, la población rural, los hogares monoparentales, las personas discapacitadas. Todos ellos se relativizan a un espacio cultural en sus consecuencias. No transcurren de la, misma manera en personas con apoyo familiar y social o comunidades con determinadas creencias filosóficas o religiosas. El reconocimiento de las realidades sociales señaladas, sus cualidades y magnitudes, permite elaborar políticas públicas con instrumentos diferentes si las necesidades son diferentes.

Moser (1997) propone la calificación de los activos tangibles e intangibles que intervienen en los procesos económicos y sociales, capital que funciona como tejido de sostenimiento frente a los cambios. Para la autora la descripción de cada uno de los factores que afecta a cada activo permitiría construir una matriz de vulnerabilidad.

Así, muchas veces encontramos cierto grado de vulnerabilidad en la tenencia inestable o insegura de una vivienda, (prestada, contraprestación de servicio, alquileres difíciles)

Existe un riesgo de pérdida, a ese riesgo se le agrega el factor de hacinamiento con el cual todo deviene en una convivencia imposible. Los hogares en esas condiciones. Tienen menos recursos para afrontar las dificultades.

El trabajo de Fassio y Amadasi (1997) concluye respecto al concepto de vulnerabilidad: "existen determinadas características de los individuos y los hogares que reducen/aumentan la vulnerabilidad". Es esta la fundamentación de la intervención de los profesionales del quehacer social. Cada uno de los factores del ambiente, incluso de acuerdo a la experiencia de Caso Individual, puede ser relacionado con el resto. De ello se producen combinaciones y relaciones diferentes entre factores en calidad o intensidad que determinan o preanuncian la ocurrencia de una situación o evento riesgoso.

Por su parte el trabajo realizado por la Unidad de Planificación Evaluación y Control de Gestión (UPEC) del PAMI donde se busca establecer distintos parámetros para la medición del grado de vulnerabilidad de la población afiliada de diferentes regiones del país. Las dos dimensiones de la vulnerabilidad están determinadas para este caso en el contexto socio económico regional y el perfil socioeconómico de los jubilados y pensionados afiliados al INSSJP.

Se consideró en el mencionado trabajo, la noción de vulnerabilidad de CEPAL para la medición de la pobreza y las desventajas institucionales que afectan a distintos sectores sociales, y, el concepto de VULNERABILIDAD SOCIOSANITARIA utilizado por los equipos de trabajadores sociales del PAMI.

En este organismo y por un acto formal – disp. 380 – 2001 – basados en la teoría de la Vulnerabilidad se define la vulnerabilidad sociosanitaria como la situación que se caracteriza por la pérdida de capacidades psicofísicas, y la falta de continencia familiar o la carencia de recursos económicos o habitacionales suficientes para cubrir las necesidades básicas de abastecimiento. Es decir, la combinación de envejecimiento y pobreza aumenta el riesgo sociosanitario por cuanto suma desventajas, sanitarias y económico-sociales para alcanzar una vejez saludable.

Es importante señalar que la estrategia utilizada pudo ayudar al establecimiento de parámetros para el otorgamiento de prestaciones frente a problemas relacionados con el ingreso. Aunque en cada situación los factores que la constituyen se combinan de manera particular, el procedimiento pautado suministró apoyo metodológico frente a la utilización de conceptos generales que no aportan valor a los procedimientos de intervención o simplemente de evaluación al momento de disponer los recursos.

La construcción de un Índice de Vulnerabilidad Regional no toma en cuenta quizás por razones técnicas, la elaboración de estos datos, y aplica para tales fines datos demográficos, sociales, pero no toma indicadores sanitarios. A nivel de población sería importante considerar la morbimortalidad de la población mayor de 60, las internaciones y reinternaciones hospitalarias, las tasas de institucionalización

Sin embargo mediante la utilización del sistema propuesto por el equipo de la UPEC permitió contar con elementos muy accesibles a la hora de asignar esfuerzos y recursos, estableciendo que” la aplicación del IVR – índice de vulnerabilidad regional – permite reflejar la situación de vulnerabilidad socio sanitaria relativa de los afiliados y su entorno social posibilitando establecer relaciones entre ambos. Nos referimos al documento “Índice de Vulnerabilidad Regional. Centro de Documentación INSSJP. AÑO 2004.

Asimismo pudo demostrar la paradoja que representa el hecho que en las provincias más pobres, los jubilados resulten los `pocos “sobrevivientes” de los sistemas de protección, ocurriendo lo contrario en las concentraciones urbanas más desarrolladas. En relación al peso del marco institucional se nos plantean los siguientes interrogantes:

¿La vulnerabilidad está determinada por “el lugar” (incumbencia) desde donde se aborda el problema?

¿Si trabajamos en el sector salud, serían vulnerables las personas con déficit en otros aspectos?

¿Desde donde miramos la vulnerabilidad, lo hacemos desde la necesidad o desde las tecnologías, instituciones, o mercado de servicios que tenemos para ofrecer?

4.4 Acerca del Concepto de Vejez : delimitación, definición o concepto cultural

La definición de la vejez, el modo particular de combinación en los planos bio psico y socio es diferente en cada contexto obedece a formas culturales y de la historia. Depende a la vez de potencialidades biológicas, genéticas y de disposiciones personales Comporta una transición social y un estado psicofísico, como una definición social del yo, el emplazamiento de la sociedad para que realizar el pase de una etapa a otra y la transformación de la percepción de uno mismo y el mundo externo. En gran medida todo depende de los modelos vigentes durante el curso vital. Así es posible entender a la vejez desde diversas perspectivas: como condena (comunidad de esquimales) la vejez como retiro (estamentos del estado, sindicatos y sistemas de prestaciones) y la vejez como plenitud, desarrollada por Cicerón en “De Senectute”. En el siglo anterior se agregan a las condiciones de vida más saludables la capacidad de participación activa con los procesos que dieron origen a la aparición de entidades representativas de los Adultos Mayores.

Ampliando conceptos vertidos podemos decir que la edad es una condición por la cual se evalúa el comportamiento. Podemos distinguir dos dimensiones: curso vital e historia. La última crisis vital es la vejez, crisis denominada de la integridad versus la desesperanza (Erickson, 1982).

Lo que se espera de cada edad es diferente según la sociedad en términos de tiempo y estrato social.

Por otra parte la vejez se nos presenta como un horizonte a conocer, es que en definitiva estamos frente a un gran interrogante no resuelto por las formas estrictas del conocimiento científico: estamos frente a un sujeto cambiante, el que se escurre en un laberinto de paradigmas y de historia y con la única certeza de la finitud,

A continuación se analizan los aportes de las percepciones directas de personalidades de la literatura y la filosofía en la intención que nos acerquen de alguna manera su subjetividad y nos referencien hacia ese horizonte que perciben y expresan de manera más precisa en el escenario personal de su existencia.

El proceso que estudia y trata la Gerontología es la Vejez. La Vejez como un estado en el tiempo, es un concepto histórico y cultural y quizás solamente comprensible desde las Representaciones individuales y colectivas. Son el medio que nos permite vislumbrar las subjetividades de las personas y nos convoca hacia nuestra propia imagen, hacia nuestra subjetividad. ¿Es posible trabajar con la vejez sin tomar en cuenta estas condiciones? De otra manera, ¿cómo acercarse a una posición cambiante reconociendo esos cambios que se suceden simultáneamente a nuestros abordajes, a nuestros intentos de encontrar un camino, establecer una relación que implique compromiso profesional?

4.5 Las Representaciones

Hemos tomado a continuación algunos aportes de personalidades destacadas en la literatura y la filosofía las cuales se registran como manifestaciones realizadas en la Edad Adulta, o más bien frente a su propia vejez. Se estima que la inclusión de la mirada subjetiva, la representación individual y personal de la vejez aporta elementos complementarios para la comprensión de la indeterminación del concepto.

En primer término mencionamos a Santiago Kovadloff quien en su reciente libro *El Enigma del Sufrimiento* (2008) dedica un capítulo al tema en “La Vejez Drama y Tarea”, (215 a 241). Señala la necesidad de proponer a manera de la transformación del drama en tarea, “habitar lo ineludible” entendiéndolo que hay algunas luchas que ya no le requieren nada al Adulto Mayor y sin embargo lo convocan a estar presente con su experiencia, personalizarse, regresar de la cultura y tomar la tarea de una vida recapitulada.

Asimismo alerta sobre situaciones evitables frente a necesidades de la cultura que llevan al intento de aparentar ser más joven. Menciona la advertencia de Bobbio (1997) en cuanto que la vejez pudiera llegar a convertirse en una mercancía y a Minois (1989/ 138): “la ignorancia, la pobreza y la vejez son la pesadilla de la humanidad”

Reconocernos en la vejez no solo individualmente sino todos en ella, desde jóvenes, aceptando “lo verdaderamente inevitable” En este pensamiento nos remite a la Teoría del Curso de Vida, de las cohortes, del Desarrollo

Luego se puede establecer una referencia a Erickson (Teoría Psicosocial (1956) cuando habla de desdén o esperanza y, la aceptación de la vida, la historia personal y comunitaria, En occidente la vejez y la muerte no están meditadas,

Según nos expone S. Kovadlof (2008) la vejez ha dejado de ser un problema social inabordable para ser un incontenible pesar metafísico que nos remite a los procesos de actitudes y Agregado a ello, estima que el viejo perdió su sentido comunitario, no se lo admite como emblema y por consiguiente entonces, cabe preguntarse de qué forma se lo podría reconocer.

La vejez devendría en una provocación para las culturas basadas en las relaciones de poder, los avances y la irracionalidad de los mercados. Un ejemplo claro serían el llamado encarnizamiento terapéutico y los cambios tecnológicos que afectan la autodeterminación y la inclusión social. La experiencia y los valores propios del viejo nada pueden importar donde se teme la vejez y en consecuencia no se lo quiere como protagonista de su vida.

Y quizás para el quehacer gerontológico es un gran aporte la percepción del autor referida a que se concibe al adulto mayor como materia de administración todo lo que se dé, nada puede contra el infortunio del envejecimiento, nos deshumanizamos y deshumanizamos a la vejez al convertirla en mero objeto de asistencia y a los equipos en expertos del envejecimiento.

Por último se pretende rescatar tres aspectos fundamentales para el abordaje de los temas relacionados a la tercera edad: La cultura, en esta etapa se viviría algo así como un regreso desde la cultura.

El cuidado en la vejez no se relaciona exclusivamente con la asistencia. El cambio: de paradigma en este sentido se puede considerar que ya ha comenzado

Trabajar sobre la capacidad de Resiliencia: o la posibilidad de recapitular y asignar nuevas significaciones a la historia personal para asumir la vejez como tarea y desafío de proyecto su identidad la ubica en los términos del desarrollo humano (Erickson) y el Curso de Vida (D Epiney)

Y desde la mirada de la teoría de la Modernización refiere a la sociedad y procesos actuales (tecnologías, iatrogenia, asistencialismo) con sus consecuencias e

inconvenientes para los sujetos envejecientes. La tarea, refuerza el autor, sería transformar la materia inerte del pasado en energía mediante un proceso individual .

En segundo lugar se han considerado los conceptos relacionados con la vejez que surgen en la entrevista Gilles Delleuze – El ABECEDARIO – 1988) Entrevista efectuada por Claire Parnet.

Para este pensador la vejez no es el problema sino “el dolor y la miseria” que muchas veces acompañan esta etapa, recalca que no es la vejez, “la vejez no es un mal”, la vejez es algo formidable. No queda más que la vejez, uno ha llegado... habrías sobrevivido a los desastres. Acerca de la capacidad y la autonomía considera que la libertad del viejo es ser, no hay que ser, es a secas, se ha ganado el derecho de ser. La aceptación de uno mismo y la convicción de la evolución en la vejez que implica la posibilidad de realizar proyectos cada vez en un ideario más refinado se refiere a los proyectos como “” tan nada para alcanzar una sobriedad que sólo puede llegar tarde. Así percibe cierto abandono social, la limitación del intercambio como sujeto y observa algunas ventajas en la posibilidad de elegir aquellas relaciones que verdaderamente nos importan. En cuanto a la sociedad nos dice que “ no reconoce la sociedad sino a través del recibo de la pensión” Para este pensador el cansancio del viejo es el del final de una jornada.

Para *Jorge Luis Borges* la vejez es una forma de soledad agravada por la ceguera, también repara en otras condiciones tal como las conocemos los que nos desempeñamos en este campo: ser mayor de 80, pérdida de coetáneos, sin convivientes. Deterioro del entorno por disminución de los ingresos. Artículo diario Clarín 1984. Nos remite a De Senectute, “allí ya está todo escrito” de alguna manera a pesar de ello pondera ó prioriza su experiencia personal.

La descripción de la vejez como una forma de soledad, agravada por la ceguera, ser mayor de 80, la pérdida de coetáneos, sin convivientes, nos remite a las condiciones de asignación de recursos o contención en situaciones de vulnerabilidad y fragilización. Tal como lo señala Delleuze, para Borges el proyecto de un viejo tiene la posibilidad de dejar de serlo desde el inicio.

A continuación pareció pertinente incluir un párrafo de una referente entrevistada, tomando en cuenta su convivencia en forma diaria con la cuestión gerontológica y la importancia de su percepción del cambio entre las cohortes de los residentes de un establecimiento.

“Eso es interesante porque tenemos un criterio de vejez que se puede manejar con la gente histórica del hogar, pero que está viniendo una nueva camada de gente que está pidiendo computación, que es como si se hablara de otro tipo de vejez, es como que cada grupo etareo que llega a viejo forma una idea de lo que es la vejez en ese momento”...

4. LA ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS

5.1 Los Equipos Interdisciplinarios

Un equipo interdisciplinario puede definirse como un grupo de personas, desde una amplia gama de disciplinas, que trabajan juntos para asegurar la utilización integrada de las ciencias naturales y sociales y las artes en la planificación y la toma de decisiones para resolver un mismo problema.

El equipo interdisciplinario, como todo grupo, se instaura desde la propuesta de una tarea común, la que dará cuerpo y determinará predominantemente las formas de su organización, ya que como ley inherente a los grupos, no se puede sino reproducir en el contexto, el tipo de relaciones significantes de la tarea planteada.

La ciencia tradicional se ha caracterizado por ser generadora de respuestas unidireccionales sustentadas por un método científico único, aplicable a la explicación de cualquier fenómeno. Pero hoy este análisis resulta insuficiente. La fragmentación de los temas, la búsqueda de expertos como portadores de un saber específico han demostrado no ser una herramienta infalible, ya que el conocimiento es una construcción de muchos.

La búsqueda de soluciones y no de meros diagnósticos ha provocado un cambio de paradigma.- Se habla de método científico múltiple, multidisciplina, interdisciplina, transdisciplina, e intersectorialidad como instrumentos para encarar en forma simultánea, todas las variables que intervienen en un problema complejo.

Los equipos interdisciplinarios, por una parte, surgen como una necesidad para poder comprender y resolver problemas complejos, a la luz de propuestas más abarcadoras

que potencian su comprensión y frente a los cuales resulta insuficiente la visión disciplinar.- Pero, a su vez, a través de la interacción entre diferentes campos del saber se llega a formular preguntas diferentes y se generan nuevas metodologías que permiten resolver problemas de un área con las formas operativas o conceptuales de otra.

La formación de equipos interdisciplinarios tiene diversos objetivos entre ellos la presencia de determinadas condiciones en los integrantes del equipo: interés compartido por cierto tema o problema, actitudes para escuchar al otro cuando se enfrenta con diferentes formas de conceptualizar un objeto de conocimiento, superación de las barreras producidas por el lenguaje hermético de cada disciplina, ambiente de confianza, humildad y creatividad. También La formación de los especialistas que estimule la imaginación y la actitud crítica, así como el perfil del coordinador del grupo, que debería poseer liderazgo participativo de sus saberes, un manejo adecuado del lenguaje básico de las diferentes áreas, la captación de la esencia de los problemas, la definición y orientación del proceso para que el equipo encuentre las soluciones posibles a la problemática o anomalía del espacio o situación estudiada.

La Profesora G. Garmendia (Ética e Interdisciplina - "Psi Foros - 2007) considera que el tema de la interdisciplina y su relación con la ética tiene que ver esencialmente con el lugar que en el trabajo ocupa la reflexión acerca del sentido de lo que hacemos. Este proceso es casi inviable si no se realiza entre pares, entre los que compartimos la responsabilidad de las respuestas pero fundamentalmente la misma intención desde la mirada de los otros.

El trabajo interdisciplinario presupone un espacio en el que puedan suceder relaciones horizontales como condición básica para el diálogo. Desmitificando toda forma de discurso que no pondera el diálogo. Es más importante la música que cada uno de los instrumentos que la ejecutan. Nos recuerda que cuando Sócrates acepta la respuesta del artesano al significado de ser zapatero le advierte "siempre que no implique transformar el mundo en una zapatería"

El saber y la verdad implicarían a una multiplicidad de saberes que pueden encontrarse e interactuar, teniendo en cuenta la influencia recíproca entre el azar y la necesidad, entre las fluctuaciones y determinismos. Se apela a querer saber con lo múltiple, con lo diverso y diferente. Sabemos que no hay desde la filosofía una verdad absoluta, requiere

estar dispuestos al no fanatismo, a la no adhesión incondicional “a otra idea que no sea el respeto al prójimo”

En la interdisciplina involucramos al tema ético que por encima de los códigos envuelve la identidad del profesional en su práctica y en sus conocimientos teóricos. El punto de inflexión son los pactos tácitos con las personas, con los otros a los cuales les debe su razón de ser. El dialogo interdisciplinario aspira a ser apertura, enriquecimiento, complementariedad, la nueva alianza (I Prigogine e I Stengers).

La condición esencial para hacer posible el dialogo interpersonal: descreer del propio ego, evitar la adhesión incondicional y el fanatismo que no permite ver a los otros, ni los destinatarios ni a los colegas., el prójimo nos incumbe., se impone. El que sabe está sometido a los requerimientos del que no sabe, el prójimo es el primero, como resultado de la responsabilidad profesional y la solidaridad de base.(Levinas, E. Etica e Infinito 1991)

5.2 Los Grupos de Trabajo

A menudo tanto los profesionales como los gestores o gerenciadore de los proyectos no toman en cuenta la diferencia cualitativa de contar con un verdadero equipo en el sentido de la interdisciplina y también de las relaciones internas o, si de lo contrario cuentan con un grupo de diferentes especificidades con metas muy acotadas y formales.

Un *grupo de trabajo* es aquél en el que sus componentes interactúan principalmente para compartir información y tomar decisiones, a fin de ayudar a cada miembro a desarrollarse dentro de su área de responsabilidad primaria.

Un *equipo* es un conjunto formado por un número pequeño de personas con habilidades técnicas y personales complementarias, que interactúan para el logro de un propósito común que requiere de un esfuerzo conjunto y sinérgico que facilitará la obtención de un resultado del que todos son responsables de forma colectiva.

De esta manera, las principales diferencias entre los grupos y los equipos de trabajo son: la existencia de objetivos colectivos, la responsabilidad individual y mutua, la

complementariedad de las habilidades y el efecto sinérgico del esfuerzo conjunto que el trabajo en equipo genera.

La conciencia de pertenencia es un elemento común para ambas asociaciones pero los niveles de integración (lenguaje grupal, cultura compartida, procedimientos y formación del recurso humano) se fundamenta en la centralidad del sujeto destinatario.

El siguiente cuadro permite visualizar las diferencias entre ambos conceptos y sus cualidades centrales. (Franklin, E; Krieger, M. Comportamiento Organizacional: un enfoque para América Latina. Ed. Prentice Hall – Pearson, México, 2010. Capítulo 9)

	Grupos	Equipos
Meta	Comparten Información	Desempeño Colectivo
Sinergia	Neutra	Positiva
Responsabilidad	Individual	Individual y Mutua
Resultados	Considerados y valorados individualmente	Considerados y valorados colectivamente
Habilidades	Aleatorias y diversas	Complementarias
Dirección	Líder fuerte, claramente definido	Roles de liderazgo compartido
Identidad	Centrados en la tarea y no se preocupan del grupo como sistema social	Se fomentan las discusiones abiertas y las reuniones de resolución activa de problemas
Evaluación	Su eficacia se mide de forma indirecta, mediante su influencia en otros, por ejemplo, en la consecución de las metas	Su eficacia se mide directamente por sus productos de trabajo colectivo

Existen ciertos mecanismos psicológicos presentes en el proceso de trabajo en equipo que son esenciales para comprender por qué los seres humanos trabajan bien de este modo. Dichos mecanismos son la identificación social y la representación social.

El equipo se encuentra imbricado en un sistema, por tanto, no es un elemento aislado, sino que está en continua relación con su entorno más directo que es la organización. En consecuencia, cada equipo de trabajo se ve influido por las condiciones externas que le vienen marcadas por la empresa y por la propia estructura del equipo.

Los equipos de trabajo se aplican con varias finalidades, ya que se espera que faciliten, de forma simultánea, una mejora en el desempeño organizativo en sus dimensiones técnico-productiva, política y humana.

Sin embargo, su implantación tiene algunos requerimientos. El coste es el asociado al cambio en la unidad de producción -de individual a colectiva-, ello requiere actividades de reorganización y reajuste de todas las variables de diseño, la reasignación de los recursos-proporcionando los necesarios y adecuados a cada equipo-, disponer una importante inversión en formación y un cambio en el estilo de dirección.

La implantación y el desarrollo de una estructura de equipos requieren una serie de cambios orientados a preparar la organización para funcionar con estas nuevas unidades de trabajo.

El trabajo en equipo no ocurre por suma espontaneidad sino por sincronización entre los elementos que forman parte del sistema.

Un *grupo de trabajo* es aquél en el que sus componentes interactúan principalmente para compartir información y tomar decisiones, a fin de ayudar a cada miembro a desarrollarse dentro de su área de responsabilidad.

Un *equipo* es un conjunto formado por un número pequeño de personas con habilidades técnicas y personales complementarias, que interactúan para el logro de un propósito común que requiere de un esfuerzo conjunto y sinérgico que facilitará la obtención de un resultado del que todos son responsables de forma colectiva.

Así pues, las principales diferencias entre los grupos y los equipos de trabajo son: la existencia de objetivos colectivos, la responsabilidad individual y mutua, la complementariedad de las habilidades y el efecto sinérgico del esfuerzo conjunto.

El trabajar en equipos interdisciplinarios, es trabajar dentro de un sistema, ya que cada persona conforma un elemento y cada persona esta asociada a otra para buscar una solución a un problema específico, o en su defecto se producirán tensiones que marcarán obstáculos en su accionar.

Antes de integrar un sistema, para resolver una situación problemática primero debemos conocer, cual es la emergencia o necesidad que queremos resolver, para ello es necesario hacer un exhaustivo análisis de la situación. Si existe un sistema anterior que haya intentado resolver la situación es necesario buscar el porqué de esos resultados pues esto nos será de gran ayuda a la hora de diseñar el nuevo proyecto.

Al momento de diseñar el modelo de intervención mediante el trabajo en equipo debemos tener en cuenta una serie de parámetros a seguir: conocer con que tiempo y recursos tanto materiales como humanos contamos, las posibilidades y limitaciones de su desarrollo y capacidad para ejecutar dicho sistema, entendiéndose que cada una de estas partes (diseño, desarrollo y ejecución), deben seguir una línea legitimada por la necesidad a cubrir.

5. LOS SERVICIOS Y EL CONOCIMIENTO TRANSDISCIPLINARIO

El trabajo del conocimiento científico aplicado a la atención de las necesidades o problemas de las personas se inicia como búsqueda de conocimiento, luego como invención o descubrimiento para la cura, la mejoría o la utilización adecuada de los recursos asistenciales. Algunos grupos profesionales acompañan la evolución de la especie desde épocas muy remotas aunque su accionar no siempre se ha basado en el conocimiento racional tal como lo conocemos actualmente. En otros casos, en general las actividades relacionadas con la práctica de las ciencias sociales, acompañan su desarrollo al del Estado Moderno y los diversos mecanismos de protección. En relación a las prácticas de la protección social se produce un desplazamiento de las responsabilidades individuales, de las familias y la Iglesia hacia entidades basadas en principio en su laicidad, y específicamente en la idea del bien común, de la ética y la política.

Mucho debió transcurrir hasta la institucionalización de las previsiones de riesgos por parte de los Estados. Hacia fines del siglo XIX la responsabilidad del pago de las cargas previsionales resultaba de los aportes tripartitos, Estado – Empresa - Trabajador establecidos en los pactos y la ampliación de cobertura.

La complejización de la vida social, fundamentalmente en el marco de los sistemas capitalistas trae aparejado, entre muchos nuevos fenómenos, la necesidad de la racionalización del saber de las prácticas sociales. Se está frente a un modo nuevo de dar respuesta a diferentes problemas y esta búsqueda de los medios más adecuados para el logro de fines supone una expansión paralela del saber racional, un saber técnico acerca de los medios. Este saber moderno desplaza conocimiento empírico, conocimiento obtenido en forma práctica, que es el característico de las comunidades tradicionales, desplazamiento no es necesariamente eliminación.

Si bien las profesiones se generaron en distintos momentos y circunstancias de la sociedad son producto de complejos mecanismos y responden a necesidades y urgencias sociales las que estructuran un sujeto-objeto de intervención específica. En torno a ellas se constituye además, un campo disciplinar que como conjunto de saberes explica científicamente un recorte de la realidad en el que cada objeto particular se configura y otorga las herramientas necesarias en el plano metodológico para el conocimiento y acción.

La hegemonía de las ciencias naturales frente a las Sociales favorece el parcelamiento de las profesiones y la fragmentación y superposición de respuestas en aras del trabajo interdisciplinar. La integración de los equipo es un trabajo que requiere tiempo, discusión, ejercicios de consenso y a veces soportes externos al grupo. Muchas veces el no tener clara la misión de su unidad conlleva a consecuencias que son perniciosas para los destinatarios/usuarios/clientes.

El objeto de intervención no es algo dado de antemano, sino una problematización teórica que se realiza en relación con una referencia empírica, en este caso las condiciones de vida de los sujetos que demandan la intervención.

El ámbito de la gestión, al cual entendemos como el campo de la práctica profesional, reflexiva y fundamentada abarca diferentes niveles y esferas de la actividad, prácticamente no hay respuesta a las necesidades humanas sin que intervengan los mecanismos de gestión.

Por este motivo no podemos hablar de una única forma de gestión. Es una articulación de incumbencias que necesariamente llevan a la transdisciplinariedad. Se trata de una

pluralidad de perspectivas que hace posible una reflexión no dogmática o cercenada de cada rama del conocimiento en particular, de modo que resulte relevante para todas las partes interesadas, empezando por las personas a las cuales destinamos nuestro trabajo.

Hay factores que no favorecen este modelo, algunas veces a las características del sistema educativo superior, construido sobre la base de divisiones se añade otro obstáculo que es el recelo entre las disciplinas “duras” y las aplicadas, las relaciones hegemónicas en las unidades de servicio. Una tercera dificultad estaría planteada en el hecho de la convergencia a veces forzada de diversas metodologías y la necesidad de consenso transdisciplinario, la flexibilidad para determinar en cada caso aquella que mejor se ajusta a cada necesidad.

En relación a la gerontología partimos de la convicción que es un campo multidisciplinar, con una difícil integración teórica y práctica porque su horizonte se transforma al mismo tiempo que transcurre la intervención profesional. Dado que debatir sobre la vejez es debatir sobre la vida, para algunos autores sigue siendo una estación en búsqueda de un propósito, su relimitación aparece por el momento inaccesible.

La transdisciplina es un cuestionamiento permanente acerca de la realidad y los modos de abordarla que requiere formación y actitud hacia ella y que no puede comenzar con la práctica profesional sino en los propios Centros de Estudio. Implica el reconocimiento por las estrategias e instrumentos que el profesional puede apropiarse para expandir su acción pero también para todos los integrantes del equipo.

Un enfoque diferente de la transdisciplinariedad fue desarrollado y descrito en 1987 por las 163 personas investigadoras del Centro Internacional para la Investigación Transdisciplinar (CIRET, en sus siglas en inglés). En el Primer Congreso Mundial de Transdisciplinariedad (Convento da Arrabida, Portugal, Noviembre de 1994) se adoptó una Carta de Transdisciplinariedad.

En el enfoque del CIRET, la transdisciplinariedad es radicalmente distinta de la interdisciplinariedad. La interdisciplinariedad trata de la transferencia de métodos entre disciplinas. Como la pluridisciplinariedad, la interdisciplinariedad desborda las disciplinas pero sus objetivos aún permanecen en el seno de la trama de las

investigaciones disciplinares. Como el prefijo "trans" indica, la transdisciplinariedad (un término introducido en 1970 por Jean Piaget) implica aquello que está al mismo tiempo entre las disciplinas, a través de las diferentes disciplinas, y más allá de cada disciplina individual. Su objetivo es la comprensión del mundo actual, para lo cual uno de los imperativos es la unidad del conocimiento global.

La transdisciplinariedad es definida por Basarab Nicolescu mediante tres postulados metodológicos: la existencia de niveles de realidad, la lógica de los intermedios incluidos, y la complejidad. En presencia de variados niveles de Realidad el espacio entre las disciplinas y más allá de las disciplinas está lleno de información. Las investigaciones disciplinares implican, un mismo nivel de realidad, aunque, en la mayoría de los casos, sólo involucra a fragmentos de un nivel de realidad. Por el contrario, la transdisciplinariedad implica la dinámica engendrada por la acción de varios niveles de la Realidad a un mismo tiempo. El descubrimiento de esas dinámicas necesariamente pasa a través del conocimiento disciplinar. La transdisciplinariedad, aunque no sea una nueva disciplina o superdisciplina, es alimentada por los estudios disciplinares, de hecho, el conocimiento transdisciplinar clarifica la investigación disciplinar. La comprensión del mundo actual no puede alcanzarse en el entramado de los estudios disciplinares.

En ocasiones se afirma que el advenimiento de la multidisciplinaria, la interdisciplina y, sobre todo, la transdisciplina "eliminará" a las disciplinas. El caso de la índole transdisciplinaria del enfoque 'de la Complejidad que es central para nuestros propósitos en la gestión nos brinda la ocasión para dilucidar los alcances de la supuesta "eliminación" de las disciplinas por la transdisciplina. La historia del surgimiento del enfoque 'de la Complejidad constituye un fehaciente desmentido a la aludida afirmación acerca de la "eliminación" de las disciplinas. Desde las primeras décadas del siglo XX, con mayor intensidad y evidencia en su segundo tercio, hasta la eclosión como tal del campo que hoy se denomina teoría o enfoque 'de la Complejidad' en la década del ochenta, atestigua cómo su cuerpo teórico transdisciplinario (conceptual, metodológico y metódico) de conocimientos se ha ido constituyendo a partir de una u otra disciplina (por cierto de numerosas de ellas, exactas, naturales, técnicas y sociales) y, con posterioridad, las ha nutrido con lo elaborado transdisciplinariamente.

En esta comprensión la investigación transdisciplinar se orienta hacia los aspectos del mundo real, más que a aquellos que tienen origen y relevancia sólo en el debate científico. Una cuestión de mayor importancia en la investigación transdisciplinar es hasta qué punto se consigue la integración de las distintas perspectivas científicas. Este aspecto es a menudo usado para distinguir entre trans, inter y multidisciplinariedad. El campo de la investigación transdisciplinar es difícil de estructurar dados estos diferentes conceptos y terminologías.

En la investigación en lengua alemana, un congreso de 2003 llevado a cabo en Gottingen hizo el intento de mostrar el amplio abanico de las diferentes comprensiones de la multi, inter y transdisciplinariedad e hizo sugerencias para hacerlas converger sin eliminar los usos presentes.

6.1 Transdisciplinariedad y Gestión

Las situaciones en las cuales tenemos algún tipo de intervención profesional son sumamente complejas tomando en cuenta la variedad de factores involucrados cuando nos referimos a Adultos Mayores.

Se agrega a ello la imperiosa necesidad de una mirada estratégica, prospectiva, flexible y abierta a los cambios (para cambiar a tiempo cuando resultare conveniente o necesario). Casi nada resiste el análisis de relaciones y/o sucesos apoyado en las perspectivas de una causalidad simple. Hoy reconocemos que en los procesos sociales operan elementos internos y externos a los mismos sobre los cuales podemos tener escaso control. A ello se agrega que casi siempre son emergentes, difícilmente comparables y escasamente predecibles en su desarrollo y efectos. En la Formulación de las Políticas Sociales y en los servicios y prestaciones que finalmente la concretizan frente al destinatario real se ponen en funcionamiento los mecanismos de gestión. Estas acciones, su determinación y decisiones, la asignación y ajuste de los recursos, la oportunidad de su operatividad son las que hacen la diferencia y nos muestran en materia de respuesta a la necesidad. Si realmente se han acopiado los esfuerzos convenientes con la dignidad del destinatario. Nora Elichiry (1999) afirma que el vocablo "inter" da cuenta de un nexo del que se espera cierta totalidad, partiendo del objeto real y no de las disciplinas dadas.

Por ello una gestión de políticas sociales, una gestión destinada a los ciudadanos, es necesariamente transdisciplinaria mucho más cuando se diseña en función de la equidad o el tratamiento de disfunciones que impactan en logros básicos de la sociedad – alimentación, educación, vivienda, protección-

Cada disciplina dispone de instrumentos y tecnologías adaptables para los aportes que el responsable de un proyecto pone en movimiento según indican las circunstancias. Pero la transdisciplina no es una sumatoria, es un resultado directo sobre la calidad de los servicios. Implica conocer y estar en condiciones de percibir la situación del o los sujetos afectados de tal manera que nada pueda resultar más importante y prioritario que sus necesidades. Este principio ordena el plan de trabajo, las intervenciones disciplinares, el recurso humano y al administrador /decisor.

Cabe preguntarnos que sucede en los avatares del trabajo cotidiano en donde se encuentran las discusiones, la competencia por espacios y todo aquello que determina niveles de eficiencia empobrecidos, presupuestos mal asignados y un recurso humano desacreditado. Y en este punto es necesario rescatar a los sectores y las organizaciones a efectos de no perder los límites o la función, su razón de ser. Son los recortes que nos especifican en las respuestas esperables, los canales en los cuales transitan los elementos de las políticas sociales y la interrelación con la realidad.

El estado de las instituciones operadoras de las políticas sociales a su vez debe acompañar la magnitud de los daños o riesgos a tratar, evitando las dificultades en torno a la escasez de recursos, equipamiento y adecuación física. Para ello deben tener en cuenta los cambios poblacionales, de las relaciones familiares, de las relaciones en el sistema escolar, en el sistema asistencial, incluidas las situaciones de violencia registradas en centros de atención.

En los organismos o unidades de servicios es donde se define el aspecto principal de la demanda; qué acciones ó prestaciones son obligatorias y pertinentes desde este programa concreto y por lo tanto cuáles son de apoyo para el cumplimiento de metas y alcance de los objetivos. Estos conceptos son luego la base para determinar los indicadores con los cuales vamos a valorar los alcances del trabajo efectuado. Tomando el ejemplo del programa HADOB del INSSJP que se ha implementado para el

seguimiento especial de aquellos afiliados que padecen Hipertensión, Diabetes, Obesidad. Estos “pacientes” son derivados a actividades socio-preventivas grupales y comunitarias y se insertan en la programación local vigente de Prestaciones Sociales.

Los controles periódicos que deben realizar suministran la información del impacto de todas las medidas tanto médicas como complementarias que se han adoptado a estos efectos. Pero se trata de un programa sanitario cuyos indicadores están establecidos por los protocolos médicos. La intervención social en este caso es un apoyo a los fines primordiales que dan identidad a la problemática, pero no es el eje de la actividad dado que el impacto buscado se encuentra en el aspecto biológico. No se intenta decir que las actividades de apoyo no deben ser evaluadas, es preciso que también lo sean pero con una mirada instrumental más cercano al nivel de herramientas alternativas ó insumos, que hasta cierto punto pueden ser sustituidos por otros recursos o tecnologías.

Es asimismo necesario diferenciar la actividad interdisciplinaria de los equipos con la consulta a los profesionales de los equipos. La escasa experiencia durante la formación de las especialidades tienden a confundir dos conjuntos de acciones diferentes y a los desvíos propios en el diagnóstico de la situación se añade las dificultades para diferenciar el alcance o los términos de las responsabilidades de sus integrantes.

En los espacios institucionales donde no se cuenta con otros profesionales, el trabajo radica en la generación del equipo, trabajando interinstitucionalmente. Observamos en la práctica diaria una variedad de articulaciones con equipos y organizaciones de la comunidad siempre a nivel de interconsulta o derivación. El verdadero desafío implica la implementación de comisiones locales apelando a la construcción intersectorial de la satisfacción de las necesidades de una misma población o ámbito comunal.

En nuestro medio. R. Follari aborda el tema desde la educación (La Interdisciplina Revisada, 2005) y considera que, lo interdisciplinario es la conjunción de lenguajes diferentes, que hablan de cosas distintas, en términos diferentes y por lo tanto implica un arduo esfuerzo, mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco orientador de acciones complementarias.

Por otra parte, es interesante repensar el campo de intervención de los equipos interdisciplinarios en el ámbito público. Siguiendo a Tenti Fanfani, los objetos complejos deben abordarse con herramientas complejas. Los problemas sociales presentan de por sí una gran complejidad, acentuada en la actualidad dadas las

transformaciones operadas en el contexto. Dice Tenti Fanfani al respecto: "... la complejidad de los nuevos problemas sociales hace que ninguna profesión en particular sea capaz de dar respuesta global a los mismos", y frente a ello el autor llama la atención a la formación profesional diciendo "... es sintomático... (que) la formación de los especialistas no haya tomado en cuenta la necesidad de desarrollar en sus graduados las habilidades necesarias para el trabajo en equipos inter - disciplinarios". . De este modo, si bien se puede reconocer desde las diferentes disciplinas aspectos de incumbencia específica, la comprensión de las situaciones que se abordan merecen un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de integralidad, para luego identificar las intervenciones particulares desde una perspectiva de complementariedad.

Desde esta perspectiva no hay una disciplina particular que interviene en lo social, en todo caso habría "una mirada disciplinar" que se hace cargo de ciertos aspectos de lo social.

En síntesis, la interdisciplina constituye una herramienta necesaria para intervenir en lo social hoy. No es desde la soledad profesional que se pueda dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan a las instituciones, como tampoco es posible mantener una posición de distancia o subalterna en los equipos.

El trabajo en equipo no ocurre por suma espontaneidad sino por sincronización entre los elementos que forman parte del sistema.

El trabajar en equipos interdisciplinarios, es trabajar dentro de un sistema, ya que cada persona conforma un elemento y cada persona está asociada a otra para buscar una solución a un problema específico, o en su defecto se produzcan tensiones que obstaculicen su accionar.

Ahora bien antes de integrar un sistema, para resolver una situación problemática primero debemos conocer, cual es la anormalidad o necesidad que queremos resolver, para ello es necesario hacer un exhaustivo análisis de la situación y ver si existe un sistema anterior tratando de resolver la situación y si fuere así, entonces buscar el por que no lo ha logrado, pues esto nos será de gran ayuda a la hora de diseñar el nuevo sistema, para el cual debemos de tener en cuenta una serie de parámetros a seguir. Debemos conocer con que tiempo y recursos tanto materiales como humanos contamos

para proyectar, desarrollar y ejecutar dicho sistema, entendiéndose que cada una de estas partes (diseño, desarrollo y ejecución), deben seguir una línea cronológica de formación.

6. PRINCIPALES DIMENSIONES ORGANIZACIONALES EN TORNO A LOS SERVICIOS Y PRESTACIONES SOCIOSANITARIAS CON ENFOQUE EN ADULTOS MAYORES

El origen del término servicios es el Latín *servillum* y refiere a la acción o efecto de servir a alguien o a estar sujeto a alguien por cualquier motivo que nos demanda determinadas acciones. En general se refieren a toda acción humana que satisface alguna necesidad social y que consiste en la producción de bienes no materiales aun que en algunos casos implique la entrega de un producto físico (medicamentos, prótesis, materiales para talleres preventivos).

Los servicios pueden ser personales, religiosos, de contribuciones, profesionales. Son Intangibles por lo cual los proveedores de servicios no suelen manejar grandes cantidades de materias primas y cuentan con pocas restricciones físicas., el principal valor es la experiencia, de ello se desprende la ponderación del Recurso Humano. Son también heterogéneos, no resultan dos iguales, sus procesos de producción y consumo son simultáneos. Un servicio es en sentido amplio la forma, el conjunto de tecnologías implementadas para la resolución de las necesidades de las personas, las básicas, las secundarias y las de representación.

Las Políticas Sociales generan líneas y ejes para la acción en el sector específico – Salud, Seguridad Social, Educación - . En el marco legislativo se crean las Instituciones que de acuerdo al conocimiento o interés de cada época brindarán respuestas a las necesidades de la población. Surgen entonces a partir de su operatoria las unidades de

trabajo y la red de organismos, instituciones y servicios de la comunidad, canales por los cuales en principio se orientan las respuestas.

Para acercarnos a la idea de los servicios gerontológicos es necesario, en primer lugar, una aproximación conceptual al debate sobre el trabajo de servicios, dentro del cual los mismos se inscriben.

Entendemos por tales a la unidad productora de bienes no tangibles en general que realiza actividades de atención integral mediante un dispositivo específico, - tecnología- destinado a la población mayor de 60. En ocasiones los servicios implican a cada una de las diferentes especialidades tal el caso de la atención hospitalaria y en otros están referidos a la logística y actividades de apoyo a las áreas principales del establecimiento- equipos de Servicio Social, equipos de área programática o aquellos denominados auxiliares de diagnóstico. Los servicios de Gerontología tienen un importante desarrollo en las sociedades con población envejecida, familias nucleares y alta incorporación de la mujer a las actividades laborales fuera de su hogar, a partir de organizaciones prestacionales vinculadas con la asistencia a la fragilización y el apoyo en situaciones de vulnerabilidad. A ello debe agregarse una larga lista de actividades que apuntan al estímulo solidario, al incremento de la participación como fuerza de sostén de una vejez activa y las entidades representativas o autogestivas que involucran el ejercicio del derecho y la ciudadanía.,

Tal como señala Nora Britos (2006), las dificultades para captar la naturaleza y especificidad del sector de servicios frente a los complejos desarrollos que tuvieron por objeto explicar el trabajo industrial son significativas. El mismo, en contraposición al trabajo en la industria, ha recibido una atención secundaria durante el siglo XX, considerándolo un “cuerpo extraño”, inserto en la industria y especialmente en el Estado quien debe garantizarlos de acuerdo a sus posiciones definidas para las Políticas Sociales, la Educación y la Salud. Si bien la conceptualización referida al tema sigue siendo objeto de debates, algunas características se mantienen en el tiempo.

A diferencia de otros productos, el trabajo de servicios no es almacenable ni transportable, no ofrece resultados materiales. Al trabajar con el hombre no se perciben

transformaciones físicas, los servicios no se transforman en objetos; no se operan materias primas sino que sus medios son símbolos, información, competencias discursivas e interacción con personas. Es decir el insumo del sector está basado en el recurso humano.

También siguiendo a Britos (2006) se señala que la producción inmaterial no existe separada de la propia actividad de producir, y este hecho permite la aparición del sujeto destinatario, del cliente, del usuario. Estas denominaciones ponderan de la misma manera la centralidad del sujeto, razón de ser de nuestra acción, sin desconocer que todo lo producido por el hombre es un producto social porque es una respuesta a una necesidad.

Aplicando estos conceptos a los servicios de la Seguridad Social o la Salud. En este campo las tensiones ocurren frente a un reclamo de derecho adquirido – la jubilación - o de una solicitud de apoyo en necesidades relacionadas con la vulnerabilidad.

Un factor a tomar en cuenta es que todo producto requiere ser medido y por lo tanto el servicio puede ser evaluado conforme a determinados parámetros. Se requiere de una evolución de la experiencia hacia la construcción de indicadores que dé acceso a la comparabilidad, que pueda establecer pautas hacia la calidad de los resultados. Con las previsiones mencionadas se presentan mejores posibilidades para la planificación local de la atención, se abren las perspectivas de poner al destinatario en el centro de estos movimientos. Y finalmente se estaría en condiciones de pactar la complementariedad de las redes en un desafío ético tanto profesional como ciudadano.

La producción que a manera de prestación o servicio se brinda a la población mayor circula en general por espacios definidos profesionalmente, así individualizamos las áreas de Prestaciones Médicas y las Prestaciones Sociales, incorporando aspectos de programación, se instituyen como Servicios o unidades prestadoras distribuidos de forma georeferenciada. Las redes de cobertura de los sistemas vigentes, Prepagas y Obras Sociales organizan su oferta para los adherentes al sistema mediante establecimientos y tecnologías propias o bien por medio de mecanismos de tercerización.

En el sistema prestacional de la Seguridad Social el producto final es el derecho que tiene el portador del mismo a recibir una prestación. En el caso del INSSJP desde su ley

de creación N° 19.032/71 y sus modificatorias en el artículo 2° establece que se “brindará servicios por sí o por terceros” lo cual permite al administrador contar con la posibilidad de optar por diferentes modelos de contratación de prestadores o de la organización de la oferta mediante los servicios propios.

En los hechos la definición más clara proviene del aporte de las ciencias, las disciplinas y normas de la Economía especialmente en lo que se refiere a los mecanismos de acreditación y contratación de efectores como a las cuestiones relativas a la compra o adquisición de unidades de prestaciones del sistema. Así la tarea se transforma en el ordenamiento de módulos para la cobertura complementando la oferta global establecida en el caso, la valoración, la asignación, el precio, la compatibilidad y finalmente la implantación de la red asistencial local.

El motivo por el cual dedicamos el análisis de los componentes del sistema prestador apunta a la ubicación de los sucesos que tienen lugar al momento de la utilización, desarrollo o consulta tomando en cuenta que cada paso indicado en un momento condiciona luego las respuestas ulteriores. Como ejemplo tomamos la situación al alta sanatorial de una persona mayor en condiciones transitorias de dependencia – convalecencia prolongada – Las decisiones esperables son variadas, dependiendo en este caso del criterio del médico tratante, la firma del alta con regreso a su domicilio, alta con prescripción de atención domiciliaria, internación domiciliaria, o Residencia Adulto Mayor. La prestación más conveniente será la que se asemeje más a su problema, sus condiciones habitacionales, el entorno, y los tiempos de vigencia de las externalidades (formas y regulaciones) del proceso. De ello depende en gran parte el impacto de los esfuerzos sanitarios dispuestos por la unidad sanatorial para su cuidado.

Se plantea que el sector servicios puede ser definido como aquel que “abarca la totalidad de las funciones que se realizan en el proceso de reproducción social y que se dirigen a la reproducción de las estructuras formales, las formas procedimentales y las condiciones enmarcantes de carácter cultural bajo las que tiene lugar la reproducción material de la sociedad (...) Incluye el mantenimiento de las condiciones físicas de la vida social, de los sistemas normativos culturales y legales, la transmisión y desarrollo del fondo de saberes de una sociedad así como sus sistemas de información y comunicaciones”. Sistemas normativos culturales y legales, la transmisión y desarrollo

del fondo de saberes de una sociedad así como sus sistemas de información y comunicaciones”.

A partir de esta idea, Britos plantea que “el trabajo de servicios es, un trabajo orientado a la protección de las formas de organización del trabajo social y de la vida social en su conjunto. En este sentido, la protección de las formas abarca especialmente los elementos estructurales que a lo largo de la evolución social se han convertido en elementos “normales” de una sociedad, como, entre otros, las expectativas y patrones vigentes en materia de salud, educación, distribución del ingreso, atención a la vejez, etc.”. Estas formas de protección de las formas suponen un trabajo de restauración y de normalización, tareas de mediación y control social. Se trata fundamentalmente de un trabajo de producción y reproducción simbólica de la sociedad.

Siguiendo el análisis de Britos, la misma se interroga, si el trabajo de servicios es un trabajo de vigilancia y restitución de la normalidad, cuáles son las amenazas a las que se dirige? Cuáles son los factores que perturban la normalidad? Para los servicios sociales se trata del riesgo existencial que resulta de los costes y exigencias de la reproducción de trabajadores dependientes y de los conflictos de clase, que conllevan a quedar por debajo de los costes de reproducción (objetivamente crecientes en el contexto de las formas de vida urbanas y de familias reducidas...) esto es, como estrategia de “socialización” de reproducción de la fuerza de trabajo a través de la que, por la vía de la racionalización, simultáneamente se contiene el crecimiento de los costes reproductivos – que en otro caso se presentarían como exigencias salariales”

Otra característica de los servicios sociales es que estos consisten en un trabajo reflexivo, que requiere competencias interactivas y se encuentra orientado a la resolución de situaciones problemáticas no estandarizadas del todo, y en este aspecto, se distancia del trabajo productivo industrial de tipo fordiano. “... el trabajo inmaterial no se reproduce en la forma de la explotación sino en la forma de reproducción de la subjetividad”

Una cuestión importante es la referida a la forma de acceso a los servicios que cada Organización o institución prestadora de los mismos haya implementado. Para el presente trabajo se consideró el Acceso como una forma de interpretar las características

de los servicios ofrecidos. Si bien el concepto anterior se fundamenta en cuestiones relacionadas a los derechos de ciudadanía, en realidad en el despliegue cotidiano es donde converge con el concepto de Equidad, toda vez que se toman en cuenta las necesidades concretas de cada caso. Individuos o grupos familiares. Por un lado existe el acceso universal, como principio, lo que registramos en esta oportunidad es que sucede cuando ese derecho se transforma en demanda – por ejemplo una enfermedad aguda, la irrupción de conflictos, migraciones etc. -Así como el acceso escolar está en general pautado por la edad de los escolares en cuanto a su inserción concreta, lo propio sucede con los servicios gerontológicos, si tomamos en cuenta que las personas mayores de 65 pertenecen a esa categoría específica- En segundo lugar observamos otros criterios relacionados con la dependencia y la vulnerabilidad. La combinación de ambos factores genera las condiciones del acceso, las posibilidades y las limitaciones de las prestaciones brindadas por determinada unidad.

7.1 Las Prestaciones

Podemos decir que las sociedades organizan complejos sistemas prestacionales en la idea de garantizar los derechos ciudadanos de accesibilidad y uso de acuerdo a la característica de la demanda y la oferta local de servicios. Entendemos por prestación las atenciones y consultas profesionales dirigidas a la asistencia, a la intervención en situaciones disfuncionales o de riesgo potencial de las personas o las familias. Se legitiman mediante normativas y pueden ser individuales, grupales o de abordajes múltiples.

Su objetivo es producir un cambio cualitativo hacia una meta terapéutica o de mejora de las condiciones de vida, meta previamente establecida o recomendada según conocimiento y estado de la actividad profesional. ¿Qué son las Prestaciones? El concepto tiene varias aplicaciones por lo cual en algunos casos se lo asimila al de servicio, diferenciando también al prestador como oferente de tecnologías y prestatario al sujeto o población que recibe los servicios. La idea de prestación está más desarrollada a partir de la Seguridad Social como sistema de pactos tripartitos entre el trabajador, la patronal y el Estado. En su encuadre, podemos decir que aparecen los términos Beneficiario, Aportante, Propiedad Diferida (en relación a los aportes previsionales de la clase trabajadora) tomando las raíces de orden jurídico que regulan la actividad de la Seguridad Social. A diferencia del sistema de salud que brinda

determinados servicios en un establecimiento, en internaciones sanatoriales, en la aplicación de tecnologías de Alta Complejidad, en consultorios externos o en el área programática, la Seguridad Social brinda prestaciones para cumplir con su misión que es la de cubrir “determinados riesgos “ en un marco de derechos – percepción de beneficio o prestaciones – y obligaciones – aportes individuales y del aparato productivo claramente establecidos en leyes nacionales. Con la complejización de la sociedad y por ende de sus instituciones, podemos esperar cambios a partir de la articulación y complementariedad de actividades, miradas más integrativas para el abordaje en grupos humanos disociados por los procesos de vulnerabilidad, fragilidad y la fragmentación en las sociedades modernas.

7.1.1 Políticas Sociales y Focalización

Parece importante tomar en cuenta que los Servicios son focalizaciones de la Política Social de manera que resulta relevante que esa forma legitimada de la intervención de los Estados se organizan y cambian a la luz de los paradigmas imperantes en el momento histórico de una región ó un país.

En nuestro país Argentina podemos seguir una línea que va desde la concepción de la caridad – amor al hombre por amor a dios- a cargo de las instituciones eclesíásticas hasta 1826, la creación de la Sociedad de Beneficencia, como entidad laica bajo el paradigma de la filantropía – hacer el bien a los congéneres.

Esta Sociedad generó los primeros establecimientos asistenciales u hospitalarios con un basamento colectivista o comunitario, a fines del siglo XIX irrumpe en el continente americano el proceso de migraciones europeas, cuyos integrantes de diversas nacionalidades se preocuparon por la asistencia de sus coterráneos. Esta preocupación se plasma en la organización de Sociedades de Beneficencia Italiana, española, Sirio Libanes, Israelita, Francesa, Gallega, a lo cual corresponde agregar otras formas de instituciones de índole recreativas y sociales referenciadas por regiones o ciudades.

Después de la segunda Guerra Mundial, con la modernización del estados se impone en nuestro medio el paradigma de la ayuda entre pares que podríamos relacionarlo con la actividad de los Sindicatos y la Obra Social de la Fundación Eva Perón, hasta la

generalización a nivel internacional de las teorías referidas al Social Welfare o Estado de Bienestar. Es el concepto preponderante y orientador a partir de las teorías keynesianas llega fortalecido a los 70s y pierde consenso en la década de los 90s.

Se propone resumir esta línea de tiempo por dos motivos, primero porque sus fundamentos muchas veces contradictorios subsisten en las instituciones y quehaceres profesionales, sus características y modelos no se han retirado y subsisten en distintos niveles y áreas de trabajo y programas.. En segundo lugar porque es necesario reconocer esta vigencia para comprender los grandes aciertos y limitaciones de la aplicación de las Políticas Sociales en nuestro medio.

Los programas y servicios tienen todavía los defectos que deben ser tratados para lograr una mayor eficiencia cuando la focalización se hace necesaria; el voluntarismo, el partidismo, la “moneda social” en los niveles locales y una gran burocratización en los centralizados. Actualmente se percibe la iniciativa oficial dirigida a la universalidad y al trabajo intersectorial. Ello implica, entre otras cuestiones, el abordaje de los sectores operantes e insertos en las comunidades (Desarrollo Social, ANSES, INSSJP, Autoridades Sanitarias. Tal es el caso de los programas destinados a poblaciones vulnerables de las provincias del Noreste argentino, en su mayoría poblaciones originales en estado de vulnerabilidad sociosanitaria y pobreza estructural. *El* resultado fue la inclusión en los planes de salud, el apoyo alimentario y las pensiones estatales resultantes del estado previsional y la característica etaria de los grupos. Sin los operativos que se hicieron a lo largo de 2008/2009 los habitantes más desprotegidos de estas regiones no conocían la existencia de las instituciones formales y legales compatibles con sus necesidades de protección simplemente por ciudadanía.

Cuáles serían las metodologías que nos eviten en un grado aceptable el hecho de trabajar con los síntomas del problema: inducir la demanda mediante la oferta indiscriminada, fomentar relaciones de patronazgo y dependencia etc.? Los planes y programas producidos mediante las herramientas transversales de la gestión asociada interinstitucional y las del trabajo intersectorial parecen acercarnos a lograr una mayor eficiencia, también incrementada con la inclusión de los destinatarios y las consideraciones de la factibilidad institucional de su entorno.

Por último la formación de ámbitos de participación como pueden ser los Concejos Federales, Juntas Locales y otras formas cuyo funcionamiento todavía no se encuentra desarrollado convenientemente pero van dejando entrever que la posibilidad de la respuesta integral se urde en esta trama, en la articulación de organismos y entidades representativas y sociales que constituyen la red y base de sustentabilidad como también en lo referido a la legitimación, los tiempos de vigencia, cambios y alternancias.

La integralidad supone la mayor participación posible, pero los canales para su efectividad deben estar institucionalizados formalmente.

El análisis económico es un componente de evaluación del proceso de construcción de las Políticas Sociales, tanto por razones prácticas como por fundamentos éticos...

En los programas sociales pocas veces se consideran los gastos de producción de determinado bien. Las agencias no visualizan los gastos indirectos que constituyen la estructura, los traslados, los recursos humanos necesarios para una gestión. Si estos elementos se tomaran en cuenta y si fuera posible analizar resultados, quizás no podríamos justificar si una plaza en Residencias para Adultos Mayores de establecimiento público resultase más onerosa que la que se adquiere en el sistema privado con servicios similares.

Una situación frecuente es la decisión de optar por el sistema de atención domiciliaria para evitar la inclusión prematura en establecimiento asilar- Se pondera la permanencia en el medio familiar del anciano, sus vínculos, costumbres, cotidianidad. Se deshecha entonces el ingreso a una Residencia para Adultos Mayores (RAM). Sin embargo no siempre esta elección es desde el punto de vista costo efectivo lo más oportuno. Tampoco desde el impacto y los resultados porque éstos dependen en gran medida las condiciones y sucesos del ambiente social, de su entorno, de las posibilidades de control institucional ante las agudizaciones de cronicidades, las reinternaciones y el aceleramiento del deterioro general de un número importante de población más envejecida. Esta apreciación de los hechos se fundamente en la práctica gerontológica en medios urbanos del país y la observación de las grandes diferencias entre grupos y regiones.

7.1.2 Presencia del Estado

Los Servicios de Atención a Adultos Mayores requieren la fundamentación, el sostenimiento y control por parte de los Estados. Estos sus líneas de acción y fijan las pautas generales para responder a necesidades reconocidas de la población (Agenda Social), En el caso de la Seguridad Social la intervención se legitima sobre la base de los principios de equidad y los derechos de ciudadanía ambos conceptos de absoluta incumbencia pública. A diferencia de otros bienes, estos servicios no se motorizan por el comportamiento de las leyes del mercado aunque tengan muchas veces inserción e impacto social en el medio.

Los Servicios Gerontológicos pueden desarrollarse en el ámbito público o privado, pueden ser también autogestivos o configurar un consorcio de instituciones no gubernamentales, pero la incumbencia, acceso, alcances, será siempre de dominio estatal, central o local para que los derechos de la ciudadanía no se constituyan en un ordenamiento virtual,

No podemos hablar de servicios para las personas que se encuentren frente a los riesgos de la fragilidad y la vulnerabilidad sin analizar las formas que tiene el estado moderno para la protección social. No nos vamos a detener en la historia dado que finalmente alejaría el foco de la atención respecto a las calidades o condiciones de prestación .Además se puede observar que la actividad relacionada al quehacer gerontológico ha favorecido la crítica y la reflexión hacia las formas de protección, asistencia o promoción brindadas por los servicios pertinentes. .En este aspecto me remito al material de los Trabajos de Integración de la Maestría en Gestión de Servicios Gerontológicos, como así también a la presencia activa de los equipos interdisciplinarios, con sus logros y dificultades.

7.1.3 Integralidad de los Servicios

Ante el planteo de una necesidad las respuestas fragmentadas no son en realidad las respuestas más pertinentes, Cuando en algún momento se toma la decisión de ofrecer servicios con objetivo de integralidad es evidente que se ha tenido en cuenta que los

problemas sociales y los de índole sanitaria, es decir, los problemas de la gente, tienen historicidad y aquello que hasta ahora ha sido eficiente empieza a dar muestras de una imperiosa necesidad de un cambio de estrategias.

Una propuesta de integralidad es un intento de abordar la problemática real como mínimo en aquellos aspectos de mayor peso. Para ello es necesaria la percepción previa, la lectura y comprensión de la situación particular, es decir las relaciones del emergente, el medio social y el momento o estado de, evolución de un determinado problema. En el diseño de servicios integrales toda intervención debe manejarse tomando en cuenta los aspectos involucrados. No siempre están disponibles todas las especialidades o quehaceres específicos pero los integrantes del equipo elaborarán su plan en función de lo que existe. Se trata de reconocer los aspectos que no podrán abordarse pero que se saben presentes.

Los modelos de Servicios Integrales no se basan solamente en una organización de las unidades productoras, se hace necesaria la complementariedad con otros sistemas efectores dado que las Instituciones en un medio comunitario se ocupan de cuestiones diferentes para una misma población. Por otra parte la convocatoria a la complementariedad nos permite visualizar y luego desarrollar posibilidades alternativas. Los procesos personales de nuestros destinatarios tienen tiempos diversos en cada etapa, proceso que nos recuerda que esas personas son mucho más que un caso, que un paciente o un afiliado de una Obra Social.

Las Supervisiones Sistemática y Evaluaciones periódicas constituyen mecanismos adecuados de control. En el caso de la Supervisión Metodológica ha venido perdiendo su ejercicio en los servicios. Esta técnica apunta a dos ejes esenciales de la calidad: el Recurso Humano y las adecuaciones metodológicas, En el caso del Recurso Humano requiere la orientación, el apoyo la ponderación de los límites y alcances de una intervención. Y, como hemos aprendido, debe ser sistemática, se trata de un proceso que aglutina el problema, las posibilidades, el profesional, el equipo y la Institución. Es un recurso profesional inherente a las acciones de intervención, es una forma de garantizar la realimentación que requiere la acción social con fines de focalización, inclusión, supresión o cambio de estrategias.

Las evaluaciones son parte constitutiva de las acciones de Gestión. Apunta al análisis de los recursos, su disposición y la oportunidad de aplicación como así también la ubicación en relación a las metas propuestas. Este punto lo relacionamos con la participación de los destinatarios en algún tipo de evaluación, para lo cual nos debemos remitir a determinar las formas de la comunicación y el grado de información respecto al tipo y pertinencia de los servicios que los beneficiarios disponen-

Aun así un programa o unidad es un efector inserto en una región, en una comuna de donde generalmente provienen sus recursos humanos, edificios, medios de transporte. Las condiciones de vida particulares del medio, los procesos sociales, son parte de la dinámica de la población, independientemente de los sectores en los cuales canalizan las necesidades. De la eficiencia de su funcionamiento se pueden medir luego los resultados planeados,

Finalmente se fortalece el pensamiento de Claus Offe (año: pagina) en el sentido que la única forma de articular en la realidad las cuestiones referidas a legitimidad, eficacia, eficiencia es la capacidad del sistemas para dar respuesta a las demandas y necesidades de la sociedad.

7.2 Tipo de Servicio

En el intento de abordar una forma de clasificación de los servicios en realidad se pretende enunciar cualidades de los mismos, cualidades que luego permiten centrar acciones y aproximarse a el establecimiento de metas claras, para el destinatario y para el recurso humano que se insertará en los equipos de la organización. A continuación analizaremos fundamentalmente el contenido de las actividades, el ámbito de ejecución, los servicios desde su función operativa y una aproximación a los servicios vigentes más demandados u ofrecidos en nuestro medio.

7.2.1 Desde el Contenido de sus Actividades

Diferenciar el contenido de las acciones nos clarifica las metas y nos indica las condiciones para su evaluación. Pero, esencialmente, nos refocaliza en el quehacer

diario y en la transmisión y trabajo del equipo frente a la misión y el objetivo de la institución y el producto final a evaluar.

7.2.2 Asistencial

Son un conjunto de prestaciones que concurren ante la presentación de un evento o estado riesgoso. En el caso de la Gerontología abarca desde un dispositivo sanatorial, de Residencia para Mayores o de Atención domiciliaria. Generalmente la actividad asistencial es la más compleja, requiere proximidad de profesionales, especificidad y una determinada combinación de infraestructura y recursos tecnológicos., programa conexo como educación para la salud, talleres de acuerdo a los tratamientos o patologías. (Hipertensión, Obesidad, Diabetes)

7.2.3 Preventivo

La actividad sociopreventiva en forma similar a la prevención sanitaria en el caso de los adultos mayores estaría constituida por aquellas acciones tendientes a aminorar impactos vitales que comprometen las relaciones sociales de las personas o grupo y disminuyen la posibilidad de la participación social. Generalmente se trabaja con metodología grupal, también con activación de las redes de apoyo o redes interinstitucionales

7.2.4 Promocional

Es de aplicación general a todos los integrantes de un grupo al que se le reconoce cierta vulnerabilidad. Se actúa sobre factores sociales que atañen a la población pero que en el presente no constituyen riesgo en sí mismos. Los talleres de estímulo de memoria, de participación, de recreación, de aprendizaje. Lo importante no es la actividad particular sino su mediatización para la creación de espacios sociales.

7.3 Carácter de los servicios.

7.3.1 Los Servicios Públicos

En principio debemos tener presente los conceptos de la propiedad social y propiedad transferida que R. Castel señala en *La Metamorfosis de la Cuestión Social* (1997- Capítulo 7) refiriéndose al acceso a determinados servicios o formas de protección, seguros y regímenes previsionales. La evaluación de estos servicios en principio no comerciales fue ampliando su diversidad a medida que disminuía la participación de las economías familiares en un esquema de protección cercana.

Este concepto de propiedad transferida, de los bienes colectivos y de propiedad social es el corazón de los servicios públicos- La propiedad social en los servicios públicos es propiedad colectiva. Puede existir un patrimonio personalmente atribuible que no sea privado porque es social' pero susceptible de un disfrute privado? Es el caso de las prestaciones del seguro o beneficio previsional, un patrimonio con origen y reglas de funcionamiento sociales pero con función de patrimonio privado,

En Los Servicios Públicos Claus Offe, pág. 383 define el sector como un conjunto multifuncional y heterogéneo de instituciones políticas y administrativas cuyo fin es administrar las estructuras de socialización de la economía capitalista

7.3.2 Publico No estatal

Podríamos agrupar aquellas instituciones que su principal característica es que el resultado de actividades y decisiones particulares se encuentran sujetas a la pautas de funcionamiento y controles del Estado Nacional. Abarca las organizaciones de carácter público porque la base de recaudación es una Ley que obliga a determinadas categorías de trabajadores y patronales a realizar contribuciones. Ej: las Obras Sociales.

Obras Sociales

ONGs – Organizaciones de la sociedad civil

Asociaciones

Mutuales

Entes con conducción tripartita. <OBRAS SOCIALES, INSSJP

Transporte de pasajeros

7.3.3 Público Estatal

Nos referimos a los servicios que dependen orgánicamente del Ejecutivo Nacional o de la autoridad local de gobierno en caso de Municipios. **Organizaciones públicas** estatales son aquellos sistemas de servicios o prestaciones regulada por el Estado, que pueden ser de capital privado pero están asignadas al servicio de los ciudadanos. – ejemplo: transportes

Por su parte, el carácter **privado o particular** refiere a las instituciones del medio comunitario o internacionales que encuadran sus servicios en el marco de las políticas sociales que el Estado debe desarrollar. Son ONG's u Organizaciones de la Sociedad Civil con financiamiento privado, aporte de subsidios y donaciones. Se regulan por personería Jurídica y los estatutos pertinentes a la actividad y pueden realizar convenios con otros estamentos de la sociedad.

En todos los casos señalados la finalidad no es el lucro. Sin embargo la prestación de un Centro Asistencial o una línea de transporte colectivo son capitales privados que se insertan en el sistema con la finalidad de obtener beneficios. Son actividades muy reguladas y corresponde un rígido control del Estado que terceriza o contrata.

Por **estatal** nos referimos a las organizaciones que dependen orgánicamente del Ejecutivo Nacional o de la autoridad local de gobierno en caso de Municipios.

7.3.4 Organizaciones públicas

Son aquellos servicios o prestaciones reguladas por el Estado, que pueden ser de capital privado pero están asignadas al servicio de los ciudadanos. – ejemplo: transportes.- Se puede hablar de Servicios Públicos según su alcance:

Actividad Administrativa de cualquier índole

Actividad Administrativa de Servicio Público

Servicios Públicos improprios o virtuales

Obligaciones de Servicio Público

Las prestaciones del servicio público se pueden implementar de diversas formas:

Gestión Directa (administración territorial)

Gestión a través de sociedades de economía mixta

Gestión Privada o indirecta (concesión, consorcio)

7.3.5 El carácter privado

Refiere a las instituciones del medio comunitario o internacionales que encuadran sus servicios en el marco de las políticas sociales que el Estado debe desarrollar. Son ONG's u Organizaciones de la Sociedad Civil con financiamiento privado, aporte de subsidios y donaciones. Se regulan por personería Jurídica y los estatutos pertinentes a la actividad y pueden realizar convenios con otros estamentos de la sociedad.

En todos los casos señalados la finalidad no es el lucro. Sin embargo la prestación de un Centro Asistencial o una línea de transporte de colectivo son capitales privados que se insertan en el sistema con la finalidad de obtener beneficios. Son actividades muy reguladas y corresponde un rígido control del Estado contratista.

7.4 Servicios Según Finalidad

En forma sintética nos acercamos a continuación al detalle de los rasgos más sobresalientes de los diversos modelos de Instituciones desde la perspectiva de sus finalidades sociales.

7.4.1 Mutuales

A finales del siglo XIX comienzan a gestarse las primeras formas de organización comunitaria, copia de organizaciones europeas, como un aporte adicional de la inmigración impulsada como estrategia para el desarrollo por la Generación del '80.

Estas organizaciones conocidas como *mutuales o mutualidades* son expresión de la solidaridad de grupos sociales afines, en particular por la nacionalidad de origen, impulsados por la necesidad de satisfacer las demandas de atención médica de grupos de población de escasos recursos.

Las sociedades de socorros mutuos tuvieron un amplio desarrollo relacionado con la inmigración. Fundamentalmente en Capital Federal, Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Entre Ríos. En 1904 existían en el país 97 entidades de este tipo.

En ellas, por una cuota mensual de ayuda mutua de los asociados voluntarios, en un principio se organiza y administra la demanda de servicios médicos en un principio y se continúa luego con la organización y administración de la oferta.

Con el transcurrir del tiempo estas mutuales se abrieron a otros núcleos de la población, limitando la posibilidad de ingreso a la voluntad de los interesados y a la aceptación por parte de los directivos.

7.4.2 Asociaciones profesionales

A principios del siglo XX apareció un segundo tipo de organizaciones, llamadas *asociaciones profesionales*, que se crearon para atender las necesidades de atención médica para sectores determinados como la Policía, las Fuerzas Armadas y también los Ferroviarios. A diferencia de las mutuales, estas organizaciones obtienen su financiamiento de un importante aporte estatal, además del proveniente de los aportes de sus beneficiarios. Para estos grupos se crean hospitales destinados únicamente a la atención exclusiva de sus integrantes.

7.4.3 Programas Sociopreventivos

Es el conjunto de actividades ordenadas hacia la resocialización del Adulto Mayor mediante estímulo de sus capacidades. De sus hábitos participativos y su capital social.

La idea de reconstruir los canales de participación e intercambio se basa en el concepto de la resiliencia y la resocialización enmarcada en las etapas evolutivas del desarrollo de las personas.

No contamos con relaciones fuertemente asociadas entre la realización de estas actividades y su repercusión directa, observable, medible con la modificación concreta en los indicadores sanitarios. Pero si resulta posible el análisis de los cambios en los hábitos y la manera de compartir su cotidianeidad, sus relaciones familiares y finalmente su conexión con la sociedad de su tiempo.

El desarrollo de los programas sociopreventivos ha suscitado el interés desde diversas disciplinas, pero lo más importante es la definición del producto final que buscamos como servicio. En este caso se requiere la elección de una técnica o actividad mediatizadora, la aplicación en campo de la dinámica de los grupos y el respeto por la metodología como condición básica de la calidad.

Varias organizaciones realizan programas en este sentido y el hecho de su existencia favorece el fortalecimiento de su estructura para propender a su desarrollo. Sin embargo debemos aclarar que ello no es suficiente, que la metodología hace la diferencia entre el “yo hago y “el hago” con otros o “hacemos” o “el grupo hace”, hacer con un significado vigente más allá del tiempo individual.

7.4.4 Sistema de Subsidios ó Prestaciones Económicas

Es una asignación que se aplica en situaciones donde se produce un desfasaje importante en el costo del servicio o necesidad a cubrir y el ingreso propio o familiar del Adulto Mayor.

Esta modalidad se aplica en diversas situaciones tanto en nuestro medio como en otros países con un sistema de protección organizado en situaciones muy focalizadas, perfectamente definidas y en la intención de asegurar la máxima eficiencia de todo el sistema (convalecencias, evitar reinternaciones, falta de control de las personas añosas sin convivientes).

El INSSJP ha brindado este tipo de prestación a lo largo de toda su actividad es necesario recordar el primer PROGRAMA DE ASISTENCIA SOCIAL INTEGRAL del año 1984 que fijo a nivel normativo el acceso, la disposición, seguimiento, renovación y las situaciones según módulos – Atención Domiciliaria, Diferencia Arancelaria de Residencia Adultos Mayores, Locación de vivienda – La Prestación Económica ofrece dos modalidades: a. Atención de Situaciones de Crisis Individuales – URGENCIA – y b, la Modalidad No Programada para otras situaciones emergentes pero no agudas.

7.4.5 Los Centros de Atención Diurna

El objetivo general de los establecimientos de funcionamiento y servicios diurnos es favorecer unas condiciones de vida dignas entre las personas mayores socialmente vulnerables tanto auto, semi o dependientes y en sus familiares, con la finalidad de accionar continuidad en sus modos de vida y el logro de un mayor nivel de autonomía. En otras palabras, Los Servicios de Centro de Atención Diurna tienen componentes sociales y sanitarios, y apuntan al logro de mejoras en sus condiciones de salud, en un medio cercano, accesible, de espacios temporales acotados, que ofrecen atención social y familiar, atención a la salud psicofísica y socialización y participación. A su vez se estima positivo el impacto a nivel de los grupos familiares involucrados dado que descomprime la exigencia del cuidado permanente. Varias áreas profesionales se involucran con estas modalidades de atención, pero básicamente son la Psicología, la Terapia Ocupacional, el Servicio Social y Profesor de Actividades Físicas. La atención sanitaria en líneas generales se canaliza en el sector pertinente (Médicos, Kinesiólogos, Nutricionistas, Enfermeras, especialistas). Se agrega a ello el personal de apoyo, servicios generales de los establecimientos.

En cuanto al usuario en los Hogares de Día es necesario que el ingresante sea una persona con autonomía, mayor de 60 años y cumplimentar todos los aspectos de índole social que se requieran formalmente. Estos requisitos ameritan la aplicación de otros enfoques en el caso del Hospital o el Centro de Día donde la condición de autovalencia no es considerada.

7.4.6 Centros de Día

El perfil del beneficiario en estos Centros son adultos mayores de 65 años en adelante, afectados por diferentes grados de dependencia, con problemas de pérdida de capacidad funcional física o psíquica. Este proyecto se basa en un modelo que presta acciones de rehabilitación física y tratamiento psicológico.

Constituye un servicio socio sanitario y de apoyo familiar que funciona durante el día y ofrece atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y sociales de personas mayores afectadas en su autonomía. Se propone la promoción de sus aptitudes y favorecer la permanencia en el medio o entorno habitual. Su objetivo es la rehabilitación sicosocial mediante prestaciones bastante particularizadas sustentadas en el accionar de equipos interdisciplinarios. La Modalidad de Concurrencia es de hasta 6 meses con un mínimo de de 1 mes, de concurrencia diaria, jornada completa. Se prevén medidas de flexibilización de acuerdo a situaciones particularizadas.

7.4.7 Hogares ó Clubes de Día

Se enfocan a los servicios prioritarios en la vida cotidiana como la nutrición, el control de la salud, el aspecto emocional y espiritual además del desenvolvimiento en un ambiente acogedor donde aprendan, compartan experiencia, y disfruten de relaciones sociales.

Es de carácter social y posee el objetivo de atender las situaciones de vulnerabilidad social procurando la contención y el ejercicio de la convivencia. A través de actividades sociales. Se utilizan técnicas grupales, seguimiento individual y mediatizadoras en talleres destinados a la estimulación de las aptitudes de las personas mayores con autonomía funcional. En algunos casos se incluyen personas con discapacidades leves.

Reciben casos ya detectados por los servicios asistenciales de la zona de influencia o por otros usuarios. Se realiza una selección con carácter preventivo tomando en cuenta la necesidad de convivencia de grupo durante el desarrollo de la jornada. Se ofrece el servicio de alimentación adecuados en cantidad y calidad. El servicio implica un sistema de apoyo tanto para el destinatario directo como para sus familiares, y al sistema prestador asistencial en casos de espera de otras prestaciones. La modalidad de

conurrencia en estos casos es de cierta flexibilidad, pudiéndose elegir entre la media jornada o la jornada completa.

7.4.8 Hospital de Día

Definido como el centro diurno integrado a un hospital, donde acude el anciano vulnerable o el paciente geriátrico, habitualmente con incapacidades físicas, para recibir tratamiento integral y/o valoración geriátrica y regresar posteriormente a su domicilio.

Es un modelo de intervención médica y se rige por' normativas del sector de gestión sanitaria. La modalidad de concurrencia es según prescripción, en general tres veces por semana.

7.4.9 Residencias Adultos Mayores

En estos establecimientos se brinda asistencia integral de carácter transitorio o permanente de AM con estados de fragilidad o vulnerabilidad mediante diferentes sistemas de cobertura. Los servicios ofrecidos son habitacionales, alimentación, control sanitario, actividades de participación e integración social, talleres de estímulo psicofísico y sociopreventivos.

Las modalidades del establecimiento están especificadas de acuerdo a cuestiones relacionadas con la fragilización, pero en un porcentaje muy importante el peso de la vulnerabilidad termina definiendo la acción profesional.

7.4.10 Casas Abiertas

Las Casas Abiertas aplicadas a los Adultos Mayores surgen como respuesta a situaciones de grandes emergencias sociales, crisis que involucran todos los órganos del funcionamiento social generando una súbita e imprevisible vulnerabilidad. Puede tratarse de catástrofes naturales, migraciones o crisis económicas – Argentina 2001- La cuestión fundamental es la imprevisibilidad de la necesidad, los alcances en número y aspectos afectados y su canalización para evitar riesgos mayores.

Se trata de espacios de inclusión y participación, con funcionamiento en entidades intermedias de la comunidad, mayoritariamente Centro de Jubilados con la expectativa que los mismos funcionen como plataforma del impacto en la población. Fortalecer la capacidad de contención de las agrupaciones de Jubilados en relación a situaciones de crisis e inestabilidad social, en función de valores de solidaridad, intercambio cultural y sostén de la memoria colectiva. La presentación es espontánea, por derivación de algún centro asistencial o de algún concurrente. Con técnicas de Taller se enfatiza en la promoción de relaciones interpersonales y recuperación de redes.

No se establece en forma pautada, se entiende como algo en tránsito que acompaña procesos de crisis. La norma mínima contempla la asistencia de media jornada con una frecuencia de tres veces por semana.

7.4.11 Atención Domiciliaria

Se propone brindar apoyo en las actividades de la vida diaria, cuidados progresivos y gestión de recursos para mayores con distinto grado de dependencia y vulnerabilidad social. En general se enmarca en los términos de las Políticas Sociales pero en forma integrada con centros de atención primaria o programas post internación de los pacientes de establecimientos para atención de enfermos agudos con un riguroso control de la evolución al alta del paciente y la concurrencia de profesionales de la salud (médicos, enfermeras, especialistas).

Es un servicio de carácter subsidiario al que brinda la familia. Tiende a mejorar el bienestar integral de las personas mayores que temporariamente o de manera

permanente requieran de un apoyo auxiliar para las actividades de la vida diaria. Lo importante es definir los tiempos de cada prestación y los parámetros de asignación donde el tiempo requerido es definitorio en el programa de atención. Es importante que se prevea estos términos desde el abordaje inicial. Debe ser un servicio racional, ágil y con cierta autonomía de funcionamiento”- Publicación del pto. de Bienestar Social, Deporte y Vivienda del Gobierno de Navarra – 1992-

En el documento denominado” Bases para la atención de ancianos en Navarra. Perspectivas al 2001 se especifica que debe ser un servicio descentralizado.

Este concepto es fundamental tomando en cuenta que las acciones se desarrollan en la cotidianeidad más íntima del anciano y su familia.

Tomando en cuenta que en principio la intención de la gerontología mantener la persona en su domicilio en determinadas condiciones de aceptabilidad y funcionalidad. El entorno social, ambiental y aún cultural, la existencia de sistemas prestacionales que complementen estas acciones en el medio comunitario son factores para considerar especialmente en la definición de un plan de intervención o en la asignación de los recursos. Por ello mencionamos el Proyecto - Darlington, (Inglaterra) que desarrolló un diseño estratégico de intervención identificado como Gerenciamiento de Casos. El recurso humano se compuso de un Coordinador, tres gerentes y los cuidadores., Esta experiencia demostró un impacto considerable en los costes de mantenimiento de personas con dependencia. El Servicio Domiciliario, insumía el 82% de los gastos hospitalarios de larga estancia y dos tercios de los costos de la cama hospitalaria. Se estimaron en un 5% los gastos en concepto de administración

7.4.12 Voluntariado Intergeneracional

Se trata de una programación que busca integrar la necesidad de la población que requiere más cuidados (niños carentes de madre o padre o de ambos, intervenciones judiciales, abandonos, deserción escolar), con las posibilidades del ejercicio solidario de los adultos mayores predispuestos e interesados en el tema.

En núcleos urbanos como la Ciudad de Buenos Aires con buenos estándares de vida para la población en general, es en los sistemas educativos y de salud donde se hacen

evidentes todas las particularidades individuales que inciden en la brecha entre una escolaridad exitosa y el fracaso escolar como así también el aprovechamiento adecuado del sistema sanitario y los factores que limitan el acceso.

Con la implementación del Voluntariado en la Tercera Edad se busca acercar la necesidad en este caso de los niños con el intercambio de la vejez activa, recuperar hábitos de lecturas, y de juegos compartidos, Se brinda la oportunidad del ejercicio de nuevos roles, de esperar, de sostener expectativas de intercambio afectivo positivo.

7.4.13 Redes de Apoyo Social

Durante mucho tiempo se consideró que en la Tercera Edad la red histórica de los individuos sufría severas pérdidas pudiendo llegar a situaciones de extremo aislamiento. Por empezar el mundo laboral principal organizador pasa a ser dominio de los “activos” y relega a los “pasivos” hacia los roles familiares o de vecindad. Los vínculos y pertenencias relacionados con la actividad laboral que marcan fuertemente la identidad y el mundo social ¿por razones varias pero fundamentalmente porque en la actividad laboral se insume una tercera parte del tiempo vital.

Otro aspecto son las enfermedades y las consecuencias implicadas en el proceso de fragilización. Si bien la idea del aislamiento es verificable en muchos casos, los cambios producidos al interior de las cohortes no avalan en su totalidad tal explicación. Entendemos por una red suficiente al entramado producido en el accionar social de cada sujeto como fuente de intercambio permanente.

En el aspecto generacional parece cierto que a mayor edad menor funcionamiento de las redes, incluso por el propio ciclo de vida, pero los sistemas de asistencia es difícil precisar si en un caso se trata de un aislamiento relacionado con la vejez o de un comportamiento o actitud histórica del sujeto. Por ello los especialistas en este tema sugieren focalizar en cada caso la evolución y modificaciones producidas en las redes.

En los grandes centros urbanos con hábitos de convivencia caracterizados por el individualismo y anonimato es posible desandar situaciones emergentes con estos

sistemas en acción. Se ayuda a dar una resignificación a los lazos vecinales o institucionales y una retroalimentación que puede darse de manera cotidiana.

La integración en redes permite participar de actividades que se asocian a la sobrevivencia, según E. Erickson (1982,1983) el sujeto se encuentra entonces en la disyuntiva entre la esperanza y el desdén. Por otra parte si bien se asocia la pérdida de redes a la muerte de amigos, pareja, o la jubilación, el deterioro de la red no es un hecho inevitable.

La teoría socioemocional interpreta la pérdida de la red como una elección intencional del adulto dado que en múltiples pérdidas, éstos ejercen un rol proactivo y eligen convenientemente las relaciones que más les interesa o pueden seguir profundizando. Algo similar señala Gilles Deleuze en "El Abecedario" Entrevista de Claire Parnet

Desde los servicios gerontológicos las redes se construyen y reconstruyen con trabajo de los equipos y de las instituciones propiciando una apertura que permita fluidificar los lazos con la comunidad a la que destinan sus esfuerzos. Generalmente a nivel territorial los equipos se consultan, se orientan y se consideran Recursos de la Comunidad recíprocamente.

En términos generales los principales problemas de la vejez se centran en lo económico y la salud, a lo que debe agregarse el apoyo social cuya insuficiencia se manifestaría ante las pérdidas de personas significativas y afectos pero también con las dificultades de acceso los sistemas de cobertura para responder a sus demandas-

Según un estudio sobre el marco conceptual basado en investigaciones empíricas y resultados del encuentro de Sgo. De Chile en el año 2002 los autores Gusman, Huenchuyan, Montes de Oca (2003) podemos referirnos a dos acepciones para conceptualizar Redes Sociales

a. Anglosajona Son los lazos primarios para intercambio de objetos, servicios, apoyo emocional

b. Latinoamericana: En América Latina (caso de México) las redes se estructuran como mecanismo efectivo para suplir la falta de recursos económicos, educativos y de la seguridad social

En ambos casos se trata de la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad y satisface en líneas generales sus necesidades sociales, afectivas y contención.

Las redes poseen una fuerza preventiva frente a lo emergente y lo urgente. Luego es necesario diferenciar entre las interacciones sociales que establecen vínculos por medio de una red social con aspectos negativos, como la violencia y el maltrato

La extensión de los contactos, su tipo y número no serían garantía suficiente de apoyo tomando en cuenta las subjetividades que se involucran. En referencia a la densidad de las Redes, en la población de Adultos Mayores se manifiestan de dos formas, las de alta densidad implican contactos entre todos los integrantes y relaciones de intercambio y ayuda mutua, que son las que aportan y se hacen presentes en los momentos más difíciles - pérdidas, duelos, crisis - y, las de baja densidad conformadas por relaciones sociales de amistad que brindan contención frente a las etapas naturales y la adaptación a los diferentes sistemas de la vida. Wilcox (1981), Mitchel y Trickett (1980)

Por último es importante destacar que se incluye hemos incluido esta modalidad a nivel de los servicios que encontramos en el medio comunitario por varias razones que nacen exclusivamente de la experiencia disciplinar de campo. Las redes sociales desarrollan un importante papel en el apoyo a las personas mayores y su impacto en la calidad de vida es considerable. Tengamos en cuenta que tanto a nivel individual como grupal y comunitario es el diagnóstico referido a su existencia como el grado de su alcance el que nos permite determinar el tipo de respuesta más adecuada a los problemas que se presentan en todo el sistema - altas de establecimientos sanatoriales, problemas habitacionales, dificultades para abastecer la vida cotidiana- Resulta evidente la trascendencia del tema para si además nos encontramos en el diseño de las Políticas Sociales.

Los apoyos informales no van a sustituir a los formales, pero pueden y deben complementarlos. Las pautas programáticas, a modo de organizador de campo serían de

gran utilidad para permitir y ampliar las posibilidades de articulación entre el sistema formal y el informal a fin de aprovechar el creciente potencial de este último.

7.5 Las Organizaciones

Los sistemas efectores se desarrollan en los soportes institucionales que legitiman su accionar. Las formas y modelos son generados por diversos factores relacionados a la cultura y a la historia de cada sociedad, la manera de organizar las actividades – educación, producción, gobierno, familia. Entendemos por efector a la unidad comunitaria responsable de ejecución de determinados servicios en forma directa (Centros de Jubilados. Clubes, ONG's que dirigen atenciones sociales específicas.-

El análisis de las organizaciones, sus prácticas cotidianas, su forma de integración con otras, la comunicación con los destinatarios, el grado de eficiencia nos permite visualizar los paradigmas latentes en su creación, evolución y funcionamiento actual.

Por otro parte dicho análisis nos acerca elementos para comprender el sistema en el cual se encuentran y el grado de permeabilidad de sus unidades tanto externa como internamente. Los sistemas efectores son interdependientes. En palabras de Morin «Un sistema es un todo que toma forma al mismo tiempo que sus elementos se transforman... Todo lo que forma transforma. Este principio se volverá activo y dialéctico a escala de la organización viva, donde transformación y formación constituyen un circuito recursivo ininterrumpido» (Morin 1993). « Para los sistemas abiertos el único modo de prevenir el cambio es cambiar» (Ibáñez, 1985:).

Una organización es la institución o unidad creada con el fin de alcanzar objetivos comunes hacia el cumplimiento de determinados fines. Este funcionamiento así como su misma estructura están condicionados por factores del ambiente externo y las posibilidades de cambios estratégicos.

Sabemos que las instituciones difunden y multiplican los paradigmas imperantes en las diversas épocas y estilo de vida social o formas de gestión.

Podemos analizar las organizaciones en lo que a la gerontología y a las políticas sociales se refieren desde los niveles de actuación respectivos.

La estructura de una organización es la medida de su grado de complejidad, formalización y centralización. El tamaño de la organización afecta la estructura a una tasa decreciente, como aumenta el tamaño también lo hace la especialización, formalización y la descentralización. Pero tiene menos impacto en las grandes organizaciones que en las pequeñas.

A nivel Macro nos encontramos claramente con las grandes instituciones:

- Organismos, Leyes, Regulaciones, Planes Nacionales
- Elementos financieros.-Procedencia de los fondos en dinero así como el valor de los bienes materiales., sistemas de control
- Recursos humanos.- empleados, técnicos, profesionales, jefes, directores.
- Recursos técnicos.- son la forma de operar de los servicios y del otorgamiento de las prestaciones.
- Funciones: diseño del producto, tipo de bien elaborado, metas y procedimientos.

7.5.1 Tipo de estructuras organizacionales.

Tomando en cuenta que nuestra acción se desarrolla en unidades insertas o creadas por las políticas o paradigmas imperantes en cada contexto histórico, la forma particular adoptada para su funcionamiento condiciona los términos de acceso, circulación, intercambio, cooperación y articulación con otros sectores. En general las estructuras más simples permiten estar más cercas del objetivo de trabajo, mientras que otras formas intermedias representan un desborde burocrático que además de opacar el esfuerzo ¿por mejorar los servicios, si este fuera el caso, genera las condiciones necesarias para la pérdida de los objetivos y la misión institucional.

En ciertas situaciones el alejamiento del proyecto fundacional deviene en la incapacidad para controlar recursos y servicios. No se conoce qué hay que controlar como no se conoce la importancia de evaluar el impacto-consecuencia de nuestra intervención.

A continuación vemos un resumen de los principales modelos adoptados en la administración de bienes y servicios.

Estructura Organizacional.- Es la forma de dividir, organizar y coordinar las actividades.

Estructura funcional.- consiste en organizar la estructura en grupos de especialistas afines y relacionarlos entre sí para realizar las actividades de la organización. Sus ventajas son la especialización, la reducción de duplicación del personal y el equipo y hacer que los empleados sepan de lo que están hablando. Su desventaja es que la organización pierde el control en la percepción de sus metas, ya que ninguna función única es responsable de los resultados finales, de manera que los miembros dentro de las funciones individuales se aíslan y tiene un conocimiento limitado de lo que la gente hace en otras funciones, puesto que solo el administrador superior puede ver todo el panorama, él debe asumir la función de coordinar.

Estructura divisional.- Consiste en crear unidades o divisionales autónomas con un administrador responsable de la división, con completa autoridad para tomar decisiones estratégicas y operativas y a su vez es responsable de los resultados finales. Cada división funciona como una pequeña empresa autónoma apoyada por una matriz central. Las ventajas de esta estructura son: Se cuenta con un responsable total de un servicio o producto, libera al personal de la matriz de detalles operativos cotidianos para que puedan hacer planes y estrategias a largo plazo, es un excelente vehículo para el desarrollo de altos ejecutivos, ya que estos tiene experiencia en el manejo total de sus unidades. La desventaja principal es la necesidad de duplicar actividades y recursos ya que cada división debe tener los suyos propios, esto hace que aumenten los costos y reduce la eficiencia.

Estructura sencilla.- Esta estructura tiene poca formalidad, baja complejidad y su autoridad se encuentra en una sola persona. La estructura sencilla es una organización plana que por lo general tiene 2 ó 3 niveles verticales, un cuerpo suelto de empleados y un individuo en quien se centra la autoridad para la toma de decisiones. Esta estructura se encuentra en pequeñas empresas en donde por lo general el gerente y el dueño son la

misma persona. Las ventajas de este estilo de estructura son: su rapidez, flexibilidad, poco costosa de mantener y las responsabilidades quedan claras, una desventaja es que es efectiva solo en pequeñas organizaciones, se vuelve más inadecuada a medida en que crece la organización, conforma aumenta en tamaño de la toma de decisiones se vuelve más lenta.

Estructura matricial.- Esta estructura combina las ventajas de la especialización funcional y la responsabilidad que proporciona la departamentalización por producto (estructura divisional). La estructura matricial crea una doble cadena de mando. Se utiliza la departamentalización funcional para obtener las economías de especialización. Pero superpuestos a los departamentos funcionales esta una serie de administradores que está una serie de administradores que son responsables de productos, proyectos o programas específicos dentro de la organización. Los empleados dentro de la matriz tiene dos jefes: su administrador del departamento funcional y el administrador de su producto o proyecto. Los administradores de proyecto tienen autoridad sobre los miembros funcionales que son parte de aquel equipo de proyecto del administrador.

Los dos administradores comparten la autoridad. Por lo común esto se hace dándole al administrador su proyecto autoridad sobre los empleados del proyecto que se realizan con las metas de este. Sin embargo, las decisiones como ascensos, recomendaciones de aumento de sueldos, y revisiones anuales de desempeño siguen bajo la responsabilidad del administrador funcional. Para trabajar con eficacia, los administradores de proyecto y funcionales deben comunicarse con regularidad y coordinar sus exigencias sobre sus empleados comunes.

La matriz crea una estructura global que tiene los puntos fuertes, tanto de la departamentalización funcional como la de productos, mientras que evita sus puntos débiles. Esto es, la fuerza de la forma funcional está en colocar especialistas a fines juntos, mientras que reduce al mínimo el número necesario de los mismos, y permite combinar y compartir los recursos especializados a través de sus productos. Su principal desventaja es la dificultad en coordinar las actividades de los especialistas, de manera que queden terminadas a tiempo y dentro del presupuesto. Al contrario, la forma del producto tiene exactamente los beneficios y desventajas opuestos. Facilita la coordinación entre especialistas para lograr un final oportuno y satisfacer los objetivos

del presupuesto. A demás, proporciona una clara responsabilidad para todas las actividades que se relaciona con un producto o proyecto. Pero nadie es responsable del desarrollo técnico a largo plazo de las especialidades, y esto resulta en una duplicación de costos.

Si la administración escoge implantar una estructura matricial, podría optar ya sea por la variedad temporal o la permanente.

Estructura de red.- una pequeña organización central que se apoya en otras organizaciones para realizar la producción y distribución de sus productos. La estructura de red es una opción viable para la pequeña organización.

Se presta a que la utilicen empresas industriales como compañías de servicios que requieren de muy alta flexibilidad, a fin de responder con rapidez a los cambios y situaciones particularizadas. En l sus operaciones de producción requieran mano de obra de baja calificación. Por el lado negativo, la administración de estructura de red carece del fuerte control de las operaciones que existe en organizaciones más tradicionales. También es menos previsible la confiabilidad y la estabilidad en el tiempo y la calidad.

8. ENFOQUES ACERCA DE LA ACCESIBILIDAD (Y LAS BARRERAS) A LOS SERVICIOS SOCIO SANITARIOS

La accesibilidad es el grado en el que todas las personas pueden utilizar un objeto, visitar un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas.

Para promover la accesibilidad se hace uso de ciertas facilidades que ayudan a salvar los obstáculos o barreras de accesibilidad del entorno, consiguiendo que estas personas realicen la misma acción que pudiera llevar a cabo una persona sin ningún tipo de discapacidad. Estas facilidades son llamadas ayudas técnicas. Entre éstas se encuentran el alfabeto Braille, la lengua de señas, las sillas de ruedas, las señales auditivas de los semáforos, etc.

Considerando la “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”, la accesibilidad es un derecho que implica la real posibilidad de una persona de ingresar, transitar y permanecer en un lugar, de manera segura, confortable y autónoma. Ello implica que las barreras de entorno físico deben ser suprimidas.

En medicina es una de las características básicas de la atención primaria, junto con la coordinación, la integralidad y la longitudinalidad. La accesibilidad es la provisión

eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.

Cuando esas normativas se traducen en servicios y desde la óptica de los derechos y la ciudadanía de un modo general podemos entender que la accesibilidad es el grado en el que todas las personas pueden utilizar un objeto, visitar un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas.

Ahora bien, en la práctica diaria observamos otro aspecto más acotado y se refiere a la forma de acceso a los servicios que cada Organización o institución prestadora define desde el establecimiento de pautas para las Habilitaciones, Acreditaciones, Protocolos de evaluación diagnóstica y Normas de funcionamiento internas. La experiencia nos indica que en ese nivel se producen las situaciones que finalmente devienen o constituyen las barreras de la exclusión.

Comas, Yamila (Anuario de Investigación UBA 2008) señala que el concepto de accesibilidad ha sido muy utilizado desde los años 60. Fue en el momento en que se acordó la necesidad de concretar el desarrollo social de los países latinoamericanos (en el marco de la Alianza para el Progreso). Esta preocupación por el “desarrollo social” partía de la base de que sería necesario crédito externo y tiempo para poder igualar a todos los países del mundo.

La autora menciona que la accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se pudieran interponer. Las barreras fueron caracterizadas como: geográficas, si se entendía que la imposibilidad de acercar los servicios a la población era por un problema geográfico, ya sea a un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre (por ejemplo, una autopista). Las barreras económicas aludían a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como, por ejemplo, para comprar medicamentos. Las barreras *administrativas o burocráticas* expresaban la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo los horarios de atención o los turnos. La cuarta barrera fue definida como *cultural* y se centra en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la

población también podían ser una barrera de acceso. Se trataría de una barrera simbólica en tanto toma en cuenta el imaginario social y las representaciones, factores que influyen en la constitución de barreras y por lo tanto en la construcción de la exclusión.

Stolkiner (2005) en un trabajo sobre las condiciones de la atención de salud en mujeres pobres del área metropolitana, además de definir la accesibilidad como el vínculo constructor de discursos (Anuario de Investigación v 12) plantea que el problema de definir a la accesibilidad desde la oferta es que queda invisible el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. “Definir la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva. Si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad. Al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso.”

A partir de esta idea, en su trabajo de investigación se define a la accesibilidad como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. Esto nos lleva a considerar el concepto en su complejidad, incluyendo en su análisis su dimensión relacional.

Se hace necesario pensar en la población, en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población en tanto los servicios son productores de discursos que se entran en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización. Dicho esto, definimos accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. (Stolkiner et al, 2000).

Este vínculo se construye a partir de la una combinatoria entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner y Otros, 2000).

Generalmente, cuando se define el concepto de Accesibilidad se lo hace como la posibilidad que tienen los usuarios de ingresar al sistema, que sería lo que se denomina “Accesibilidad inicial”. Pero también hay una “Accesibilidad ampliada” que es un concepto que abarca todo el proceso de atención. Podría decirse que el concepto de dignidad en la atención aporta a la accesibilidad ampliada, en tanto cuando se respetan los derechos, se facilita la construcción y solidificación del vínculo entre población y servicios.

¿Que significaría, en nuestro caso, pensar en la accesibilidad ampliada? Esto remite a analizar la dignidad en la atención, y en relación a nuestro tema, nos remite a analizar el servicio como tal, desde la intervención de los equipos, la interdisciplina, así como lo referido al circuito que recorren los destinatarios. Cuestiones que abordaremos en los siguientes capítulos.

8.1 Accesibilidad de los adultos mayores

Accesibilidad simbólica: siguiendo a Comes (Comes et al; 2006) “los Servicios de Salud también son productores de subjetividad ya que sus acciones e inacciones producen efectos subjetivantes en la población y ofrecen indicios para construir ideas o creencias sobre ellos mismos”.

Pensar la accesibilidad al sistema de salud como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios (Stolkiner et al, 2000). Implica necesariamente interesarse tanto por las condiciones y discursos de los servicios como por las condiciones y representaciones de los sujetos en tanto estos manifiestan la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios. En este sentido, sería interesante pensar futuras investigaciones que aborden este eje de análisis desde la perspectiva de los sujetos que hacen uso de los servicios gerontológico.

El análisis de la accesibilidad desde los servicios de salud y los servicios sociales requiere de una articulación con el análisis de la subjetividad de quienes lo utilizan, de lo contrario el concepto de accesibilidad queda vacío de contenido y por ende las estrategias para dar respuesta podrían ser fallidas. Es necesario plantear la complejidad

que se entreteje en los saberes y prácticas de las personas a las que se dirigen los servicios de salud a la hora de hacer ejercicio de un derecho.

El problema de analizar la accesibilidad, únicamente desde la oferta, traería como consecuencia una respuesta que no implica subjetivamente a aquellos que necesitan los servicios asistenciales.

Las practicas y representaciones que portan tanto los usuarios de un servicio, como la población que no accede a los mismos, y los trabajadores de salud, pueden operar tanto como barreras como facilitadotas de acceso.

Cuando un servicio diagrama su oferta sin considerar las prácticas y representaciones del grupo de usuarios al cual dirige su atención, está fomentando de esa forma un posible desencuentro entre el servicio y los usuarios. Son las prestaciones que luego existen sólo de manera virtual o aquellas urgencias sociales que requieren una gestión burocrática antepuesta a la necesidad.

Para el presente trabajo se consideró el acceso como una forma de interpretar las características de las necesidades y organizar consecuentemente los servicios ofrecidos. Si bien el concepto anterior se fundamenta en cuestiones relacionadas a los derechos de ciudadanía, en realidad en el despliegue cotidiano es donde converge con el concepto de equidad, toda vez que se toman en cuentas la necesidades concretas de cada caso: individuos o grupos familiares.

Siguiendo a R. Castell la intervención del estado en el planteamiento de las políticas públicas gira en rededor de dos ejes. La integración que fija un centro – salud, educación – y todos los ciudadanos tienen garantizado el acceso. Luego tendríamos las acciones tendientes a la inserción las cuales funcionan como una discriminación positiva ó focalización de los programas.

Por un lado existe el acceso universal, como principio, lo que registramos en esta oportunidad es que sucede cuando ese derecho se transforma en demanda – por ejemplo una enfermedad aguda, la irrupción de conflictos, migraciones etc.- Así como el acceso escolar está en general pautado por la edad de los escolares en cuanto a su incorporación

concreta, lo propio sucede con los servicios gerontológicos, si tomamos en cuenta que las personas mayores de 65 pertenecen a esa categoría específica- En segundo lugar observamos otros criterios relacionados con la dependencia y la vulnerabilidad. La combinación de ambos factores genera las condiciones del acceso, las posibilidades y las limitaciones de las prestaciones a brindar por determinada unidad. En este caso y por principio se trataría de una focalización dirigida expresamente a determinadas prioridades o configuraciones diseñadas de antemano por los equipos y funcionarios responsables de los programas sociales. Esta focalización muchas veces discutida como señalamos anteriormente se acerca a la idea de la Discriminación Positiva (*Robert Castel en la Cátedra UNESCO: Las transformaciones del trabajo, de la producción social y de los riesgos en un período de incertidumbre*, Instituto Di Tella/Cátedra UNESCO/Siglo XXI) y las diferentes publicaciones y conferencias con referencias a este tema y las políticas públicas destinadas a necesidades fundamentales de la reproducción social. En realidad se realiza como una prestación que apunta a la equidad entre quienes comparten en este caso el territorio de la Ciudad y son sujetos de los mismos derechos. El hecho es que produce inquietud la asignación de recursos públicos por tres razones fundamentales: las asignaciones no se realizan con un diagnóstico participativo local, las instituciones públicas y privadas nunca terminan teniendo claridad en cuanto a los objetivos a cumplir y en qué y cuánto se diferencia del accionar de otras instituciones colegas, y la desconfianza hacia quienes tienen por profesión o posición el poder de desplegar los abanicos prestacionales de su dependencia.

Luego, si contamos con un diagnóstico participativo podemos disponer de la planificación estratégica local y encolumnar la oferta de servicios hacia las necesidades reales, medidas, reconocidas, y legitimadas en este proceso que no podrá estar al margen de la sociedad civil. En el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires tienen incumbencia diversos órdenes, hay recursos de diversa índole, pero una oferta de servicio mal organizada no tiene solución operativa aunque intentemos desplazar y superar los límites de la Universalización distorsionando objetivos de apoyo específico, nos referimos a un cálculo erróneo de las metas que sucede cuando no se tiene clara o bien definida la función social y la misión de organismos y programas, donde la justificación burocrática legitima objetivos y actividades que tergiversan los fines reales.

Por otra parte los problemas, quizás desde algún punto de vista las disfunciones sociales que presentan algunos grupos – caso de adolescentes y jóvenes – con movimientos y asociaciones eventuales, con acciones de gran repercusión – incendios en suburbios de Paris 2005 – no necesariamente coinciden con necesidades de trabajo, educación, vivienda. En realidad es muy probable que con acciones muchas veces extremas pongan de manifiesto la falta de cohesión e integración social en las modernas sociedades fragmentadas. Por sí sólo no era posible abordar la cuestión desde un sector u otro de las políticas sociales, el reclamo directo era a la falta de transversabilidad de las mismas. La sectorización es necesaria, pero impide y nos aleja de las respuestas verdaderamente eficientes y dignas.

Lo que se hace necesario es reflexionar acerca de la Intervención Social pertinente para cada problema o situación. Es decir es necesario reflexionar acerca de un cambio de estrategias de intervención que ofrezcan complementariedad en las relaciones de lo central y lo local, entre los sectores entre los equipos y los referentes, entre lo público (institución de políticas) y las iniciativas de la sociedad civil, entre el quehacer académico y los equipos de campo que conviven cotidianamente en las dimensiones de la realidad de los otros.

Si una organización intenta garantizar respuestas integrales a la población cuya demanda debe atender, es necesario que cambie aspectos que la instituyeron basados en los organigramas, manuales, la separación y la jerarquización, es decir toda forma de trabajo que favorezca la parcelación. De resistir ese cambio sucede que se impone un orden diferente: la racionalidad administrativa y su derivación en la burocracia asistencial.

8.2 Marcos Regulatorios para los Servicios Sociosanitarios para Adultos Mayores

Tanto este programa como el de Actividades Sociopreventivas se encuadran dentro de la ley 19.032/71 de creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

En su artículo 2° (este es de la ley posterior, habría que COMPARAR CON EL ORIGINAL) plantea que el Instituto tendrá como objeto otorgar -por sí o por terceros- a

los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones y a su grupo familiar primario, las prestaciones sanitarias y sociales, integrales, integradas y equitativas, tendientes a la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, organizadas en un modelo prestacional que se base en criterios de solidaridad, eficacia y eficiencia, que respondan al mayor nivel de calidad disponible para todos los beneficiarios del Instituto, atendiendo a las particularidades e idiosincrasia propias de las diversas jurisdicciones provinciales y de las regiones del país. Las prestaciones así establecidas se considerarán servicios de interés público, siendo intangibles los recursos destinados a su financiamiento. El Instituto no podrá delegar, ceder o de algún modo transferir a terceros las funciones de conducción, administración, planificación, evaluación y control que le asigna la presente ley. Todo acto, disposición u omisión por parte de sus autoridades que infrinja este enunciado será declarado nulo de nulidad absoluta.

La Ley 25615 modificatoria de la Ley 19.032 no cambia los aspectos prestacionales, pero intenta ampliar y asegurar el ejercicio de los Derechos y La Ciudadanía, define el tema de las representaciones, cómo deben elegirse los directores jubilados, las elecciones, los consejeros.

En este sentido, el artículo 5° plantea que el gobierno y la administración del Instituto estarán a cargo de un Directorio Ejecutivo Nacional (D.E.N.) y Unidades de Gestión Local (U.G.L.).

El D.E.N. estará integrado por once (11) Directores: siete (7) en representación de los beneficiarios del Instituto, dos (2) en representación de los trabajadores activos y dos (2) en representación del Estado.

La designación de los directores en representación de los beneficiarios se hará mediante elección indirecta, en el seno del Consejo Federal de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados que se instituye por el artículo 15 bis de la presente ley.

Los directores en representación de los trabajadores activos, se designarán a propuesta de las centrales obreras nacionales con personería gremial.

Los directores en representación del Estado, serán designados por el Poder Ejecutivo Nacional. Su Presidente será elegido entre los Directores que representan al Estado.

Según establece la ley el Directorio garantizará la equidad en la cantidad y calidad de los servicios ofrecidos por el Instituto en todo el territorio nacional, coordinando la planificación de las políticas con las autoridades sanitarias jurisdiccionales respectivas.

En cada U.G.L. funcionará un Consejo Asesor conformado según lo dispuesto en el artículo 11, que tendrá carácter honorario y consultivo.

Sus funciones son:

- a) Elaborar propuestas y programas prestacionales para la U.G.L.
- b) Asesorar sin carácter vinculante al Director Ejecutivo local.
- c) Realizar todas las acciones que fueran necesarias para garantizar la calidad y transparencia de la gestión.

El Instituto contará con los siguientes recursos:

- a) El aporte de los beneficiarios de la Administración Nacional de la Seguridad Social y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP), tengan o no grupo familiar calculado sobre los haberes de las prestaciones, incluido el haber complementario, equivalente al tres por ciento (3%) hasta el importe del haber mínimo y al seis por ciento (6%) sobre lo que excede dicho monto.

Asimismo por medio de esta ley se crea el Consejo Federal de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, que será presidido por el Presidente

Los candidatos serán propuestos por entidades representativas del sector pasivo, que tengan personería jurídica otorgada.

Los cargos serán honorarios y los gastos operativos para su funcionamiento estarán a cargo del INSSJP,

Resolución N° 1490/08 del INSSJP es una actualización de otras formalizaciones (Programa de Tercer Nivel, Programa de Asistencia Social Integral, Resolución 336/) en los cuales se normaron acciones para incrementar la capacidad económica de los afiliados vulnerables en situaciones de crisis socio-sanitarias mediante la asignación de

un subsidio económico en el marco de un plan de tratamiento social integral. La prestación está destinada a cubrir:

1. Necesidades alimentarias.
2. Necesidades habitacionales.
3. Contratación de AGD.
4. Reinserción social y/ o acompañamiento por patología compleja.
5. Traslados por razones sociales.
6. Necesidades básicas de afiliados que solicitan inclusión en un grupo familiar no propio (Familia Sustituta).
7. Tratamiento de adicciones
8. Catástrofes naturales o siniestros.

El Programa de Asistencia a Situaciones de Alto Riesgo Socio-sanitario (PROSAR en el marco general de las Políticas Sociales y Sanitarias Nacionales y en el marco particular del artículo 2° de la Ley 19,032/71 y su modificatoria Ley 25...../02 atención diseñado por el INSSJP, conformando una herramienta de intervención social frente a situaciones problemáticas que, por el nivel de riesgo socio-sanitario involucrado, amerita un tratamiento personalizado, recortado del universo general de beneficiarios, en función del proceso de deterioro personal y alto riesgo que el mismo implica.

El criterio de otorgamiento de las prestaciones diseñadas para cada componente del Programa, debe basarse en los conceptos de vulnerabilidad, fragilidad, crisis y riesgo social. Se definen las Situaciones de Alto Riesgo Sociosanitario como aquellas situaciones de crisis que involucran los riesgos concomitantes de la fragilización y vulnerabilidad social entendida como insuficiencia de ingresos o situación de pobreza, en un contexto de incontinencia familiar o social, ya sea por ausencia de grupo referencial o por falta de capacidad de los mismos para brindar ayuda.

El menú de prestaciones económicas ofrecidas por el PROSAR debe constituirse en un instrumento programático eficaz, equitativo y eficiente, implementado dentro de un Plan de tratamiento integral, que evite la cronicidad y propicie el desarrollo de las potencialidades y los recursos propios de cada sujeto, así como su contención a través de la red sociofamiliar y comunitaria, su participación en los programas preventivos del

Instituto y su interacción con otros agentes intra o extra institucionales que favorezcan la inclusión del beneficiario en redes de contención adecuadas a su problemática.

La población objetivo son afiliados titulares y/ o familiares a cargo que se encuentren atravesando situaciones de riesgo socio sanitario y presenten insuficiente capacidad económica y /o no cuenten con red familiar o social que pueda brindar la ayuda requerida.

Los criterios generales de inclusión son:

- a. Ser afiliado al Instituto
- b. Presentar problemática socio-sanitaria
- c. Presentar insuficiencia económica para resolver la situación de riesgo.
- d. Carecer de red socio familiar o contar con red socio familiar con insuficiente o nula capacidad de ayuda por problemática económica o vincular

La resolución establece las modalidades, plazos, monto, periodicidad del pago, tipo de gestión y documentación requerida, seguimiento de la prestación, renovación (modalidad programada), pluralidad de prestaciones, causales de denegatoria, cesación y revocabilidad, asignación de recursos, periodos de transición.

En lo que respecta al componente de Asistencia para Pago de Cuidador Domiciliario, se establece como objetivo el de brindar asistencia domiciliaria a afiliados que por su problemática sanitaria lo requieran, posibilitando con esta prestación la permanencia en su medio habitual, postergando y / o evitando la institucionalización en situaciones que permiten programar la prestación o en situaciones de urgencia.

Los objetivos específicos consisten en brindar asistencia domiciliaria a afiliados con distintos grados de dependencia funcional e imposibilidad del entorno socio familiar para brindarle adecuado apoyo instrumental en actividades de la vida diaria; que abarca cuidados personales y ambientales, no contando con recursos económicos. Por último se trata de brindar asistencia domiciliaria urgente para afiliados en iguales condiciones que el descrito anteriormente, que requieran para su abordaje integral la presencia inmediata de auxiliar domiciliario y no cuenten con ingresos suficientes para solventar los gastos inherentes.

En el caso del Subsidio para Cuidador Domiciliario, Modalidad Programada. la población objetivo son los afiliados con dependencia funcional que requieran cuidados domiciliarios y no cuente con capacidad económica para afrontar los gastos inherentes. Para su gestión además de la documentación básica requerida para las prestaciones programadas, se deberá agregar con referencia al afiliado el informe de/ los médico/ s tratante/ s con diagnóstico e indicación de los cuidados domiciliarios no médicos específicos requeridos por la patología, así como de inserción/ permanencia en el medio socio familiar, el Informe de Enfermería con evaluación ambiental, de autonomía funcional y horarios de atención que requiera.

En lo que respecta al personal auxiliar debe constar un presupuesto del cuidador propuesto y seleccionado por el familiar y/o afiliado indicando, monto solicitado, cantidad de horas a cumplir, con firma y aclaración, fotocopia del documento del cuidador, constancia de Cuil o de inscripción en la categoría de Monotributo

Los afiliados serán evaluados en forma interdisciplinaria a través de la técnica de Cuadrivaloración Geriátrica Integral (VGI) a partir de la cual se definirá la correspondencia de la prestación y el Plan de Tratamiento Integral conformado por el Plan de Tareas y el tratamiento social pertinente.

El grado de dependencia, la continencia socio familiar y la condición sanitaria determinarán el intervalo de ayuda que orienta el Plan de Tareas de carácter doméstico, personal y de apoyo para mantener la inserción social.

El monto del subsidio estará sujeto al resultado de la valoración geriátrica y el plan de tratamiento, así como de la evaluación socioeconómica del afiliado y su entorno.

Se considerará al subsidio económico, como una herramienta para el abordaje de una problemática, que en que el caso de atención domiciliaria es sociocomunitaria, no siendo la asignación económica el fin u objetivo final, sino el medio para lograr la permanencia del afiliado en su medio social, la calidad de vida y la prevención de evolución hacia estados de mayor dependencia.

La evaluación inicial se realizará en forma interdisciplinaria por trabajador social y enfermero o médico que conformarán el equipo básico interviniente.

En los informes técnicos requeridos para valoración geriátrica integral, la evaluación inicial deberá ser realizada en el domicilio del beneficiario en forma interdisciplinaria, entre trabajador social y enfermero. En la evaluación de otorgamiento de la prestación, deberá considerarse como prioritaria la posibilidad de contención del afiliado en su medio familiar y social, su estado de salud y capacidades remanentes y las posibilidades de mejorar y/o mantener su calidad de vida.

El formulario adecuado para consignarlo será el de «Cuadrivaloración Geriátrica», (que se adjunta como Instrumento de la presente norma).

En el Informe Social deberán constar las etapas de intervención metodológicas: Investigación, Diagnóstico y Tratamiento Social del caso, más allá de solicitar la prestación económica. Deberá reflejar prioritaria y claramente la situación actual del beneficiario, la existencia o no, de redes de contención familiares o extra familiares con posibilidades para colaborar -si resultara necesario y posible - en la asistencia del afiliado, durante los intervalos que permanezca sin cuidador formal.

El trabajador social debe señalar en su informe, en forma fehaciente y clara el proceso de trabajo, indicando los pasos adoptados en función de la singularidad del caso.

Para el Informe Médico, el médico tratante deberá dejar constancia de la situación de salud del afiliado incluyendo: diagnóstico, medicación y grado de dependencia.

El formulario adecuado para consignarlo será el de «Cuadrivaloración Geriátrica», que se adjunta como Instrumento de la presente norma.

En el Informe de Enfermería el profesional de enfermería evaluará el tipo y frecuencia de cuidados acordes a la situación observada. El formulario correspondiente es el que se encuentra integrado en el I de «Cuadrivaloración Geriátrica», que se adjunta como Instrumento de la norma. También deberá consignar el plan de tareas.

La evaluación del caso será un instrumento que el equipo interviniente pondrá a disposición del beneficiario, familiares y/ representante legal a fin de orientar a los mismos respecto de las tareas que deberá efectuar el cuidador.

Para el seguimiento de la prestación el equipo interviniente realizará una supervisión trimestral del afiliado y su entorno a fin de evaluar los resultados de la prestación otorgada y verificar la utilización de los fondos para los fines previstos. Los procesos de tratamiento y seguimiento son responsabilidad de los profesionales actuantes, quienes avalarán la metodología adoptada con su matrícula profesional sin perjuicio de las verificaciones y auditorias que determine el Instituto. La Gerencia de Promoción Social y Comunitaria ejercerá la evaluación programática, estableciendo las modificaciones que estime necesarias.

La documentación básica requerida para el seguimiento es la constancia que acredite el pago al cuidador domiciliario, el cumplimiento de las metas acordadas y el informe técnico que determine la procedencia de la continuidad o no de la prestación otorgada.

Por otra parte está regulado el caso de Subsidio No Programado para Atención Domiciliaria por crisis de autonomía funcional (claudicación de un cuidador informal, alta de establecimiento de agudos etc.)

El Hogar de Día, el Hogar Ballestra y el Hogar Ledor Vador se encuentran regulados por los siguientes instrumentos, además de los propios de cada competencia:

8.3 Ley N° 661-TA/LCABA/01 y su modificatoria Ley N° 1003/02

La ley N° 661 crea el marco regulatorio para el funcionamiento de los establecimientos residenciales y servicios de atención gerontológicos que brindan prestaciones en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires en los términos del artículo 41° de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estos establecimientos están sometidos a la fiscalización de las autoridades del Gobierno de la Ciudad en cuanto al cumplimiento de las disposiciones contenidas en los Códigos de aplicación y la presente ley.

La Ley en su artículo 2º reconoce los siguientes derechos específicos a las personas que viven en las residencias u hogares:

- A la comunicación y a la información permanente.
- A la intimidad y a la no divulgación de los datos personales.
- A considerar la residencia u hogar como domicilio propio.
- A la continuidad en las prestaciones del servicio en las condiciones preestablecidas.
- A la tutela por parte de los entes públicos cuando sea necesario.
- A no ser discriminadas.
- A ser escuchadas en la presentación de quejas y reclamos.
- A mantener vínculos afectivos, familiares y sociales.
- A entrar y salir libremente, respetando las normas de convivencia del establecimiento, siempre que ello no lesione los derechos y garantías de los residentes.
- A crear espacios propios de organización sobre su vida institucional.
- A ingresar a cualquiera de los establecimientos con el consentimiento del residente o familiar o responsable a cargo. En estos últimos casos, solo si el residente no pudiera dar su consentimiento producto de alguna discapacidad mental, según indicación médica.
- A recibir tratamiento médico garantizando el bienestar biopsicosocial.
- A que todo cambio en el diagnóstico y tratamiento médico y/o en la medicación deba ser comunicado al residente y a los familiares o personas a cargo del mismo toda vez que el primero exprese su consentimiento para ello o que mediare declaración de incapacidad. En ambos casos será mediante constancia escrita.
- A tener historia clínica y acceder a ella.

Asimismo crea el "Registro Único y Obligatorio de Establecimientos Residenciales para Personas Mayores", donde deberán inscribirse todos los Establecimientos Residenciales para Personas Mayores que brindan prestaciones en la Ciudad de Buenos Aires. Previo a la inscripción, dichos establecimientos deben contar con las habilitaciones correspondientes.

La autoridad de aplicación de la presente ley es el nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en materia de promoción social, asistido por el nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad en materia de salud. Las funciones y atribuciones de la autoridad de aplicación son:

Confeccionar y mantener actualizado el Registro creado por la presente Ley.

Coordinar sus tareas con las otras áreas competentes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Controlar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6° con relación a la clasificación de los establecimientos inscriptos en el Registro Único de Establecimientos Residenciales para Personas Mayores.

Evaluar la calidad de las prestaciones que brindan los Establecimientos Residenciales para Personas Mayores, en relación a:

- a. Los aspectos referidos a la conducción técnica administrativa y a su responsabilidad legal, a cuyo fin, la dirección de la institución deberá proveer la documentación que lo certifique.
- b. Los procedimientos que se utilizan para la admisión, permanencia y/o derivación de los residentes.
- c. La dotación de personal y la existencia de equipos profesionales suficientes, idóneos y capacitados.
- d. La calidad y la cantidad de la alimentación ofrecida al residente con certificación profesional.
- e. La calidad de los medicamentos.
- f. La metodología prevista por la residencia ante situaciones de urgencias y/o derivaciones de residentes a centros asistenciales.
- g. Los aspectos clínicos, psicológicos, sociales, de enfermería y nutricionales.
- h. Las actividades de rehabilitación en los aspectos físicos, psíquicos y sociales.
- i. Las normas de bioseguridad e higiene, la forma de desplazamiento de los residentes, accesos y circulaciones que permitan su desplazamiento, tanto de los

autoválidos N° 3092 - 09/01/2009 Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires
Página N°8 como de los semidependientes y dependientes.

- j. El estado y funcionamiento de las instalaciones, las dimensiones de los ambientes y su relación con la cantidad de plazas, estado de conservación del edificio y del equipamiento.
- k. Las expectativas, intereses y necesidades de los residentes, desde el punto de vista socio ambiental.
- l. Y toda otra evaluación que dicho organismo disponga para hacer más efectivo el cumplimiento de la presente.
- m. Detectar las irregularidades y faltas que ocurran e intimar al establecimiento a su regularización bajo pena de ser suspendido provisoriamente o eliminado del Registro Único y Obligatorio de Establecimientos Residenciales para Personas Mayores y formular las denuncias que correspondan ante las autoridades administrativas o judiciales.
- n. Elaborar estadísticas de las prestaciones brindadas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En su artículo 6° establece que son considerados Establecimientos Residenciales para personas mayores las entidades que tienen como fin brindar servicios de alojamiento, alimentación, higiene, recreación activa o pasiva y atención médica y psicológica no sanatorial a personas mayores de 60 años, en forma permanente o transitoria, a título oneroso o gratuito.

La edad de ingreso podrá ser inferior a la establecida en el párrafo anterior, siempre que el estado social o psico-físico de la persona lo justifique. La reglamentación establece los casos en que se procede a tal excepción, resguardando la dignidad de las personas y respetando la concepción y fines de los Establecimientos Residenciales para personas mayores.

Los establecimientos Residenciales para personas mayores deben tener, como mínimo, capacidad para albergar a cinco (5) residentes y no pueden prestar servicios sin la habilitación previa e inscripción actualizada en el Registro.

En todos los casos deben garantizar las condiciones que preserven la seguridad, salubridad e higiene de los residentes y estimulen sus capacidades, el pleno respeto

como personas, promoviendo los vínculos con el núcleo familiar y la comunidad a la que pertenecen."

Entre las condiciones para la habilitación y funcionamiento de Establecimientos Residenciales para Personas Mayores la ley 1003 modifica la ley 661, estableciendo que los mismos deben ser dirigidos por un Director/a con título profesional universitario afín a la actividad o prestaciones desarrolladas.

El Director/a de un Establecimiento Residencial para Personas Mayores habilitado a la fecha de vigencia de la presente ley que no posea título profesional, cuando acredite más de cinco (5) años de ejercicio en el mismo, podrá mantener su cargo solo en un establecimiento y por el plazo establecido por el Poder Ejecutivo a través de la reglamentación, a efectos de adecuar la dirección de éstos establecimientos a las condiciones exigidas en el párrafo primero del presente artículo.

Es responsabilidad del Director/a garantizar la mejor condición bio-psico-social de los residentes y usuarios de los servicios que se brindan en el establecimiento, en la admisión, permanencia y derivación. El Director/a es responsable solidariamente con el titular del establecimiento, del cumplimiento de las obligaciones expresadas en el presente ordenamiento y de cualquier otra normativa reglamentaria o complementaria que se dicte.

Mediante esta ley los Establecimientos Residenciales de Personas Mayores se clasifican en:

- a. Residencia para Personas Mayores Autoválidas con autonomía psicofísica acorde a su edad: Establecimiento no sanatorial destinado al alojamiento, alimentación y actividades de recreación que brinda control médico periódico.
- b. Hogar de Día para Personas Mayores Autoválidas: Establecimiento con idénticas características que las definidas en el inc. a), con estadía dentro de una franja horaria determinada.
- c. Residencia para Personas Mayores que requieran cuidados especiales por invalidez.

- d. Residencia para Personas Mayores que por trastornos de conducta o padecimientos mentales tengan dificultades de integración social con
- e. otras personas, y no requieran internación en un efector de salud.
- f. Hogar de Día para Personas Mayores con trastornos de conducta o padecimientos mentales que tengan dificultades de integración social con otras personas, y que no requieran internación en un efector de salud, con estadía dentro de una franja horaria determinada.

Los Establecimientos podrán ser habilitados para prestación unimodal ó polimodal. La planta física de cada una de las áreas habilitadas en los inmuebles de aquellos Establecimientos que brindan prestaciones poli modales de las clasificaciones d) y e) deben constituir una unidad independiente de uso exclusivo dentro del establecimiento, totalmente diferenciado del resto, pudiendo sólo compartir servicios de infraestructura: cocina, mantenimiento, dependencias del personal, lavadero y administración.

En caso de deterioro del residente autoválido, posterior a su ingreso se arbitrarán las medidas necesarias para su tratamiento dentro de la residencia, en la medida que su situación lo permita, con notificación a la autoridad de aplicación. Asimismo, se debe tratar de evitar la separación de cónyuges o convivientes que se encontraren residiendo conjuntamente.

En toda la documentación oficial de los establecimientos residenciales de personas mayores debe figurar la clasificación otorgada por la autoridad de aplicación.

Los Establecimientos Residenciales de Personas Mayores deben exhibir en lugar visible el certificado de habilitación. Respecto al personal la ley establece que todos los Establecimientos Residenciales para Personas Mayores cuentan con un Director responsable y con el siguiente personal (Ley 1003).

Residencia para Personas Mayores Autoválidas con autonomía psicofísica; el personal que a continuación se detalla presta servicios con la periodicidad que se fija por vía reglamentaria:

- Médico/a
- Licenciado/a en Psicología

- Licenciado/a en Nutrición
- Licenciado/a en Terapia Ocupacional
- Enfermero/a
- Asistente Gerontológico ó Geriátrico
- Mucamo/a

De acuerdo con la particularidad de cada caso, el médico o el director profesional del establecimiento ordena la intervención de otros profesionales pertinentes, sin que esto represente un costo adicional para la persona mayor que requiera los servicios, de conformidad con las condiciones y requisitos que fija la reglamentación.

Hogar de Día para Personas Mayores Autoválidas; el personal que a continuación se detalla presta servicios con la periodicidad que se fija por vía reglamentaria:

- Licenciado/a en Terapia Ocupacional
- Licenciado/a en Psicología
- Asistente Gerontológico ó Geriátrico
- Licenciado/a en Nutrición

El Director tiene la obligación de brindar otros servicios, en caso necesario. Residencia para Personas Mayores que requieran cuidados especiales por invalidez; el personal que a continuación se detalla presta servicios con la periodicidad que se fija por vía reglamentaria:

- Médico/a
- Licenciado/a en Psicología
- Licenciado/a en Kinesiología
- Licenciado/a en Nutrición
- Enfermero/a
- Asistente Gerontológico ó Geriátrico
- Mucamo/a.

De acuerdo con la particularidad de cada caso, el médico o el director profesional del establecimiento ordena la intervención de otros profesionales pertinentes, sin que esto

represente un costo adicional para la persona mayor que requiera los servicios de conformidad con las condiciones y requisitos que fija la reglamentación.

Residencia para Personas Mayores que por trastornos de conducta o padecimientos mentales tengan dificultades de integración social con otras personas y no requieran internación en un efector de salud; el personal que a continuación se detalla presta servicios con la periodicidad que se fije por vía reglamentaria:

- Médico
- Guardia Médica Psiquiátrica
- Licenciado/a en Psicología
- Licenciado/a en Nutrición
- Asistente Gerontológico o Geriátrico
- Enfermero/a
- Mucamo/a

De acuerdo con la particularidad de cada caso, el médico o el director profesional del establecimiento ordena la intervención de otros profesionales pertinentes, sin que esto represente un costo adicional para la persona mayor que requiera los servicios de conformidad con las condiciones y requisitos que fija la reglamentación.

Hogar de Día para Personas Mayores que por trastornos de conducta o padecimientos mentales tengan dificultades de integración social con otras personas y no requieran internación en un efector de salud; el personal que a continuación se detalla presta servicios con la periodicidad que se fija por vía reglamentaria:

- Guardia Médica Psiquiátrica.
- Licenciado/a en Psicología
- Enfermero/a
- Asistente Gerontológico ó Geriátrico
- Mucamo/a
- Licenciado/a en Nutrición

De acuerdo a cada caso, el médico o el director profesional del establecimiento ordena la intervención de otros profesionales pertinentes, sin que esto represente un costo

adicional para la persona mayor que requiera los servicios de conformidad con las condiciones y requisitos que fija la reglamentación.

En aquéllas residencias que brindan prestaciones poli modales, las mismas deben contar con el personal acorde al presente artículo para cada una de las áreas habilitadas.

La reglamentación establece, teniendo en cuenta el número de camas ocupadas y la clasificación de los establecimientos, la carga horaria mínima del personal. En todos los casos, los establecimientos cuentan como mínimo, con un/a integrante de cada categoría de las enunciadas, con la disponibilidad horaria necesaria para el cumplimiento de sus tareas específicas.

Es obligatorio que todo el personal de los establecimientos descriptos que presten servicios asistenciales a los alojados o concurrentes, tengan capacitación en gerontología, a través de cursos con reconocimiento oficial.

La Ciudad impulsa la capacitación en su ámbito para asegurar el cumplimiento de los objetivos de la presente Ley.

En el artículo 17 (Ley 661) se incorpora la figura del Asistente Gerontológico como personal de servicio especializado en la atención de personas mayores y con capacidades para brindar estos servicios a domicilio o en instituciones y se establece que la Autoridad de aplicación creará un registro de estos trabajadores. Asimismo, proporciona una autorización renovable para que puedan ejercer funciones (Art. 18)

Decreto 1.076/005

Tiene por finalidad la regulación de la actividad de los Establecimientos Residenciales y otros servicios de atención gerontológica, que brinden prestaciones dentro del ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a fin del efectivo cumplimiento de lo dispuesto en el artículo N° 41 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

8.4 Ley N° 1.710

Establece que los titulares o responsables de los establecimientos geriátricos u otros servicios de atención gerontológica, que brindan prestaciones en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, están obligados a permitir el ingreso, sin perjuicio del horario habitual de visitas, a las personas a cargo de los adultos mayores allí alojados en cualquier momento del día, con el objeto de comprobar que se cumplan las condiciones generales de alojamiento.

Resolución M.S. N° 2.028/008

Por medio de la misma se aprueban los procedimientos para fiscalizaciones en establecimientos asistenciales y establecimientos residenciales para la tercera edad así como los procedimientos de asistencia ante emergencias en establecimientos asistenciales y establecimientos residenciales para la tercera edad.

8.5 Encuadres jurídico institucional de los servicios / programas socio sanitarios relevados

Programa de Voluntariado -Decreto 624/09 – GCBA

Por medio de este decreto se crea el programa de Voluntariado en la órbita de la Dirección General de Fortalecimiento de la Sociedad Civil del Ministerio de Desarrollo Social.

Este programa tiene como objetivo principal promover la participación y el compromiso ciudadano a través de la tarea voluntaria para el logro de una sociedad más justa.

Cuenta con dos áreas de acción: “Centro de Voluntariado” y “Voluntariado en Educación”.

El **Centro de Voluntariado** tiene como objetivos:

- Fortalecer en el ámbito de la Ciudad el ejercicio de la ciudadanía, a través de la realización de prácticas solidarias.
- Promover en el interior de las instituciones del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires la creación de Centros de Voluntarios.

- Capacitar, profesionalizar y jerarquizar la tarea voluntaria.

Realiza acciones directas con personas que quieren convertirse en voluntarios, capacitándolas y acompañándolas en la inserción en distintas instituciones tanto públicas como de la sociedad civil. Por otro lado, asesora a Organizaciones de la Sociedad Civil y dependencias gubernamentales en la creación de Centros de Voluntarios. Además participa de eventos masivos para promover la participación voluntaria de los ciudadanos.

Los destinatarios directos son las personas interesadas en ejercer una ciudadanía activa y protagónica. Los voluntarios interactúan con poblaciones que, por distintos motivos, encuentran vulnerados sus derechos como por ejemplo, niños, niñas y personas de tercera edad en hogares, personas con problemas de adicciones, adolescentes en riesgo, y violencia.

Los proyectos que se desarrollan varían de acuerdo a la población con la que se realiza la tarea. Los de acción directa son recreativos, de apoyo escolar, talleres artísticos, entre otros.

Los objetivos del **Voluntariado en Educación** son:

- Fortalecer en el ámbito de la educación formal el ejercicio de la ciudadanía, el compromiso con la comunidad y la búsqueda de valores que trasciendan lo individual y la satisfacción personal e inmediata.
- Favorecer el clima institucional educativo a través de procesos de capacitación desde la educación no formal en la planificación y ejecución de proyectos sociales comunitarios de alumnos docentes y directivos,
- Formar en instituciones educativas un centro de formación en participación ciudadana, voluntariado y promoción de la solidaridad.

Voluntariado en educación es un área de gestión asociada con Organizaciones de la Sociedad Civil -OSCs- que tiene como destinatarios a preadolescentes, adolescentes,

jóvenes y docentes de escuelas de educación formal de nivel primario y secundario, públicas y privadas del ámbito del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Con la mirada puesta en la integración social de los jóvenes, la participación y el pleno ejercicio de su ciudadanía, se procura (trabajando junto a los docentes de las escuelas y las OSCs asociadas) motivar, reflexionar y desarrollar acciones que promuevan el protagonismo juvenil, a partir de la provisión de herramientas y el acompañamiento en un proceso de aprendizaje vivencial de elaboración, ejecución y evaluación de proyectos comunitarios, como mecanismo de expresión y representación de realidades, prioridades, expectativas e intereses en la comunidad escolar y barrial de pertenencia.

El programa de Actividades Sociopreventivas del INSSJP PAMI está regulado por la *Resolución 0585/08*, que crea el Programa Nacional de Promoción y Prevención Socio Comunitaria, que tiene por objeto la implementación de actividades de prevención social mediante técnicas grupales y comunitarias de abordaje, promueve y promociona los espacios para actividades de estimulación de capacidades. En este aspecto se distinguen tres componentes: Envejecimiento Activo, Educación para la Salud y Ejercicio de Derechos y Ciudadanía. En cuanto a la tecnología de trabajo el Instituto – PAMI - ha desarrollado en su evolución diversas maneras de apoyo a las actividades socio preventivas tanto en recurso humano como en la asignación de partida a los Servicios Sociales de los Distritos. Durante 1884 se aprueba el Programa de Atención Social Integral – PASI- en cuyo apartado Grado 1 se reconocen los trabajos grupales y comunitarios, y en 1988 mediante la Resolución 1631 se respaldan y reconocen la implementación de proyectos autogestivos, concertados, con gestión asociada entre el INSSJP y asociaciones de la sociedad civil como así también con los municipios locales.

Este programa se basa en la necesidad de brindar un ordenamiento programático y normativo a los proyectos y acciones de carácter promocional y preventivo que se llevan adelante en el ámbito de la Gerencia de Promoción Social y Comunitaria, en la idea de mejorar la calidad de vida de la población a atender en términos de equidad.

Área Programática del Hospital Ramos Mejía

La *Ordenanza 23.941 del año 70* establece una nueva zonificación para la atención de la Salud en la Ciudad de Buenos Aires, y además los hospitales generales debían empezar a funcionar como *Centros de Zona para las acciones de atención médica integrada*. La ciudad de Buenos Aires quedó dividida en 12 regiones cuya cobertura sanitaria pasó a ser responsabilidad de cada uno de los 12 hospitales generales. Las Áreas Programáticas, creadas a mediados de los 80, se implementaron tomando como base la división del servicio de emergentología. Se constituyeron como zonas geográficas en las cuales el Hospital tiene la responsabilidad de actuar, mientras que la Zona de Influencia sigue siendo aquella de la cual proviene la demanda espontánea de atención.

El *Decreto N° 281/11* eleva el nivel de las Divisiones Áreas Programáticas a Departamentos y modifica la denominación de los mismos a Área Programática de Salud en cada uno de los Hospitales Generales de Agudos del Ministerio de Salud. Asimismo, crea la División Programas y Centros de Salud y la Sección Salud Escolar, que dependerán del Departamento Área Programática de Salud de los distintos Hospitales Generales de Agudos.

En Anexo II de esta norma se establecen que son funciones del área programática:

- Intervenir en la programación, ejecución y evaluación de todas las acciones vinculadas a la salud dentro del perímetro de su área, procurando que el conjunto de las mismas atiendan prioritariamente los problemas sanitarios que afectan a los grupos más vulnerables o sean prevalentes en ella.
- Cumplir con las políticas sanitarias globales de salud definidas para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Asesorar a través de su personal a los niveles correspondientes sobre las necesidades o inquietudes de la población, como así también sobre los resultados de los diagnósticos epidemiológicos locales y las modificaciones necesarias para su cambio.

- Coordinar con las instituciones y comunidad, a través de la participación organizada de las mismas, las actividades necesarias para mejorar la calidad de vida y las condiciones de salud de la población a través del consejo local de salud.
- Elaborar, por intermedio de los profesionales correspondientes, los estudios epidemiológicos y sanitarios que permitan alcanzar un acabado conocimiento de los recursos y necesidades de salud de su área, y de la magnitud con que afectan a su población, utilizando las variables que más se asocian con el proceso de salud-enfermedad- atención en cada problema específico.
- Realizar la investigación en forma conjunta con otros efectores sectoriales o intersectoriales, de los factores de riesgo, determinantes ambientales y conductuales de la enfermedad y nexos en su período pre-patogénico.
- Asesorar localmente sobre educación sanitaria y actividades preventivas coordinando la efectiva derivación, en caso de corresponder, al hospital base, debiendo efectuar con posterioridad, la evaluación individualizada de esas actividades y el impacto de las mismas en el mejoramiento de los niveles de accesibilidad, equidad, oportunidad, continuidad y ascenso en los niveles de complejidad y cuidados progresivos.
- Coordinar con los servicios y Comités correspondientes, las actividades de prevención primarias y educación para la salud y, en general, de medicina integrada e integral, especialmente las ejecutadas extra hospitalariamente interviniendo en la determinación de vacunas y medicamentos esenciales.
- Coordinar en forma intra e intersectorial- relevamientos epidemiológicos y estudios específicos del área programática de salud correspondiente, detectando problemas y canalizando soluciones.
- Participar en la creación e instalación de los efectores de salud descentralizados del área, supervisando y evaluando posterior y oportunamente el cumplimiento de actividades y programas.

- Coordinar la atención ambulatoria y domiciliaria por alta precoz de la población del área con los servicios pertinentes, optimizando el sistema de referencia y contrarreferencia con los hospitales de base.
- Colaborar con las autoridades locales de educación para optimizar la ejecución del Programa de Salud Escolar a cargo del sector, interviniendo en todas las acciones relacionadas con la salud de los niños, adolescentes y adultos en edad escolar del área programática de salud.
- Administrar los recursos, programas y acciones a su cargo, según las prioridades que surjan del conjunto de necesidades de la población y particularmente de los grupos más postergados, evaluando resultados e impacto.
- Propiciar la coordinación de programas y actividades locales, integrando los propios y los de efectores formales, a través de la concertación apropiada previa autorización de los niveles superiores correspondientes.
- Intervenir con el Comité de Docencia e Investigación en la selección, distribución, capacitación y programación de actividades y evaluación del recurso humano que se desea asignar al área programática de salud, a través de los programas de becas, residencias, concurrencias o cualquier otro sistema de formación de recursos humanos.
- Realizar conjuntamente con el Comité de Docencia e Investigación, educación continua de todos personal y del que se le asigne a este efecto, en materia de epidemiología, administración, responsabilidad legal, metodología de la investigación y salud pública, aplicables al conocimiento y operación de las áreas de competencia.
- Proponer e intervenir en la creación de redes de servicios, de las que cada Área programática de salud será naturalmente cabecera técnico-administrativa.
- Proponer, ejecutar y difundir las investigaciones sustantivas y aplicadas relacionadas con su área programática de salud.

Dirección Nacional de Adultos Mayores (DINAPAM)

La Dirección Nacional de Adultos Mayores se encuentra en la estructura del Poder Ejecutivo, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y con alcance nacional.

Apunta a la construcción de un sistema progresivo de atención que incluya: cuidados domiciliarios, centros de día, viviendas tuteladas, pequeños hogares y residencias de adultos mayores.

Este sistema se fundamenta en los cambios demográficos existentes en nuestro país y en América latina y el Caribe: rápido envejecimiento de la población, aumento de la esperanza de vida, incremento de la población mayor de 75 años, descenso de la fecundidad y mayor participación de la mujer en el mercado de trabajo. Estas transformaciones llevaron a un aumento de la demanda de cuidados en la vejez y una disminución de la capacidad de brindar este apoyo por el actor tradicional que era la familia o la mujer.

Sus líneas de acción se basan en los siguientes propósitos:

- Contribuir a mejorar la calidad de vida y la autonomía
- Promover el empoderamiento de los mayores
- Garantizar los derechos de los mayores
- Jerarquizar y difundir el saber gerontológico

A los fines de su funcionamiento cuenta con un Consejo Federal de Adultos Mayores: Trabajo conjunto con todos los actores involucrados en la temática de adultos mayores, con participación mayoritaria de las personas mayores.

Programa Nacional de Voluntariado Social de Adultos Mayores.

El objetivo general es la promoción del desarrollo de acciones comunitarias voluntarias en la población adulta mayor. Sus objetivos específicos consisten en:

- Generar espacios de encuentro y actividades entre distintas generaciones
- Fortalecer la capacidad asociativa de las organizaciones de mayores
- Promover la conformación de una red de facilitadores comunitarios
- Dar respuesta a cuestiones sociales y comunitarias de fácil resolución a través de actividades concretas
- Fortalecer la imagen positiva de los adultos mayores

Cuenta con un Programa de Prevención de la Discriminación, el Abuso y el Maltrato hacia los Adultos Mayores y su entorno y *el Programa de transmisión de oficios “la experiencia cuenta”*

El objetivo general es la recuperación de los saberes y oficios tradicionales de los adultos mayores para su transmisión a generaciones más jóvenes. Los objetivos específicos consisten en:

- Desarrollar la imagen positiva y los saberes de los personas mayores
- Promover el intercambio entre personas de distintas generaciones
- Recuperar y/o fortalecer oficios tradicionales
- Mejorar la situación de empleabilidad de los participantes del proyecto.

La Carrera de especialización en gerontología comunitaria e institucional. Está destinada a la especialización de profesionales-técnicos de todo el país, fundamentalmente aquellos que se encuentren trabajando en servicios, áreas o instituciones de adultos mayores. Posee un espíritu federal, priorizando a las provincias del interior.

Luego el Curso para Responsables y Equipos Técnicos de Residencias y Centros de Día. Se propone Incorporar nuevos conocimientos en gerontología y geriatría. Promover nuevos recursos terapéuticos y desarrollar habilidades gerenciales en organizaciones de larga y corta estadía.

En lo atinente a Fortalecimiento institucional se presentan como líneas de acción las relacionadas a equipamiento y refacción de residencias o centros de día. Asesoría técnica y financiamiento. Promoción y acompañamiento para la instalación de viviendas tuteladas y mini-residencias y asesoría técnica y financiamiento para la implementación de proyectos diseñados localmente

El programa de Residencias de Cuidados de Largo Plazo consiste en la implementación de un plan de reformas edilicias priorizando la privacidad de las personas, los cuidados especiales y el confort.

Se basa en el trabajo del equipo interdisciplinario, especializado en gerontología, garantizando los derechos humanos dentro de estas instituciones, las cuales son residencias de puertas abiertas.

Programa Nacional Cuidados Domiciliarios consiste en un conjunto de servicios de apoyos sanitarios y sociales prestados a las personas en su hogar, manteniéndolos en sus casas el mayor tiempo posible y conveniente, insertos en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales con el fin de mejorar su calidad de vida. Se pretende prevenir y evitar la fragilización y la dependencia, favoreciendo el envejecer en los hogares, respetando su identidad, cultura, creencias y valores y potenciar transformaciones en el ámbito personal, familiar y social incidiendo en el desarrollo local

El programa posee los siguientes componentes: Curso de formación de cuidadores domiciliarios polivalentes y el sistema de Prestación – servicios de atención domiciliaria.

El curso de formación tiene como propósito formar recurso humano idóneo para desarrollar la tarea inherente a los cuidados domiciliarios.

La población destinataria son: adultos mayores, personas con discapacidad y personas con patologías crónicas o terminales. La inserción de los destinatarios se determina mediante Informes sociales.

Asociación Mutual de los Agentes de Organismos para la Tercera Edad AMAOTE

Es una Asociación Civil sin fines de lucro Código Civil de la Nación Argentina creada el 22 de diciembre de 1995 y reconocida por Res. Nro. 315/96 del INAES, conforme la ley 20321, el 21 de marzo de 1996.

Tiene como objetivos:

- Fomentar ayuda recíproca entre sus miembros para satisfacer necesidades
- Otorgar servicios o subsidios por casamiento, nacimiento, fallecimiento o cualquier otro evento que lo requiera.
- Otorgar préstamos y beneficios que estimule la capacidad de ahorro
- Proporcionar servicios de asistencia médica, farmacéutica, de proveeduría, recreación, turismo, capacitación, educación, culturales y otros, compatibles con el desarrollo físico y espiritual de los asociados.

AMAOTE tiene asociados activos provenientes de organismos relacionados con Tercera Edad como PAMI, ANSES, Ministerios de Salud y Desarrollo Social de la Nación etc. y asociados adherentes pertenecientes a ciudadanos pasivos relacionados a entidades de Adultos Mayores (ej. Centros de jubilados). Se desarrollan actividades recreativas y de capacitación tanto para activos como pasivos. Es miembro activo de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) y preside la Comisión Americana del Adulto Mayor.

Ha realizado aportes científicos y académicos dentro del ámbito de la seguridad social a través de publicaciones, seminarios, cursos y ponencias tanto en el espectro nacional como internacional.

9. METODOLOGÍA

En la C.A.B.A. los servicios de atención gerontológica públicos y privados desarrollan sus prácticas con distinto grado de interdisciplinariedad.

Se trata de un trabajo exploratorio que describe las unidades o casos seleccionados en los aspectos constitutivos, de estructura, fines, producto y externalidades. Se toman en cuenta aquellas unidades de Planificación de Políticas Públicas como las Locales y Comunitarias de orden ejecutivas, lo cual conlleva a análisis transversal de algunos elementos comunes. A los efectos del presente trabajo nos referenciaremos a los Servicios de atención a las personas mayores en el ámbito de la CABA.

Unidades de Análisis: Servicios o unidades de gestión gerontológico públicas y privadas de la C.A.B.A.

Instrumentos: Entrevista estructurada a informantes clave o interlocutores institucionales y material impreso de los servicios relevados y publicaciones específicas.

Muestra: Para la realización de la muestra se optó por el criterio de considerar el tipo de necesidad que la unidad cubre, con que prestaciones canalizan la demanda y la trayectoria de su práctica. Se seleccionaron servicios que responden a: Asistencia en Domicilio, Asistencia Diurna, Asistencia en Residencias, Prestaciones Económicas, Actividades Socio-Preventivas, Promoción Social, Salud, Redes Comunitarias, Voluntariado. En general de cada tipo se consideraron dos organizaciones teniendo en cuenta los sectores Público, Privado o Local en el ámbito de la Ciudad.

Definiciones Operativas

Se seleccionaron las siguientes definiciones conceptuales basadas el marco teórico del trabajo y en la experiencia empírica. Asimismo se cita a continuación una sintética definición de Follari que nos dice que lo interdisciplinario es la conjunción de los lenguajes diferentes, que hablan de cosas diferentes, en términos diferentes y por lo tanto implica un largo esfuerzo mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de la palabras y construir un marco. Nora Elichiri afirma que el vocablo “Inter.” da cuenta de un nexo del que se espera cierta totalidad partiendo del objeto real y no de las disciplinas dadas.

Disciplina: Es la aplicación del conocimiento mediante diferentes tecnologías para la modificación de aspectos focalizados de la realidad o el incremento del conocimiento sobre el mismo.

Interdisciplina: Cuando hablamos de interdisciplina queremos hacer referencia al resultante del trabajo y o acción conjunta de varios especialistas que abordan una determinada situación para su conocimiento o para su modificación (intervención, tratamiento) especialistas que abordan una determinada situación.

Transdisciplina: Comprende los significados disciplinares ampliados y enriquecidos en relación estrecha con la teoría la práctica y el campo. Parte de la situación, no de la disciplina, requiere el conocimiento vivenciado de la realidad. Abocados al plano gerontológico, lo que le pasa al otro le pasa en todos los aspectos y en un solo tiempo, el del sujeto.

CUADRO DE VARIABLES para comparar los servicios seleccionados

Variables	Dimensión	Indicadores
Trabajo Interdisciplinario	Regulación de Procedimientos	Protocolos consensuados Formativa por disciplina Control de desvíos
	Funcionamiento en Equipo	Equipo de evaluación de casos Abordaje grupal Supervisión y control
Integralidad de los servicios	Intervención Situacional	Redes Prestacionales locales Plan de Integración sectorial Servicios Alternativos
	Accesibilidad de las Prestaciones	Información actualizada a los agentes y profesionales del sistema. Sistema de Información al usuario y la comunidad

		Impacto comunitario de los servicios
--	--	---

VARIABLE 1 – Trabajo interdisciplinario

Interdisciplina es el abordaje de una situación para su conocimiento o para su modificación (intervención o tratamiento) con el aporte y la perspectiva de diversos especialistas.

1.1 DIMENSION

1.1.1 Regulación de procedimientos: con el aporte de cada disciplina se establecen los aspectos a profundizar y la manera o medios para recabar y transmitir información mediante formalizaciones o protocolos, graficados o escritas e instituidas a modo de parámetros para el abordaje, seguimiento y control clínico de situaciones puntuales. En un Centro Asistencial es la serie de formularios que llenan los integrantes de los equipos. Son las normas que permiten la evaluación y comparabilidad de las situaciones.

1.1.2 Funcionamiento estructurado por equipos: se referencia a diversos especialistas, pueden ser internos de la institución o establecimiento o por consulta externa. Estructura por Equipos: la unidad de trabajo está constituida por el equipo, no por las especificaciones. Es decir hay un equipo de determinada especialidad que debe cumplimentar la función por lo cual el “Servicio” existe y es más importante que sus integrantes en forma individual (la parcialidad disciplinar) En cuanto a las rutinas del equipo salvo los protocolos, se constituye de acuerdo a la dinámica propia de la unidad en el que deben desempeñarse. Puede tener localización propia, interna, externa, atender varias unidades, lo que importa que su funcionamiento indica la tendencia interdisciplinaria de trabajo.

INDICADORES

1.1.1.1 Protocolos consensuados:

1.1.1.2 Normativas por disciplinas

1.1.1.3 Control de desvíos

1.2.1.1 Equipos de evaluación de casos

1.2.1.2 Abordaje grupal

1.2.1.3 Sistema de Supervisión y control

VARIABLE 2: INTEGRALIDAD DE LOS SERVICIOS

–Servicios que ofrecen particularización de las situaciones con posibilidades de gradualidad y alternancia- en las respuestas.

Integralidad de los servicios: es el resultado de la particularización de la demanda y la gestión estratégica de los recursos asistenciales. Es decir se individualiza la evolución posible de una situación y se prevén las alternativas en el tiempo y la oportunidad de los cambio o modificaciones.

2.1 DIMENSION Intervención situacional: servicios que puedan garantizar la mayor adaptabilidad entre la necesidad y la respuesta. se realizan atendiendo a la complejidad de la realidad de la persona y de los servicios asistenciales.

INDICADORES

2.2.1.1 Redes prestacionales locales, formales o informales

2.2.1.2 Articulación operativa

2.2.1.3 Integración sectorial

2.2 DIMENSION Accesibilidad de Servicios y Prestaciones: condiciones para el uso efectivo de los servicios.

INDICADORES

2.2.2.1 Sistema de información actualizado a los operadores.

2.2.2.2 Sistemas de comunicación con los usuarios.

2.2.1.3 impacto social.

SERVICIOS	111	112	113	121	122	123	211	212	213	221	222	223
1At.Domiciliaria	X	X	X			X			X		X	
2At.Domiciliaria	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	
3Hogar de Día		X			X	X	X	X	X	X	X	X
4Prog. de Salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5Voluntariado			X	X	X	X	X	X	X			X
6Prog,S.Prevent	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
7Polit, Publicas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8Mutual	X		X		X	X	X			X	X	X
9 Residencia	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	
10 Residencia		X	X	X		X	X	X	X	X	X	
11Gestion Com.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

VARIABLE 1 Trabajo Interdisciplinario

Dimensión 1 regulación

1.1.1: uso de protocolos consensuados

1.1.2: normativas por disciplina

1.1.3 control de desvíos

Dimensión 2 Conformación del recurso humano

- 1.2.1 funcionamiento de equipo de evaluación de casos
- 1.2.2 abordaje grupal
- 1.2.3 vigencias de prácticas de supervisión y control

VARIABLE 2 Integralidad de los servicios

Dimensión 1 Intervención Situacional

- 2.1.1 interacción con redes prestacionales locales
- 2.1.2 acciones de articulación operativa
- 2.1.3 acuerdos de integración sectorial

Dimensión 2 Accesibilidad

- 2.2.1 sistema de información y actualización a operadores
- 2.2.2 sistema de información a los usuarios
- 2.2.3 consideración del Impacto Social

Número de Indicadores x Unidad

SERVICIOS	111	112	113	121	122	123	211	212	213	221	222	223
1 At.Domic.	X	X	X			X			X		X	
2 At.Domic.	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	
3 H, Día		X			X	X	X	X	X	X	X	X
4 Prog.Salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5 Volunt.			X	X	X	X	X	X	X			X

6 S.Prevent	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
7P.Publicas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8 Mutual	X		X		X	X	X			X	X	X
9 RAM	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	
10 RAM		X	X	X		X	X		X	X	X	
11Gest.Com.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Organizaciones con el 100% de los indicadores: azul

Organizaciones con un indicadores ausente naranja

Organización con dos indicadores ausentes: turquesa.

Organizaciones con más de tres indicadores ausentes: rosado

Unidades según Carácter y/o Dependencia Orgánica

Organismo. Gob.	Organización	Organismo Público	Particulares-OSC
Local	Nacional		
Atención Domiciliaria.	DINAPAM	Atencion Domiciliaria	Hogar L. Vador
Hogar de Día	Hogar. Ballestra	Prog.SocioPreventivo	AMAOTE
Área Programática			Gestión Comunitaria

Voluntariado			
--------------	--	--	--

Organizaciones con el 100% de los indicadores: azul

Organizaciones con un indicador ausente: naranja

Organización con dos indicadores ausentes: turquesa.

Organizaciones con más de tres indicadores ausentes: rosado

Frecuencia en la Omisión de Determinados Indicadores

4	3	2	1
121 Evall. Grupal casos	111 Protocolos	112 Normas x disciplinas	123 Supervisión
212 Articulación Operativa		221 Información Actualiz.	211 Redes Prestacionales
223 Impacto Social	122 Abordaje Grupal	113 Control Desvíos	213 Actas y Acuerdos.
211 Redes Locales			222 Información Usuarios

Un indicadores ausente: naranja

Dos indicadores ausentes: turquesa.

Más de tres indicadores ausentes: rosado

Descripción por Indicador

- Protocolos consensuados: De las 11 Organizaciones en 8 se encuentra esta práctica
- Las normativa por disciplinas se utilizan en 9 de 11 casos
- La práctica de control de desvíos se sostiene con diferentes matices en 8 casos.
- La evaluación de casos por equipos se observa en 7 organizaciones.

- La técnica del abordaje grupal de las situaciones se practica en 8 organizaciones.

1.2.3 La supervisión y otras formas de control se verificarían en 10 casos.

2.1.1. En 10 de 11 unidades se registran los datos y o actividades

2.1.2 La articulación de servicios y prestaciones del medio se verifica en 7 casos.

2.1.3 La formalización de actas o acuerdos específicos la realizan 10 organizaciones

2.2.1 La información y actualización a los operadores del sistema se encuentra prevista en 9 unidades

2.2.2 En relación a los usuarios se prevé en 10 casos

2.2.3 El impacto de las actividades es tenido en cuenta especialmente en 7 casos.

Contenido del Servicio y Tipo de Organización:

Del total, 5 se pueden definir como Asistenciales, 3 Preventivos y Promocionales, 1 de Representación, 2 de Políticas Públicas.

A su vez en el tipo de organización se consideraron 4 como estructuras sencillas, 3 divisionales, 2 matriciales y 2 de red.

- **Carácter de la Organización**

En relación al carácter se puede observar en el cuadro N° 1 y N° 2 que los resultados están repartidos en los diferentes sectores fijados: Gobierno Local, Nacional, Público y Asociación Particulares.

- **Resultado del Trabajo del Equipo**

Se observa que en las unidades seleccionadas correspondientes al Gobierno Local, la pertinente al área Salud, con un marco de referencia médico profesional (el Hospital)

cubre el 100% de los indicadores. Otras unidades del mismo orden no observan igual nivel de cualidades. Aún el Voluntariado Intergeneracional que emplea estrategias de política social basadas en la participación y la solidaridad (consorcio de ONG's) requeriría reconsiderar algunos aspectos.

En el caso de las unidades del orden Estatal Nacional, el área de las Políticas Sociales está fortalecida con el 100 % de los indicadores seleccionados, encontrando valores más bajos en el servicio asistencial. La primera pondera el marco interdisciplinario y se apoya en el paradigma de los Derechos y Ciudadanía.

En las unidades de Políticas Públicas se han considerado dos programas del INSSJP, Atención Domiciliaria y Programa Sociopreventivo con resultados similares entre sí aunque el segundo presenta más aspectos cubiertos.

Para abordar las instituciones sin fines de lucro (ONG's) hemos relevado AMAOTE (de Representación) y Santa Clara de Asís o de Gestión Comunitaria. En el caso de esta última se cubren el 100% de los indicadores, se desempeñan con énfasis en la supervisión, la medición y la formación del recurso humano.

Sustento Teórico: la forma y el contenido en la implementación de las Políticas Sociales se definen por las pautas con las que se ponen en práctica y el contexto histórico cultural, los valores y el conocimiento disponible sobre el tema.

Para referirnos a la gestión lo hacemos teniendo en cuenta los servicios y actividades que se organizan para satisfacer las necesidades de una parte de la población, en este caso la vejez. Las teorías psicosociales que explicitan las conductas nos aportan el poder comprender desde que mirada estamos desarrollando nuestra actividad y especialmente, las respuestas que se brindan.

Así cuando implementamos un modelo de institucionalización se apoya en las consideraciones de la Separación o el Desapego, el asilamiento, la dependencia. Por su parte la mayoría de las prácticas gerontológicas se realizan en el marco de los paradigmas de la teoría de la Competencia y las relaciones sociales que amplían las

posibilidades de un buen envejecimiento. En este plano encontramos los programas sociopreventivos, el Voluntariado, y, hasta cierto punto los Hogares de Día.

La teoría del Ciclo de Vida se encuentra presente en el diseño de las políticas y en especial frente a las cuestiones de diagnóstico e intervención porque nos evidencia la necesidad de fijar etapas. La asignación y delimitación de tiempos, los pactos ó acuerdos con el destinatario, el sujeto en situación de necesidad, nos ayuda en el proyecto de su tratamiento. Las propuestas son entendidas con más flexibilidad en un trabajo más cercano a realizar con el “otro” (el profesional), Se construye un camino apto para la aceptación del propio ciclo de vida.

El aporte de la teoría del Curso de Vida se encuentra presente tanto en el enfoque desde destinatario como desde el enfoque de la gestión en sí misma. Por las variables que analiza (contexto) se encuentran en los programas de Gestión Comunitaria, Área Programática, cuyos procesos no son lineales y requieren un grado importante de interrelación a todos los niveles.

Los paradigmas de la Complejidad subyacen en la Gestión de Servicios como principios y como instrumentos. En el primer aspecto se considera que para trabajar en una situación social determinada o emergente es necesario una base de conocimiento multidisciplinario que enmarque y contenga la diversidad de aspectos.

En el plano de la aplicación en terreno se encuadran aquellas actividades que permiten el funcionamiento de una red de complementariedad y acciones conjuntas. Impactan en el medio porque acortan las distancias entre la necesidad y la respuesta (Gestión Comunitaria, Área Programática, en menor grado Programa Socio-Preventivos)

CONCLUSIONES

El uso de protocolos consensuados lo encontramos en un alto porcentaje de las instituciones relevadas. En los casos de atención domiciliaria es una condición imprescindible la aplicación de instrumentos como podría ser la llamada Cuadrivaloración tomando en cuenta los factores que abarca la asistencia en el envejecimiento. En las actividades de planificación el consenso surgiría más como parte de las necesidades de la gestión del equipo.

En relación a las Normativas por Disciplina es importante destacar que su existencia no se contraponen con la integración porque la delimitación del marco de actuación permite proyectar un diseño de intervención. En este caso se observa en todos los servicios con connotación asistencial y podríamos decir que desde la regulación que legitima su accionar.

El Control de Desvíos se registra en 7 de los servicios. En el resto no surge de las entrevistas su ponderación en aquellos que implican un grado importante de institucionalización – hogar de día, residencias-

Respecto al funcionamiento de estos equipos el número de servicios que lo implementa es inferior pero no debería estar ausente en los casos de prestaciones relacionadas con la asistencia dado que ofrece el contexto adecuado para la discusión transdisciplinaria y para la intervención situacional.

El Abordaje Grupal, siempre que se realice con absoluta pertinencia amplía la contención del destinatario o de su familia, participa de las diferentes miradas y permite adaptar mejor las decisiones y los tiempos, De acuerdo a los datos obtenidos se aplica en la mayoría de los servicios.

La Supervisión sistemática y metodológica se registra como actividad en 9 de 10 servicios, en las entrevistas mantenidas surgen dificultades que no permiten garantizar la sistemática y la estabilidad de las acciones.

Integralidad de los Servicios. Los servicios que funcionan en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires poseen en su entorno sistemas asistenciales de diferentes complejidades y dependencia. Las instituciones que brindan servicios sociales garantizan su flexibilidad como medio para la alternancia de prestaciones en tiempo y modalidad. Casi todas las instituciones relevadas poseen este tipo de conexión.

El trabajo con otros referentes comunitarios necesita un sostenimiento en el intercambio de bienes y servicios, muchas veces intercambios no formalizado, simplemente de hecho por aquello que en el campo se encuentran todos los paradigmas. Casi todos los servicios tienen alguna forma afianzada en el tiempo que favorece la mutua articulación.

Como consecuencia de lo anterior, todos los servicios intentan trabajar hacia su integración mejorando las posibilidades de los habitantes Adultos Mayores, sus familias y la utilización de los recursos sociales.

La comunicación con los usuarios, un elemento importante de la accesibilidad, un número importante cuenta con un accionar activo por parte del recurso humano y de la gestión a través de de diversas practicas – asambleas, reuniones de equipo, centros comunitarios.

En lo atinente al Impacto Social, 6 de 10 lo mencionan como elemento a tener en cuenta. De las entrevistas surge la limitación del concepto en su aplicación desde la gestión de los programas y prestaciones. No hay medición clara. de las externalidades de las acciones ni las consecuencias de las intervenciones previstas por cada servicio.

Casi la totalidad de los servicios relevados cuentan con la presencia de profesionales de diferentes disciplinas.

En dos de estos casos en el nivel de implementación (Atención Domiciliaria) sólo interviene un profesional de una disciplina (trabajadora social) en el caso del programa del PAMI se cuenta a nivel central de programación del organismo con otros profesionales a los que se puede recurrir y son quienes aportan de interdisciplinariedad y formulan pautas de trabajo de alguna manera trasladables a los agentes de campo.

En todos los servicios hay un responsable de la coordinación del trabajo del equipo profesional. En general éste se organiza a partir de reuniones semanales o quincenales, en las que se aborda fundamentalmente las cuestiones que surgen en la dinámica cotidiana o los casos conflictivos.

Son relativamente pocas las unidades que se plantean además estas reuniones como espacio para definir criterios comunes de intervención y realizar el seguimiento del trabajo en forma conjunta.

En cuanto a los modos de resolución de las situaciones, manifiestan que los mismos se resolverían a través del consenso. En otros, se sostiene una coordinación mas vertical, siendo la responsable del servicio quien define las pautas de intervención y resuelve las situaciones en caso de diferencia de perspectivas de los profesionales intervinientes.

Solo en un establecimiento se manifiesta el desinterés del equipo de profesionales en relación al trabajo interdisciplinario, desarrollándose por este motivo un trabajo individual.

La delimitación de roles y funciones aparece definida mas de forma espontánea o circunstancial que como resultado de un intercambio y consenso del equipo profesional del marco institucional.

En general las funciones comunes refieren a actividades compartidas y no tanto a intervenciones diseñadas conjuntamente integrando la diversidad de miradas.

En dos servicios (Atención Domiciliaria de CABA y de PAMI) se plantea la preeminencia de una de las profesiones (trabajador social) en la definición de las estrategias de intervención y en el seguimiento de los casos. Es posible que la forma en que se instrumenta esta prestación que se realiza a través de un subsidio económico lo cual nos indicaría el peso de la oferta al momento de decidir la pertinencia de una prestación. Las funciones aparecen con fronteras difusas o indiferenciadas, no tanto desde un trabajo interdisciplinario que permite la alternancia de funciones a partir de la construcción de un objeto/sujeto de intervención integral sino desde lo circunstancial: muchas veces es el profesional que esté presente quien resuelve la situación.

Un solo servicio refiere que existen actividades de consenso previas sobre cómo realizar la entrevista de acceso o abordaje.

En general quien realiza la primera entrevista como la definición del tratamiento y el seguimiento es uno de los miembros del equipo que es responsable de ese caso.

En relación a los procedimientos, en cuatro servicios se destaca la no existencia de protocolos, los profesionales se alternan en las tareas según criterios no pautados, de acuerdo a la dinámica cotidiana y la presentación de las situaciones.

Dos efectores refieren que la estrategia de intervención se define conjuntamente por el equipo interdisciplinario. En otros casos, quien define la estrategia es uno de los profesionales individualmente que es el encargado de dar seguimiento personal o institucional

En la mayoría de los servicios hay instrumentos comunes de evaluación, ya sea a través de fichas o formularios. Dos de los servicios destacan que la evaluación la hace cada profesional en forma independiente, sin protocolo de evaluación y que luego se vuelca su aporte en la historia única para el análisis de la situación diagnóstica de cada persona.

Los entrevistados reconocen la implementación de acciones de seguimiento. Un servicio aplica encuestas de satisfacción para conocer la valoración de los beneficiarios. Esta medida aporta material para realizar los ajustes que todo programa de servicios requieren y define una forma de participar en los mismos por parte de los destinatarios.

Con referencia a la forma de realizar el seguimiento manifiestan hacerlo en relación a metas y a partir de distintas estrategias como ser, visitas, entrevistas con beneficiarios y familiares, etc. Un programa lo hace a partir de las reuniones, comunicación vía mail y contacto en terreno. Otro servicio a partir de la observación permanente y atención personalizada.

Todos los servicios mencionan realizar el seguimiento a partir de metas por área y no en forma interdisciplinaria. En realidad se trata de metas de tratamiento o intervenciones, no se visualiza el concepto de perspectivas estratégicas o de desarrollo. Una RAM (Ledor Vador) constituye la única institución que se orienta con las normas ISO de calidad.

En relación a los procedimientos, no siempre se da lugar preponderante a la utilización de protocolos y los integrantes del equipo se alternan en las tareas según criterios no pautados, de acuerdo a la dinámica cotidiana y la presentación de las situaciones.

La mayoría de los servicios realizan la evaluación diagnóstica a partir de diferentes instrumentos (cuadrivaloración geriátrica, fichas, formularios) en las que participan los diferentes profesionales.

Con referencia a la primera entrevista se sostienen las dos posibilidades, o la realiza la coordinadora o responsable del programa, o, también según el caso la entrevista que da acceso a la prestación es realizada por la coordinadora en conjunto con el integrante más pertinente de su equipo.

Existe un tercer modelo de procedimiento que es aquel que indica que quien realiza la primera entrevista como la definición del tratamiento y el seguimiento, es directamente uno de los miembros del equipo que es luego el responsable del proceso de ese caso.

En relación a los procedimientos, en tres unidades no se trabaja con protocolos. Los profesionales se alternan en las tareas según criterios no pautados, de acuerdo a la dinámica cotidiana y la presentación de las situaciones.

Solo en dos de los servicios relevados se plantea que el criterio para compatibilizar los procedimientos debe fundamentarse en la especificidad de la situación. Si se presenta un caso con aspectos que presumen disfunciones *sociales quien asume la situación es el Trabajador Social, si es del orden físico, es el médico, la enfermera o el kinesiólogo el que se hace cargo del seguimiento.*

Dos servicios refieren que la estrategia de intervención se define conjuntamente en el equipo interdisciplinario. En otros casos, quien define la tarea es uno de los profesionales individualmente que es además el encargado del seguimiento personal o institucional

En la mayoría de las unidades hay instrumentos de evaluación, ya sea a través de fichas o formularios. Dos de los servicios destacan que la evaluación la hace cada profesional

en forma independiente, sin protocolo de evaluación y que luego los datos relevados y apreciaciones diagnosticas se vuelcan en la historia única de cada persona.

Para la forma de abordar el seguimiento los especialistas consideran que se realizan en relación a metas y a partir de distintas estrategias, visitas, entrevistas con beneficiarios y familiares, etc. Un programa lo hace a partir de las reuniones, comunicación vía mail y contacto en terreno. Otro servicio a partir de la observación permanente y atención personalizada

Todos los servicios mencionan realizar el seguimiento a partir de metas por área no en forma interdisciplinaria.

En relación a los procedimientos, en tres servicios no recuenta con la implementación de protocolos, los profesionales se alternan en las tareas según criterios no pautados, de acuerdo a la dinámica cotidiana y la presentación de las situaciones.

Dos servicios refieren que la estrategia de intervención se define conjuntamente por el equipo interdisciplinario. En otros casos, quien define la estrategia es uno de los profesionales que individualmente es el encargado de dar seguimiento personal o institucional

En general en todas las unidades o efectores la supervisión se realiza a través de reuniones con el responsable de la línea jerárquica superior. Solo un servicio (Hogar Ballestra) cuenta con una supervisión externa a partir de una propuesta del equipo como estrategia para mejorar el funcionamiento del mismo.

Dos casos no poseen supervisión ni otras formas de control dado que uno de ellos trabaja por producto, es decir número de personas convocadas e integradas al programa (Programa de Voluntariado) y otro es una asociación mutual que brinda servicios de capacitación a sus socios y adherentes. No hay aplicación metodológica específica.

En el resto se observa el área de control con aspectos débiles si tomamos en cuenta que se trata de un recurso humano que asiste a otros en situaciones de vulnerabilidad y limitaciones funcionales. Luego Participan de controles otros organismos creados a tales

finas como la SIGEN, la Auditoría General de la Nación, las instancias de control del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos en los aspecto institucionales de las ONGs con Personería Jurídica, los responsables y fiscalización de servicios asistenciales del Gobierno de la Ciudad, y podemos mencionar los que aplican a los establecimientos bajo programa de Normas ISO.

Tomando en cuenta que en el sector de servicios el recurso humano asume condiciones de “insumos necesarios” las instituciones que intenten preservar su capital humano en condiciones de trabajar con la gente realizan, promueven o estimulan actividades de capacitación y actualización. En este caso en ocho unidades hay previsiones al respecto.

En un solo caso se reconoce que no es inquietud de las profesionales capacitarse, mientras que el resto tiene como referencia el Instituto de Formación del Gobierno de la ciudad que ofrece diferentes cursos en el marco de los aportes a la realización de la Carrera Administrativa para el personal.

Tres de las instituciones relevadas además poseen actividades Internas de Capacitación de acuerdo a las necesidades concretas relacionadas con la tarea o con el tratamiento de temas para actualizar conceptos e información técnica. – Hogar Ledor Vador, Área Programática del Hospital Ramos Mejía Hogar Ledor Vador) Los profesionales de estos equipos realizan además diversas capacitaciones profesionales fuera del ámbito público.

Algunas organizaciones implementan diferentes formas de incentivar las capacitaciones, sea mediante reconocimiento salarial, puntaje, etc. como apoya y estímulo en a la formación de los recursos humanos.

Dos servicios refieren contar con ateneos regulares, uno de ellos lo realiza siempre de manera interdisciplinaria y con la participación de profesionales de otra institución de salud (área programática de Hospital Ramos Mejía) y otro servicio que cuenta con ateneos por especialidad e interdisciplinarios (Hogar Ledor Vador). Desde un servicio se menciona las reuniones de reflexión como una modalidad de ateneo en el sentido de análisis de casos.

Como formas de control se utilizan diversas estrategias dependiendo del tipo de organización en la cual se desarrolle. Para el caso de la Gestión Asociada se mencionan los diversos encuentros con efectores, destinatarios, cumplimiento de metas, evaluación del desarrollo de cada asociado al Consorcio a nivel comunitario, Se entiende que la presencia de otras unidades integrantes del sistema (consorcio) ayudan a visualizar el comportamiento y los alcances de las acciones, ayudan a construir una medida.

Aporte a la Gestión de Servicios Gerontológico

Se trata de un medio urbano que cuenta con recursos humanos y materiales para satisfacer las necesidades “actuales” de nuestra población de mayores en proceso de envejecimiento y fragilización. Si comparamos con los datos de cobertura y proyectamos un pensamiento estratégico frente a los problemas que se nos presentan en el quehacer diario de cada profesión, es posible que mejoremos la gestión de nuestro quehacer en términos de número pero también de calidad.

En lo referente a actividad interdisciplinaria y equipo en la práctica diaria no se sostienen claramente los criterios de elección, la selección de parámetros. No es claro que y cuanto recurso humano se necesita de acuerdo a la variación de la demanda de servicios de todo tipo. En general los profesionales asisten a diversos eventos que abordan el tema de la interdisciplina y manifiestan su adhesión en pos de un trabajo más gratificante.

En relación al procedimiento de gestión si bien es cierto que siempre reconocemos el funcionamiento de alguno, nada nos asegura que sea suficiente para responder a las condiciones actuales de atención (mayor cobertura en número, masificación de la atención, presiones por las urgencias y la generación de la demanda canalizada por circuitos extra institucionales). A ello deben agregarse las características de la institución marco y si el peso de su organización ha corrido el foco del centro de la acción., Entonces los procedimientos van a estar al servicio del funcionamiento burocrático y se acortan los espacios para los cambios imprescindibles que acerquen en oportunidades al sujeto destinatario por definición.

En el ámbito de la C.A.B.A se cuenta con recurso humano altamente calificado, pero las oportunidades, las metas y el impacto no dependen del nivel micro, de la actividad cercana a la gente, Esas tres condiciones mencionadas se identifican con las pautas políticas a nivel macro y son ejecutivamente responsables las unidades del nivel medio.

Estimamos que el mayor esfuerzo será necesariamente la reevaluación de la oferta de servicios, la identificación de las necesidades y el manejo de técnicas y herramientas de gestión asociada y analizar la formación de consorcios de efectores.

En las sociedades urbanas se comenzó a visualizar la imposibilidad del abordaje de los problemas sociales desde las perspectivas de un solo sector y los límites o fronteras en la realidad se hacen difusos. Pero están. Están para incluirlos si nuestra meta es mejorar condiciones de vida de uno o varios sujetos. Están para recordarle a los gerenciadorees o gestores la obligación de trabajar eficientemente con los recursos que son de todos, cuando algunos lo necesitan.

Otro aspecto a considerar, relacionado con lo anterior, es que se requiere el conocimiento transdisciplinar como marco para la actividad. En cuanto a la cantidad y calificación del recurso a nivel de campo dependerá de las finalidades del proyecto y el sector que lo genere. Los equipos pueden funcionar por presencia o por consulta, el tema es que testimonien su accionar en miras a los efectos previstos.

Finalmente, es necesario tener en cuenta algunos cambios producidos en las últimas décadas en las relaciones con la población, Los Adultos viven más, sostienen sus grupos de referencia con más asiduidad en momentos de encuentro y comunicación que los que tienen con sus consanguíneos. No les interesa de manera especial la concurrencia a los Centros de la Tercera Edad porque prefieren referenciarse intergeneracionalmente.

Desde el punto de vista de los profesionales es necesario recordar que la población con la cual trabajamos en nuestros servicios representa un porcentaje muy bajo del universo local. Queda en general fuera de las intervenciones profesionales otro grupo de sujetos activos e independientes del aparato asistencial y que canalizan sus necesidades en forma conjunta con el resto de los ciudadanos de su Comunidad.

Cuando nos planteamos el objetivo de brindar servicios integrales es evidente que se ha tenido en cuenta que los problemas sociales y los de índole sanitaria (los problemas de la gente) tienen historicidad y aquello que realmente ha sido eficiente empieza a dar muestras de una imperiosa necesidad de cambio de estrategias.

La propuesta de integralidad es un intento de abordar la problemática real en por lo menos en aquellos aspectos de mayor peso. Para ello es necesario previamente la lectura y comprensión de la situación particular, es decir al emergente, al medio social y al momento o estado, evolución de un determinado problema. En el diseño de servicios integrales toda intervención debe manejarse tomando en cuenta los aspectos involucrados. No siempre están disponibles los especialistas pero los integrantes del equipo elaborarán su plan en función de lo que existe. Reconocer los aspectos que no podrán abordarse pero que se saben presentes.

Los modelos de Servicios Integrales no requieren solamente una organización de las unidades productoras, se hace necesaria la complementariedad con otros sistemas efectores dado que las Instituciones en un medio comunitario se ocupan de cuestiones diferentes pero con la misma población. Por otra parte la convocatoria a la complementariedad nos permite visualizar y luego desarrollar posibilidades alternativas. Los procesos personales de nuestros destinatario tienen tiempos diversos en cada etapa, proceso que nos recuerda que esas personas son mucho más que un caso, que un paciente o un usuario de una Obra Social.

Las Supervisiones Sistemática y Evaluaciones periódicas constituyen mecanismos adecuados de control. En el caso de la Supervisión ha venido perdiendo su ejercicio en los servicios, Esta técnica apunta a dos ejes esenciales de la calidad: el Recurso Humano y las adecuaciones metodológicas, En el caso del Recurso Humano imprescindible la orientación, el apoyo la ponderación de los límites. Y, para que resulte eficiente, debe ser sistemática, se trata de un proceso que involucra el problema, las posibilidades, el profesional, el equipo y la Institución. Es un recurso profesional inherente a las acciones de intervención, es una forma de garantizar la realimentación que requiere la acción social con fines de focalización, inclusión, supresión o cambio de estrategias.

Las evaluaciones son parte constitutiva de las acciones de Gestión. Apunta al análisis de los recursos, su disposición y la oportunidad de aplicación como así también la ubicación en relación a las metas propuestas. Este punto lo relacionamos con la participación de los destinatarios en algún tipo de evaluación, para lo cual se determinan las formas de la comunicación y el grado de información respecto al tipo y pertinencia de los servicios que los beneficiarios disponen.

Aun tomando en cuenta las consideraciones del párrafo anterior un programa o unidad es un efector inserto en una región, en una comuna de donde generalmente provienen sus recursos humanos, edilicios, medios de transporte- Las condiciones de vida particulares del medio, los procesos sociales son de la población, independientemente de los sectores en los cuales canalizan las necesidades. De la eficiencia de sus funcionamientos se miden luego los resultados planeados, y habrá un beneficio *o una pérdida indirecta que los habitantes podrán percibir de alguna manera.*

Por último recordemos que trabajar con la vejez es trabajar por el respeto a su identidad. Una identidad que todavía está en construcción. Pero que seguramente no surgirá del grupo que conocemos cuando hacemos gestión de nuestros servicios gerontológicos asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA

- ALGUACIL GOMEZ J. Calidad de Vida y Praxis Urbana, Nuevas iniciativas de gestión ciudadana en la periferia social de Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas. Colección Monografías 179. ISBN: 84-7476-308-8. 1998.
- AMADASSI, E.; FASSIO. A. Resolviendo problemas conceptuales y de investigación para la formulación de políticas públicas: el caso de la vulnerabilidad en la tercera edad. Buenos Aires, 1997. Revista argentina de Gerontología y Geriatria. N° 3 y 4
- BAZO, M.T.; GARCÍA SANZ, B.; MAIZTEGUI OÑATE, C.; MARTÍNEZ, J. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. Madrid. Ed. Médica Panamericana. 1999
- BARBETTA, P. Un recuerdo de Gianfranco Cecchin. Publicación Perspectivas Sistémicas. Año 18. N° 92. Buenos Aires. Julio Agosto 2006.
- GASTRON L. Sociología de la Vejez. Cátedra Maestría en Gestión Gerontológica INSTITUTO UNIVERSITARIO ISALUD. 2006.
- GIDDENS, A. La teoría sociológica. Sociología. Ed. Alianza. Buenos Aires, 1998.
- GOMEZ, SILVIA. Antropología y Gestión, Transdisciplina de la Gestión. Artículo <http://www.naya.org.ar/fundamentación.htm> . 20-7-07
- GUILLAUME, H. LALIVE d' EPINEY C. Recorrido de vida, miradas cruzadas sobre la construcción de las biografías contemporáneas. Edit. Universidad de Liekja. 2006.
- GIRAUD, C. La política como administración de la esperanza de los otros. Conferencia Cátedra UNESCO Manifestaciones Actuales de la Cuestión Social en la Argentina. Buenos Aires. Julio 2006.

- INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS, INSSJP-GERENCIA DE PROMOCIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA – Índice de vulnerabilidad regional. Centro de Documentación INSSJP. AÑO 2004.
- IBAÑEZ, J. El regreso del sujeto. La investigación social de segundo orden. Amerinda estudios. Santiago de Chile. 1991.
- LALIVE d·EPINEY, C. Criterio de edad cronológica y edad funcional, Congreso Internacional Francófono de Gerontología. Abril 1998.
- LUCKMANN, T. Teoría de la acción social. Ed. Paidós Ibérica. Barcelona. 19
- MORIN, E. Epistemología de la complejidad. Centre International de Recherches et Etudes transdisciplinaire. Paris. Gaceta antropológica N° 20. 2004. pp 43-77
- MORIN, E. La interdisciplina. Centro Internacional de Recherches et Etudes Transdisciplinaire. Centro Nacional de Estudios interdisciplinarios. París. Boletín N° 2 CONGRESO DE INTERDSICCIPLINA. 2006. Barcelona.
- MORIN, E. Introducción al pensamiento complejo. Ed. Gedisa. Barcelona. 1994.
- MOSER C., CLLWAINC C. Household responses to poverty and vulnerability. Vol. 2. Banco Mundial. Washington. Urban Managment Programme. 1997
- OFFE, C. Partidos políticos y nuevos movimientos sociales. Ed. Sistema. Madrid. 1998.
- OFFE, C. Contradicciones en el Estado de Bienestar. Ed. Alianza. Madrid. 1990.
- PERLADO, F. Teoría y práctica de la geriatría. Madrid. Díaz de Santos Ediciones, 1995.

- SANCHEZ SALGADO, C. Gerontología Social. Cap. III. Acercamientos teóricos-sociales a la vejez- Edit. Espacio Bs. As. Colección Ciencias Sociales
Revista argentina de Gerontología y Geriatria.