



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIA POLITICA Y RRII

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**“La vejez con ojos de mujer en el Hospital Geriátrico
Provincial de Rosario”**

Alumna: Lorenzin Ailin

Directora: Lic. Betina Bovino

Rosario

Febrero, 2020

*“Aunque tu corazón recircule
Siga de paso o venga
Pretenda volar con las manos
Sueñe despierto o duerma
O beba el elixir de la eternidad
Somos alma de diamante...”*

Luis Alberto Spinetta

A mi madre, que vale un millón.

Índice

Introducción.....	1
Estrategia Metodológica.....	3
Capítulo I.....	5
Cambios demográficos en la sociedad.....	5
La vejez como condición humana y construcción social.....	6
Los modos de nombrar la vejez.....	13
Capítulo II.....	16
Género, Identidad y Envejecimiento.....	16
Capítulo III.....	28
Política Nacional y Provincial para el adulto mayor.....	28
Hospital Geriátrico Provincial de Rosario.....	34
Mi experiencia en la institución.....	40
Capítulo IV.....	44
Origen Sociocultural e Identidad femenina.....	44
Relaciones Familiares.....	48
Conclusiones.....	53
Hallazgos del proceso.....	53
Aportes del Trabajo Social.....	57
Bibliografía.....	60

Introducción

Nuestras sociedades están viviendo un proceso de envejecimiento poblacional significativo como consecuencia de la disminución de la fecundidad y natalidad. Se suma también el avance de la ciencia y la tecnología que hacen que las cuestiones referidas al cuidado de la salud hayan avanzado significativamente generando un significativo aumento de la expectativa de vida.

Estamos ante una problemática que influye en nuestra sociedad tanto en lo económico, como en lo social, lo político y lo cultural. Este fenómeno poblacional, genera cambio en la estructura de nuestra sociedad, y trae aparejado un factor determinante que podríamos denominar: la feminización de la vejez. Según datos censales, para el año 2010, de un total de 4,1 millones de personas de 65 años y más, 2,4 millones corresponden a mujeres y 1,7 millones a varones. Este trabajo intentara dar cuenta del género, y la identidad femenina en la vejez.

En el **Capítulo I** daremos cuenta de los cambios demográficos en la sociedad. El análisis de la vejez como condición humana y construcción social, entendiendo que la conceptualización de la vejez resulta imprescindible para la comprensión de este fenómeno y que como construcción social cada grupo adopta un significado y una valoración propia de la misma. Además, analizaremos lo que proponen diferentes autores y especialistas en la temática acerca de los modos de nombrar la vejez, teniendo en cuenta que las formas de nombrar dan cuenta de modos de pensar, ver y hacer.

En el **Capítulo II**, llevaremos a cabo un análisis de la relación entre género, identidad y envejecimiento, sus entrelazamientos y condicionamientos. Para ello distinguiremos diferencia entre sexo y género, (que no es solo conceptual) en la que se encuentran implicadas cuestiones políticas, económicas, sociales y culturales. Luego nos proponemos dar cuenta del por qué es importante estudiar la vejez a partir de una perspectiva de género, entendiendo esta última no como una variable en la vejez sino como un elemento fundamental en la construcción de la biografía de las personas.

En el **Capítulo III** se lleva a cabo la recopilación de información sobre las Políticas Públicas a nivel Nacional y Provincial en torno a la vejez, para la comprensión de las formas de intervención que se llevan a cabo con este grupo etario. Y particularmente cuál es la historia del Hospital Geriátrico Provincial de Rosario, a qué políticas públicas se acopla como institución pública y cuál es la política interna, y la organización institucional que lleva a cabo para con su población residente.

En el **Capítulo IV** llevaremos a cabo el análisis del origen socio cultural de las residentes seleccionadas, lo referido a las relaciones familiares y lo propio de la identidad femenina. Tomando como punto de partida los resultados de las entrevistas realizadas a la población de muestra, es decir, las diez mujeres residentes de dicha institución. Este análisis girara en torno a diversos ejes: trabajo asalariado y trabajo doméstico, acceso a la jubilación y pensión.

Estrategia Metodológica

El presente trabajo se enmarca en una metodología cualitativa; un estudio analítico, explicativo y descriptivo. El mismo se realizó en el Hospital Geriátrico Provincial de Rosario, perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa fe, ubicado en la ciudad de Rosario, durante el año 2019.

La población de muestra seleccionada según criterios de selección/exclusión, son diez mujeres residentes de dicha institución, todas mayores de 65 años con capacidades subjetivas de ser entrevistadas. El énfasis está puesto en describir las trayectorias de vida poniendo gran interés en investigar y profundizar las valoraciones, las percepciones, a fin de descubrir de qué manera las relaciones de género influyeron en la vida de las mismas. A la vez, se realizarán entrevistas a los trabajadores del Hospital Geriátrico Provincial de Rosario, tomando un representante por sector, con el fin de recolectar información sobre la perspectiva de género en la institución. Serán de confidencialidad las y los nombres de las y los entrevistados con el fin de preservar la identidad.

La elección metodológica tiene como objetivo la interpretación de conclusiones a partir de la interacción con los sujetos, a través de la observación participante como técnica y la entrevista semiestructurada como instrumento de recolección de información. Se entrelazarán los significados empíricos, históricos y teóricos para la explicación entendiendo a los mismos anclados en un contexto socio-histórico, cultural y político. El paradigma que guía la investigación es el interpretativo, ya que la mirada se centra en el contexto social, comprendiendo así las estructuras significativas en que se hallan insertos los actores sociales de dicha institución. Se interpretan las perspectivas de los participantes desde la comprensión al sentido de la acción en un marco de relaciones intersubjetivas. Hay una importante consideración hacia el lenguaje y las prácticas de los sujetos que se pudo observar y analizar en la interacción entre investigadora-institución.

En primera instancia se recopilan los datos necesarios sobre la institución y su población en relación con el tema de interés y los objetivos propuestos en el proyecto. Luego damos cuenta

de la teoría pertinente a la temática de la vejez y los autores indispensables para el análisis de la vejez y el género.

En segunda instancia se transcriben las entrevistas realizadas para comparar de manera fundamentada la teoría que se describirá en la primera parte del trabajo. Se considerarán también, el aporte teórico de otras disciplinas y campos, no siendo estas específicamente del campo de las ciencias sociales, para la aproximación a las conclusiones.

Objetivo general

Caracterizar la vejez como construcción social y cultural desde la mirada de la mujer, haciendo énfasis en la perspectiva de género.

Objetivo específico

Identificar de qué manera las relaciones de género influyen en la calidad de vida en la vejez.

Capítulo I

Cambios demográficos en la sociedad

En nuestra sociedad existe un proceso de cambio en la estructura por edad de la población, que se origina en la variación de los componentes demográficos, que son principalmente la fecundidad y la mortalidad. Existe una disminución de la natalidad y un aumento de la expectativa de vida. Como resultado de estos cambios se produce el envejecimiento de la población, es decir, existe un aumento del número de personas en edad avanzada y la disminución de los jóvenes.

Según datos publicados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, para el año 2050, una de cada cinco personas tendrá sesenta y cinco años o más. En la actualidad nuestro país se encuentra en una etapa de envejecimiento avanzada, según el censo del año 2010 el 14,2% de la población tiene 65 años o más. Porcentaje alto en relación a la población total. Se destaca la feminización como característica de esta población, a causa de mayores niveles de sobre mortalidad masculina, es decir, que las mujeres tienen más expectativa de vida que los hombres, aunque esto no es sinónimo de mejor calidad de vida. Para el año 2010, de un total de 4,1 millones de personas de 65 años y más, 2,4 millones corresponden a mujeres y 1,7 millones a varones.

A partir de este fenómeno, en los últimos cincuenta años algunas profesiones tomaron la iniciativa de dedicarse especialmente al estudio de dicha temática para abordar y tratar de explicar las causas y factores que lo influyen, como es la gerontología, y además para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de la ancianidad. Esta especialidad aborda los aspectos sociológicos, psicológicos, demográficos y económicos relacionados con los ancianos.

Surge la necesidad de comenzar a estudiar la vejez, ya que estos cambios demográficos comenzaron a significar un desafío para los gobiernos en cuanto a las condiciones de vida de las personas, que se relaciona directamente con las características que adopta el envejecimiento. La población adulta mayor presenta una gran diversidad cultural y altos

índices de pobreza que se vinculan directamente a la desigualdad en la distribución de la riqueza. “La diversidad cultural que constituye un potencial para el desenvolvimiento de los potenciales de las personas y sus colectivos, se ven muchas veces erosionadas por la imposición de pautas culturales hegemónicas propias de los sistemas de producción capitalista, las leyes de mercado globales y la apuesta al individualismo. De esta manera la pobreza y la desigualdad social, entre países ricos y empobrecidos, constituyen un severo riesgo para la ancianidad” (Jorge; Danel; Manes; 2012: 15)

La vejez como condición humana y construcción social

Para poder llevar a cabo un estudio de esta fenómeno resulta importante realizar una conceptualización sobre la vejez, qué se entiende por ésta y cuáles son los factores que la determinan.

Existen varias definiciones de envejecimiento, pero es difícil precisar el concepto general del mismo. Varios autores de gerontología, coinciden en tratar la vejez como una etapa más del desarrollo del individuo, que representa una continuidad dentro de su existencia, como un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres humanos. Alvarado García M. Alejandra y Salazar Maya Ángela María (2014) señalan que La Organización Mundial de la Salud lo define como un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de la especie durante todo el ciclo de vida. Estos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio, los ritmos a que estos cambios se producen no son en todos los individuos por igual.

Siguiendo un documento de investigación de vejez y envejecimiento, la autora Karen Dayana Rodríguez Daza (2011), señala que los especialistas en gerontología, se basan en una perspectiva bio-psico-social, es decir, analizan el envejecimiento en tres dimensiones, envejecimiento biológico, envejecimiento psicológico y envejecimiento social

El envejecimiento biológico: se trata de la transformación que sufre el cuerpo a nivel de los órganos. Este proceso se desarrolla desde adentro hacia afuera, siendo el envejecimiento físico una consecuencia del envejecimiento biológico, repercutiendo de manera negativa en las personas.

El envejecimiento psicológico: está determinado por la transformación que se da de la habilidad motora, sensorial, mental, de personalidad, motivaciones, sensaciones e impulsos. Dentro del mismo se encuentra el envejecimiento afectivo y cognitivo. El primero está relacionado con la capacidad de adaptación a las nuevas o diferentes situaciones de la vida. El segundo tiene que ver con la capacidad de incorporar o memorizar datos y la de aprender otras capacidades además de las aprendidas.

El envejecimiento Social: está vinculado al ámbito social y a las actividades o interacciones que las personas tienen con la sociedad. El medio social es lo que demarca el significado de la vejez en la vida de las personas y lo cual puede experimentarse como negativa o positiva.

Estas tres dimensiones se articulan entre sí, no pueden pensarse aisladamente, ya que determinan el conjunto de los distintos procesos que viven todas las personas en diferentes momentos de sus vidas, no sucediendo en todos por igual.

También como señalan Rosell y Filgueira (2015) se suele identificar a la vejez como una etapa de la vida marcada por tres eventos biográficos. En primer lugar, el retiro del mercado laboral, acceso a la jubilación y aumento del tiempo libre. En segundo lugar, la viudez y la re vinculación afectiva con la descendencia y mayor dependencia respecto de a ella. Y, por último, los cambios en la morbilidad, donde sucede el deterioro de la salud y la pérdida progresiva de la autonomía física. El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital, es conocido por todos los seres humanos, y aun así es difícil de aceptarlo como una realidad innata.

La edad es un factor importante a tener en cuenta, aunque muchas veces no coincide con la verdadera edad física y biológica, por eso se entiende que cada individuo envejece según sus características individuales (su situación económica, laboral, medio social, la cultura, personalidad, educación, etc.) por esto se puede decir que la edad es un factor importante pero no un determinante de la condición del sujeto. La edad es una variable, que debe ir acompañada por otras, como las anteriormente nombradas.

Entonces, ser viejo no depende únicamente de la edad cronológica que el individuo tenga, sino también del sentido que socialmente se le adjudique a la vejez, las oportunidades que recibe y las actividades que realiza. Diversos estudios sociológicos señalan que la vejez no

es solamente una etapa de la vida que da cuenta de factores biológicos o cronológicos, es ante todo una **construcción social y cultural** que adquiere determinadas características de acuerdo a la sociedad en la que se presente.

La vejez en la historia, mitos y construcciones sociales

El imaginario social de la vejez, no es sin precedentes. Las concepciones que se tenían en otras épocas son el fundamento de los mitos, prejuicios y miedos que existen hoy. Rever la historia de la vejez, constituye una herramienta para entender el porqué de ciertos miedos a la misma, el porqué de ciertos comportamientos de los adultos mayores y del resto de la sociedad.

En los comienzos, en la era del paleolítico los pueblos nómades y cazadores practicaban el geronticidio, esto consistía en la ejecución de los ancianos para reducir la población en situaciones de emergencia, cuando conseguir alimentos era una dificultad y el anciano representaba una carga por sus condiciones físicas. Se lo abandonada para que muera o ellos mismos buscaban la muerte para evitar ser una carga.

En los pueblos africanos, cuando las condiciones de vida resultaban muy duras, realizaban voluntariamente la muerte. Se dejaba a los ancianos en una choza, con agua y comida. Estos sucesos no significaban la pérdida del respeto, sino que cuanto más pobre eran los pueblos, más probable es que esto ocurriera. A la vez, en los pueblos africanos, Asia y América, proporcionar la muerte a una persona mayor era visto como una conducta hasta amistosa tanto por el ejecutor como para el anciano.

Si bien estos sucesos resultan impactantes, no eran los únicos que sucedían con respecto a los ancianos. En la mayor parte de las sociedades primitivas, a los ancianos se los privilegiaba, se les adjudicaba funciones relacionadas con la justicia, ceremonias y consultas. En el sureste asiático, y grupos del África negra a los viejos se los colma de favores, ocupan lugares preferentes y se los asocia con la sabiduría y experiencia, con la conservación y memoria del grupo, principalmente en los pueblos que carecen de historia escrita, ahí es donde el anciano es considerado la fuente de conocimientos, fuente de saber, educador y juez.

En la antigua Grecia, sociedad de guerra, los hombres mayores a sesenta años eran relevados del ejército y se ocupaban de mantener el orden. El poder estaba en manos de los ancianos que eran más ricos, y se ocupaban de inculcar en los más jóvenes el respeto por los ancianos. Cuando Atenas se convierte en el nuevo centro de la cultura clásica, los nuevos cánones de belleza provocaron que la vejez sea vista como una enfermedad. Si bien se apreciaba más la juventud y la belleza, los ancianos ocupaban el papel de consejeros y mentores, guías de los más jóvenes y como tal se los cuidaba.

En el Imperio Romano, todo el poder se centraba en el senado, que estaba conformado por ancianos. Estos se encargaban de la administración, la justicia, y de las relaciones diplomáticas. Los ancianos tenían grandes privilegios, y los de clase más baja de la sociedad eran considerados sabios y virtuosos. Con el paso del tiempo la autoridad ilimitada que tenían provocó el odio hacia los mayores por parte de las juventudes, ya que los ancianos longevos eran considerados los páter familia, esto significa que eran quienes detentaban el poder sobre los más jóvenes del grupo familiar. Los jóvenes los respetaban, pero llegado el momento de la toma de decisiones confluían en conflictos por no estar de acuerdo con el páter y acababan odiándolos. Sucedió que los ancianos eran respetados, pero cuando vivían demasiado se convertían en personas odiadas por los jóvenes de sus familias. A partir del siglo V d.C su poder fue disminuyendo y la vejez comenzó a ser vista como una etapa negativa.

En la Edad Media y en el Renacimiento, señala Rodríguez Daza Karen Dayana (2011) la vejez era considerada como una etapa oscura en la vida de las personas, era el tiempo anterior a la muerte. La edad media fue una época donde la vida era difícil por los conflictos bélicos, de esta manera se valoraba a los adultos y poco a los niños y ancianos. Es una época donde la mortalidad infantil era recurrente, pero si se superaba se podía llegar a la vejez. Con el Renacimiento, de la misma manera que la Grecia clásica, se produce la revalorización de la belleza y juventud como idea de perfección, por lo tanto, se rechazaba todo lo que podía ser viejo como sinónimo de fealdad. En el siglo XVI, se comienza a extender la esperanza de vida y la vejez se comienza a ver con otros ojos.

En la edad moderna y contemporánea, debido al avance de la tecnología y la disminución de las pandemias por el descubrimiento de medicamentos y antibióticos, se produce un aumento de la esperanza de vida. En el siglo XIX comienzan a aparecer algunas corrientes filosóficas

que rechazaban la idea de la vejez como sinónimo de enfermedad, ese el comienzo de lo que hoy llamamos especialidad en geriatría y gerontología.

De esta manera, la valoración de la ancianidad varía en cada época, y en cada civilización principalmente por factores económicos, bélicos, religiosos y políticos. Todas las sociedades nombradas anteriormente coinciden en que las épocas donde sobrevivir era dificultoso los ancianos eran desvalorados, o se tomaba la decisión de que no sean una carga, en épocas de bonanza eran agasajados.

En lo que respecta a los pueblos originarios de nuestra América Latina, siguiendo a Bernat, Ferrero y Leguizamón (2010) en la comunidad QOM de nuestro país, consideran que la vejez es una etapa en la que se transmite el conocimiento hacia los niños y jóvenes de la misma comunidad. Los ancianos reciben el cuidado tanto de su familia como de la comunidad en general. Esta comunidad, en los comienzos eran nómades, cazadores y se trasladaban por la provincia de Chaco en busca de alimentos dependiendo la estación del año. Tienen una gran organización jerárquica donde el jefe (cacique) era quien guiaba a la comunidad conformada por grupos familiares. El puesto de cacique se podía heredar, pero quien era candidato para recibirlo debía dar cuenta de sus capacidades en la pesca, en la caza o cura de enfermedades. Todos estos conocimientos eran transmitidos por los ancianos a quienes el respeto que se les debía era supremo.

En las comunidades indígenas de México como señala Reyes Gómez Laureano (2019) un anciano es un ser apreciado, valorado y respetado dentro y fuera de la comunidad. Son personas activas en la vida comunitaria y en la toma de decisiones de la vida sociocultural porque son considerados los portadores de los conocimientos contextualizados de sus territorios. La vejez es considerada sinónimo de sabiduría, de respeto y de integración. Un anciano vive su vejez entregado a transmitir su conocimiento acumulado a las generaciones que van a tomar cargos civiles y ceremoniales, por lo tanto, su tarea principal es escuchar para orientar y/o problematizar con los miembros de la comunidad sobre los factores que pueden poner en riesgo a la comunidad misma.

A la vez son los ancianos los responsables de realizar rituales a partir de los cuales ordenan el cosmos y piden vida para la comunidad, se les pide a los antiguos (sus antepasados y deidades) la abundancia de la lluvia y crecimiento de sus cosechas

En el caso de la comunidad Kumiai, los ancianos son los portadores de los cantos tradicionales que dan identidad y fuerza a todos los integrantes del pueblo indígena. A través de sus cantos agrupan a la comunidad, transmiten conocimientos de sus ancestros, de su territorio y de su ser Kumiai. Un anciano en las comunidades indígenas de México representa la sabiduría comunitaria, los valores, la ética y la sencillez. Ser anciano en una comunidad indígena es sinónimo de servicio al pueblo, de estar activo en la toma de decisiones, de administrar el territorio, de decidir el aprovechamiento de los recursos que poseen. Cumplen con el papel de curanderos, sanador, contador, músicos, artistas, guía, portadores del conocimiento material y no materias. Son también, quienes guardan en su memoria la identidad de su pueblo.

De esta manera, queda plasmado de qué manera cada cultura, en diferentes tiempos históricos intentó encontrar su propio significado de envejecimiento, asumiendo ciertas concepciones basadas en el imaginario social, entendiendo a este último como el elemento que mantiene la subjetividad colectiva de una sociedad, a través de las construcciones de sentido (mitos) que fundamentan las normas, valores, reglas que conforman a una sociedad como tal.

Este imaginario heredado promueve concepciones erróneas y con este el temor a envejecer. Como resultado de estas interpretaciones surgen prejuicios, mitos y estereotipos negativos frente a lo que significa envejecer, lo que disminuye las capacidades reales de la población mayor y sus derechos. También limita el desarrollo humano y distorsiona su autopercepción, lo que perjudica las actitudes de la sociedad hacia los mayores y viceversa. Los prejuicios dentro del imaginario social tienen su base en los miedos, deseos o expectativas, que son escenarios subjetivos y no son pensados desde lo racional. Los mitos son organizadores de sentido en una sociedad, intentan legitimar y dar orden a las instituciones involucradas. Los mitos más comunes sobre la vejez, es que esta es sinónimo de enfermedad, que todas las enfermedades en la vejez se vuelven crónicas, que los adultos mayores son asexuados, no tienen deseo, no se enamoran, no tienen motivación y son inútiles. Todos estos mitos

estigmatizan a las personas mayores y son reflejo del miedo de la sociedad a envejecer, lo que lleva al aislamiento y separación.

Esto deja ver que en nuestra sociedad se tiene sobre la vejez una connotación negativa, ya que se vincula a la misma con la pérdida de la autonomía, la enfermedad y la soledad. Al respecto Robert Butler explica este fenómeno con el término “**vejismo**”, el cual da cuenta de un prejuicio de un grupo sobre otro y se aplica principalmente al prejuicio de la gente joven hacia la gente vieja. En este fenómeno subyace el miedo a envejecer y por lo tanto el deseo de alejarnos de la gente vieja que pueden constituir un posible retrato de nosotros mismos en el futuro. Este puede suceder de manera consciente o no. De esta manera, culturalmente nuestra sociedad adopta una posición negativa sobre la vejez, donde los jóvenes temen a envejecer y los viejos anhelan ser jóvenes.

A la vez, el prejuicio hacia la vejez tiene fundamento en el **sistema económico** que prevalece en nuestra sociedad. Estamos inmersos en una cultura de consumo y de producción donde los viejos no poseen un lugar en la estructura productiva, lo que los hace inútiles a los ojos del capitalismo. Se introduce dentro de nuestra sociedad el desprecio hacia los viejos, entendiendo a este como un no-valor. Es decir, se percibe que quien no produce, no vale.

Los estereotipos culturales también tienen gran influencia en los prejuicios hacia la vejez, y se vinculan estrechamente con el sistema productivo en el que estamos inmersos. Los efectos de un mercado cada vez más globalizado nos conducen a incorporar representaciones de cómo se debe ser viejo, y como deben verse los viejos. Por ejemplo, María del Carmen Ludi (2011) señala que los medios de comunicación casi no muestran temáticas y problemáticas relacionadas con la vejez, sino que tratan de crear un nuevo actor, definiendo un nuevo mercado de consumo en que la promesa de la eterna juventud a través de un nuevo vestuario, nuevas formas de ocio y de relación con el cuerpo, con la familia y con los amigos, puede alcanzarse.

A la vez dentro de estos estereotipos existe una diferenciación en cuanto a la significación entre vejez femenina y masculina. Es el imaginario social instituido, a palabras de Castoridis, entendida esta como “el conjunto de valores, normas, lenguajes, instrumentos. Las instituciones prevalecen a través del consenso, la adhesión, el apoyo. De acuerdo con sus

normas la institución produce individuos que, según su estructura, no sólo son capaces, sino que están obligados a reproducir la institución que los engendro”. (Cornelius, 1986: 6) De esta manera, lo instituido, es lo que la sociedad a partir de la creación de una red de significaciones, determina lo que es real, lo que no lo es, lo que tiene sentido y lo que no. Es decir, lo instituido es lo que establece lo que ellos son, ser mujer o ser varón y a la vez ser joven o viejo no existe como un hecho natural, sino que la sociedad los toma y los transforma en significación, es una construcción de sentido, y como tal impacta en la subjetividad de la sociedad.

En la actualidad existen ciertos malestares, donde la imagen, lo instantáneo, el aislamiento produjo el borramiento de las identidades, de las diferencias. En relación a lo mencionado por María del Carmen Ludi, la imagen con la ayuda de la tecnología, las industrias farmacéuticas, las cirugías y las dietas, la buena imagen y la juventud pueden prolongarse borrando las marcas del tiempo. Lo que predomina en la actualidad es el intento por detener la vejez. Y como el dinero no puede comprar la juventud, pero si la imagen, los cuerpos de los sujetos se convierten en mercancía y quedan sometidos a la lógica del mercado. Esto produce un impacto negativo en mayor medida sobre las mujeres, por eso señalo que dentro de los estereotipos existe una diferenciación entre lo que significa el envejecimiento en hombres y mujeres. Los gerontólogos señalan que uno de los duelos más difíciles de enfrentar en la vejez por las mujeres, consiste en la percepción de no ser objeto de deseo por parte de los demás, cuestión estrechamente ligada a mi entender, con la búsqueda social de la juventud eterna, de la imagen, que en todo momento intenta negar la llegada de la vejez, considerando a esta última como símbolo de debilidad, de obsoleto, de enfermedad.

Los modos de nombrar la vejez

Los modos en que nombramos la vejez también dan cuenta que se trata de una construcción social. María del Carmen Ludi (2011), señala que es importante trabajar los modos en que nombramos a la vejez y a los sujetos que envejecen, como posicionamiento teórico y además para tener en cuenta que detrás de cada concepto existe una concepción de sujeto, de mundo, a partir del cual se van construyendo imaginarios y representaciones que es necesario modificar y reconstruir.

A la hora de nombrar a la población mayor de 65 años fueron surgiendo diferentes formas como ancianidad, adultos mayores, jóvenes de la tercera edad, anciano, geronte, añoso, jubilado, viejo. Todas estas formas lo que buscan según la autora es atenuar la significación desvirtuada que tiene la palabra viejo en nuestra sociedad, ya que muchas veces se utiliza en forma peyorativa para discriminar, por parte de la sociedad a los viejos, y por parte de ellos mismos hacia otros en la misma condición como intentando alejarse de dicha condición.

Estos conceptos al encontrarse marcados por los prejuicios que existen sobre la vejez en la sociedad de hoy, se produce la búsqueda de la forma de nombrar acorde a los principios o las ideas que se quieren adoptar. La mayor parte de los profesionales en gerontología optan por denominar la vejez con el concepto de Adulto Mayor, señalan que este concepto nace con la intención de ser la síntesis del paradigma social actual que asocia el compromiso con el descanso y el reposo. Esto se refiere a la posibilidad de poder conjugar el ocio en conjunto con la capacidad de decidir, crear, producir y elegir, que determina la autonomía de una persona.

Esta forma de nombrar la vejez, a mi entender, no es solamente encontrar un concepto que no denote significaciones negativas, las formas de nombrar hablan de nuestras formas de ver, pensar y hacer. La autora señala que, a la hora de decidir utilizar el concepto de adulto mayor, este implica ... “Pensarlo en sociedad, relacionado con los demás, capaz de pensarse a sí mismo, de crear, de prever, planificar su acción y proyectarse a partir de su historia personal y social.” (Scolich, 2005:22)

En muchas instituciones geriátricas, e incluso desde organismos estatales se opta por llamarlos abuelos o abuelitas, confundiendo la condición de vejez con la abuelidad. Esto contribuye a la despersonalización del sujeto en las instituciones, y además encierra un cierto sesgo de lastima, o de tutela que también está conformado por la fragilidad que representan los ancianos en nuestro imaginario. Al respecto la autora dispara, “no pensamos al sujeto como una persona a la que hay que cuidar y proteger, sino que la pensamos como persona, sujeto de derechos, autónomo y útil socialmente.” (Scolich, 2005:24)

Por lo tanto, lo que plantea la autora y que acompaño con mi postura, es el hecho de comenzar a tratar las cuestiones por su nombre, llamarlos por lo que son, viejos, tratando de quitar el

sesgo negativo que posee el término. Es decir, detrás de cada forma de nombrar existe una construcción social-cultural que es necesario trabajar, la forma en que nombramos refleja nuestra forma de ver y de pensar, por lo que es imprescindible trabajar en el respeto y la aceptación de dicha población, comenzando por naturalizar el concepto de viejo sin ninguna connotación negativa.

Capítulo II

Género, Identidad y Envejecimiento

Para el desarrollo de este capítulo, basaré mi análisis en algunas teorías sobre género y envejecimiento que han sido de gran ayuda para reflexión de la temática. Además, realizaré el análisis de las entrevistas correspondientes al campo elegido para la contrastación de la teoría con la empiria, a las Residentes del Hospital Geriátrico Provincial de Rosario.

Lo que me propongo en este apartado, es dar cuenta del por qué resulta importante investigar la vejez con una perspectiva de género. Primeramente, resulta necesario distinguir entre sexo y género. Siguiendo a la autora Pautassi, el sexo remite a las diferencias anatómicas y fisiológicas entre la mujer y el varón. El género, refiere a la construcción social desigual basada en la existencia de jerarquías entre ambos sexos y las consiguientes relaciones de poder asimétricas que se generan a partir de las mismas. Esta diferencia no es solo conceptual, sino que implica cuestiones políticas, económicas, sociales y culturales.

El género y la edad son dos temas paralelos y coincidentes que no se han tomado en cuenta como tales. Debemos entender el género no como una variable en la vejez, sino como un elemento que es fundamental en la construcción de la biografía de las personas durante toda su vida.

En los cambios demográficos de nuestras sociedades, se evidencia que a mayor edad existe mayor porcentaje de mujeres. Como ya he nombrado anteriormente, según el Censo Nacional de Población, Hogares y viviendas en 2012 del INDEC en Argentina de la población mayor de 60 años, el 57% son mujeres. y a medida que avanza la edad las mujeres incrementan su participación relativa, representando el 63% de la población de 75 años y más. De esta manera resulta imprescindible realizar un abordaje de la problemática del envejecimiento con una perspectiva de género.

Ya que la vejez no es sólo una etapa de la vida de acuerdo con factores biológicos y cronológicos, sino que también es una construcción social y cultural que adquiere su forma de acuerdo a la sociedad en la que se presente, es necesario indagar sobre qué significa ser

viejo o ser vieja, ya que no depende únicamente de alcanzar una edad sino del sentido que se le atribuye a una persona por los años, por las oportunidades que recibe y las actividades que realiza, de acuerdo a la sociedad en que se desarrolla.

Por tanto, resulta necesario analizar cómo hombres y mujeres participan en la distribución de poder y entender los privilegios de los cuales gozan y como es su acceso al bienestar social, ya que esta distribución afecta todas las etapas de la vida de las personas en nuestra sociedad, y eso determina el tipo de vejez que se va a llevar a cabo. Es decir, la vejez se vive de acuerdo al estilo de vida que se haya tenido. Es un proceso heterogéneo que está determinado por factores económicos, sociales y culturales en la vida de las personas y que comienza en la juventud y culminan en la edad avanzada. Cada persona en la sociedad posee las condiciones de envejecimiento que adquirió de acuerdo a su trayectoria de vida.

Entonces, en nuestro país hay más mujeres ancianas que hombres, que vivan más tiempo no es garantía de que lo hagan en mejores condiciones. De acuerdo al modelo económico en el que vivimos, se determina el tipo de sociedad que poseemos. El sistema capitalista ha instaurado desde hace muchísimo tiempo un modelo social y cultural patriarcal, donde la distribución de la riqueza y del poder ha sido desigual en todos los ámbitos, favoreciendo siempre al género masculino.

Si bien nuestra sociedad fue cambiando, gracias a las diversas luchas que llevaron a cabo a través de la historia diversos movimientos feministas, incorporando a la mujer en ámbitos donde tiempo atrás era impensado, seguimos teniendo un sesgo patriarcal. Las mujeres ancianas hoy, son quienes viven una vejez acorde al estilo de vida que llevaron, determinado por el sistema capitalista patriarcal. Es decir, una trayectoria de vida marcada por la poca participación en actividades remuneradas, bajo nivel educativo, y su rol como principales cuidadoras en el ámbito familiar. Como señalan Arber y Ginn, “la menor participación en la producción y reproducción social definitivamente marca la vejez y la define” (Arber y Ginn, 1996: 37). Factores que conlleva a que sean más vulnerables, por ser mujeres, por ser viejas y por ser pobres.

Es importante señalar, que el interés principal del movimiento feminista se centró en la influencia que ejerce el género en el ámbito doméstico y laboral, pasando por alto la última

etapa de la vida. De esta manera, haciendo énfasis en la desigualdad que implica para la mujer tener el rol de principal cuidadora en el ámbito doméstico, del hombre, de los niños y los ancianos, convirtieron de cierta manera a los ancianos en objetos, es decir, objetos en el sentido que imprimieron un sesgo negativo, considerándolos una carga que tenían que soportar las mujeres en edad laboral. Al mismo tiempo que presentan una imagen negativa del envejecimiento. Significa una deuda a mi entender, por parte de los movimientos feministas (sin dejar de reconocer que nos han dado la oportunidad de posicionarnos en un mejor lugar en la estructura social) hacia una parte de nosotras, que son las mujeres viejas.

De esta manera se hace imprescindible, que los esquemas metodológicos feministas se apliquen a la investigación de la ancianidad, dando voz a las mujeres y adoptando sus propios puntos de vista como sujetos y no solo como objetos de investigación.

Edad cronológica, edad social y edad fisiológica:

A medida que cumplimos años, el contexto social, cultural, económico y político que prevalece en las diferentes épocas de nuestra vida influyen sobre nosotros.

En capítulos anteriores, he señalado que los especialistas en gerontología se basan para el análisis del envejecimiento, en el enfoque bio-psico-social, determinando de esta manera tres tipos de envejecimiento: envejecimiento biológico, el envejecimiento psicológico y el envejecimiento social.

Para poder realizar un análisis del envejecimiento con respecto al enfoque de género retomo a las autoras Sara Arber y Jay Ginn (1996), sociólogas británicas, quienes sostienen que una teoría sociológica aceptable de la edad tiene que distinguir tres sentidos diferentes: edad cronológica, edad social y edad fisiológica. Y examinar cómo se relacionan entre sí.

La edad cronológica: es esencialmente biológica y se manifiesta en niveles de trastorno funcional.

La edad social: alude a las actitudes y conductas sociales que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica y que a su vez se relaciona transversalmente con el género.

La edad fisiológica: se refiere al proceso de envejecimiento fisiológico, aunque se relaciona con la edad cronológica no se puede interpretar únicamente como la edad expresada en años.

El interés de la sociología del envejecimiento y de los especialistas en gerontología, se basa principalmente en los mayores de 65 años, es decir, en la *edad cronológica*; y en las consecuencias que el envejecimiento de la población tiene para la sociedad. Este envejecimiento poblacional surge a partir del descenso de la fertilidad y del aumento de la expectativa de vida. Se ocupan principalmente de la “carga” que estas personas implican para el contribuyente, entendiendo a estos como la parte de la población laboralmente activa, que deben hacerse cargo de los cada vez más ancianos laboralmente pasivos, que no generan aportes. Esta postura a mi entender provoca que se acuse a los ancianos de generar la pobreza de los jóvenes y adultos. Esta visión negativa pone de manifiesto uno de los motivos por los cuales se produce el rechazo que padece la ancianidad, y a la vez, teniendo en cuenta que la mayor parte de los ancianos son mujeres, imprime cierto sesgo sexista¹ a dicha postura.

Incluso parece dejarse de lado, el aporte gratuito que han hecho y siguen haciendo todas nuestras mujeres en el ámbito doméstico y en el cuidado de otras personas, aplica en este sentido una de las frases de la lucha feminista que señala “eso que llaman amor, es trabajo no pago”. Todo parece medirse con la vara del trabajo asalariado, cuestión que no me resulta extraña si consideramos el sistema político y económico que poseemos, capitalista y patriarcal como ya he mencionado reiteradas oportunidades.

Por ejemplo, la edad en la que en nuestro país se tiene derecho a recibir una pensión o jubilación del Estado, tiene que ver con la diferencia de edad entre los cónyuges. En general los hombres se casan con mujeres algunos años más jóvenes que ellos. Detrás de esta cuestión aparece la ideología patriarcal, la cual apoya el dominio de los maridos sobre las esposas. Y en lo que respecta a lo financiero también la norma establece el dominio en este aspecto de los maridos sobre las mujeres. Esta cuestión está vinculada directamente a la edad jubilatoria, si observamos y estudiamos con un poco más de profundidad este aspecto, podemos ver que

¹ “El sexismo se refiere a todas aquellas prácticas y actitudes que promueven el trato diferenciado de las personas en razón de su sexo biológico, del cual se asumen características y comportamientos que se espera, las mujeres y los hombres, actúen cotidianamente. Las prácticas sexistas afectan principalmente a las mujeres dada la vigencia de creencias culturales que las consideran inferiores o desiguales a los hombres por naturaleza” <http://puntogenero.inmujeres.gob.mx/madig/sexismo/index.html>

hasta ahora los hombres se jubilan en su mayoría con 65 años de edad y las mujeres a los 60 años. Si la política del Estado estimulara o estableciera a que ambos se jubilen a la misma edad, en general las mujeres seguirían activas algunos años después de que sus maridos se hayan jubilado. Lo que supone una amenaza para el dominio financiero del varón. Por lo tanto, podemos decir que la desigualdad respecto a la edad jubilatoria responde en cierto punto a la interacción de género y edad en las relaciones conyugales.

Para dar un ejemplo de lo que implica el dominio patriarcal en lo financiero, en las entrevistas realizadas a las residentes del HPGR, la segunda entrevistada desde los 21 años es depresiva, cuenta sus reiteradas internaciones a causa de dicho padecimiento, y con respecto a su experiencia laboral señala: “Antes de separarme, las cosas de la casa las hacía todas yo. Antes yo trabaja en una compañía de seguros y ganaba muy bien. Para mí era eso lo que le molestaba a él. Ganaba mucho más que él. Y él me dijo que tenía que dejar de trabajar y cuidar de mis hijos. Me decía que la mujer tiene que estar con los hijos y con la casa. Y una vecina que era una viejita me decía, te vas a arrepentir. Porque yo trabajaba de 12 a 19, y a la tarde cuando mi marido se tenía que ir a trabajar, venía mi mamá y se quedaba con los chicos. Yo creía que no me iba a arrepentir, él quería que yo cuide los chicos. ¡Y después me arrepentí sabes cuánto! Me hubiese jubilado con una buena jubilación. Y cuando él se fue, yo hubiese estado ocupada.”

¿Cómo se refleja esta perspectiva teórica en el HPGR?

Para dar cuenta de este punto, realizo un análisis de las entrevistas realizadas. De esta manera surge de las mismas la siguiente información: en lo que respecta al trabajo asalariado, 8 de las 10 mujeres entrevistadas realizaron un trabajo asalariado en algún momento de sus vidas, de las 2 restantes, una realizaba artesanías por lo que no era un trabajo formal, y la otra se dedicaba exclusivamente a las tareas de cuidado.

De las 8 mujeres que realizaron trabajos asalariados, 4 debieron dejar sus trabajos para dedicarse exclusivamente al cuidado de su familia.

Este muestreo da cuenta, de que a la hora de estudiar o analizar las condiciones de bienestar en la vejez es imprescindible realizarlo a partir de una perspectiva de género. Señalé anteriormente el “rostro femenino” que posee la vejez en nuestro país, la vulnerabilidad que

atraviesan nuestros viejos, y principalmente nuestras mujeres viejas por tener mayor expectativa de vida. Podemos decir entonces, que las mujeres además de ser doblemente vulnerables, por ser mujeres y por ser viejas, se le suma el factor de la pobreza.

Entrevistada	Categoría: Trabajo asalariado
Entrevistada 1	“Trabaje mucho tiempo como secretaria” realizo este trabajo hasta que contrajo matrimonio
Entrevistada 2	“Antes yo trabaja en una compañía de seguros y ganaba muy bien. Para mí era eso lo que le molestaba a él. Ganaba mucho más que él.” Después de separada “empecé a buscar trabajo y tenía un matrimonio amigo que tenían una inmobiliaria, entonces me dieron trabajo en edificios de limpieza, trabajaba de mañana.”
Entrevistada 3	“estudie enfermería, y después hice instrumentadora quirúrgica me recibí a los 19 años”
Entrevistada 4	“Hacia artesanías”
Entrevistada 5	“cuidaba gente, trabajaba de eso a la noche en pami I. también era remalladora de cinco agujas, cosía de manera particular, trabajaba dos horas de eso. Cobraba y ya está. Cuando era muy joven pasaba por todos los talleres y me gustaba mucho, me quede con eso. Me gustaba mucho y no quería saber más nada de patrones y empecé a trabajar particularmente así.” *según informante clave de la institución, la 5ta entrevistada se dedicaba también a la prostitución”
Entrevistada 6	“Yo trabajaba como maestra en jardín, soy maestra pionera porque después ese jardín de la parroquia se hizo escuela. Esto fue en el año 54’, la otra maestra pionera ya falleció. Era maestra pionera porque en el verano hacia kermes para recaudar para los materiales y después recorría las calles buscando que la gente colabore. Después me recibí de profesora de inglés, y enseñaba eso”

Entrevistada 7	“trabajo doméstico únicamente, no trabajaba de otra cosa. Ama de casa”
Entrevistada 8	“trabajábamos en la inmobiliaria(con su marido), volvíamos a casa y después al trabajo de nuevo porque había que mostrar departamentos y esas cosas.”
Entrevistada 9	“de los 15 hasta los 27 años trabaje, en una tienda por mayor de empleada.”
Entrevistada 10	“trabajaba algunas horas, limpiaba casa. Nunca tuve un trabajo de oficina.”

La CEPAL señala que la seguridad económica, es la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida. La pregunta es la siguiente ¿Éstas mujeres viejas, tienen capacidad de poseer seguridad económica en la vejez? La respuesta es que al menos 4 de 8 mujeres no poseen dicha capacidad. Ya que a lo largo de sus vidas hombres y mujeres realizan diversas acciones que les permitan recaudar distintos tipos de recursos a los cuales pueden acceder en la vejez. Pero esta fase de acumulación tiene un componente de género que condiciona a hombres y mujeres de manera diferente. Significa, que el papel de las mujeres en la reproducción social limita sus oportunidades de ocupar un empleo remunerado, y alcanzar un mejor bienestar económico en la vejez.

Entrevistada	Categoría: trabajo doméstico y tareas de cuidado
Entrevistada 1	“estaba casada y mi trabajo era cuidar a mi esposo que también era cuadripléjico y bueno, había que cuidarlo a él en todo sentido, me dedique a el”
Entrevistada 2	“Antes de separarme, las cosas de la casa las hacia todas yo. Antes yo trabaja en una compañía de seguros y ganaba muy bien. Para mí era eso lo que le molestaba a él. Ganaba mucho más que

	él. Y él me dijo que tenía que dejar de trabajar y cuidar de mis hijos. Me decía que la mujer tiene que estar con los hijos y con la casa”
Entrevistada 3	“siempre nos ocupamos con mi mama y mi hermana. Yo como iba a estudiar, me ocupaba de las algunas cosas cuando volvía, como dejarles lista las cosas a mis hermanos para el trabajo del otro día. Y después cuando viví sola me ocupaba yo de mi porque tampoco tenía la posibilidad de pagar a alguien que me venga ayudar, aunque mi madre siempre vino a mi casa a colaborar.”
Entrevistada 4	“Hacia las cosas de la casa. Yo acá no tengo familia, somos de acá, pero mis hermanos se fueron a vivir a otro lado. Soy soltera y no tengo hijos. Y tampoco tenía novio. Me hubiese gustado casarme, pero no se me dio.”
Entrevistada 5	“Cuando estaba en pareja mutuamente. Hacíamos los dos, porque mi marido si bien tenía un hermano, tenía la mama muy enferma entonces de chiquito aprendió a hacer de todo.”
Entrevistada 6	“Yo hace 25 años que estoy sola, mis padres y mi hermano fueron muriendo por edad, mi papa el mayor murió primero, después mi mama y por ultimo mi hermano. Tuve que atender a los tres.
Entrevistada 7	“Si trabajo doméstico únicamente, no trabajaba de otra cosa. Ama de casa. No tuve que cuidar de mi marido enfermo, porque falleció de un día para otro. Si me ocupe de mis hijos toda la vida hasta que fueron grandes.”
Entrevistada 8	“Dos veces a la semana yo tenía una señora que hacía limpieza general. No tuve que cuidar a nadie en mi familia”

Entrevistada 9	“El cuidado más que nada fueron mis hijas mujeres las que se ocuparon de mi porque yo ya estaba sola hace varios años. Y como te dije mis hijos más grandes también tenían sus trabajos, pero no podían por los horarios”
Entrevistada 10	“Y solamente la cuide a mi mama hasta que murió, y después mis hijas no me pudieron cuidar a mí. Por eso vinimos acá”

A partir de la información recopilada de entrevistas e informantes claves, podemos decir que la vida, y la calidad de vida de las mujeres viejas de dicha institución, están signada por la ardua tarea de la supervivencia. Cada una con trayectorias diferentes, algunas con mejor posicionamiento económico en su juventud, las otras no tanto. En sus relatos dan cuenta del esfuerzo que han tenido que hacer para poder sobrevivir. Todas tienen la característica de padecer alguna patología de salud, física o mental, motivo por el cual se encuentran residiendo en el HGPR, dato no menor considerando que es una institución pública que se encuentra al servicio de nuestra comunidad, alojando a los que poseen recursos escasos para llevar a cabo una calidad de vida acorde a sus necesidades.

¿Por qué residen en el Hospital Geriátrico Provincial de Rosario y no otra institución? De las diez mujeres entrevistadas, siete de ellas si bien perciben alguna jubilación o pensión, no representan ingresos significativos para residir en una institución privada. A través de las entrevistas se desprende que ellas han dedicado su vida al trabajo doméstico y cuidado de su marido e hijos (la mitad de ellas han dejado sus trabajos asalariados para dedicarse al cuidado). Esta cuestión da cuenta de la problemática que atraviesan las mujeres viejas hoy. Son víctimas de las pautas culturales patriarcales que marcaron qué rol debían cumplir en la sociedad, delimitando en gran parte una vejez signada por la pobreza. Algunas de ellas padecieron violencia económica y psicológica.

Entrevistada	Categoría: jubilación o pensión
Entrevistada 1	“Estoy con la pensión de mi esposo y estoy jubilada... yo primero recibí la pensión de mi esposo, en el dolor este que yo tenía a mí no me solucionaba la vida el hecho de recibir su pensión, pero bueno algo me había quedado de él.”
Entrevistada 2	“Bueno empecé a buscar trabajo y tenía un matrimonio amigo que tenían una inmobiliaria, entonces me dieron trabajo en edificios de limpieza, trabajaba de mañana. Eran edificios finos, buenos. Y ahí me jubile.”
Entrevistada 3	“Si me jubile, hace varios años ya. No te voy a decir cuántos. Después de haber trabajado de lo que siempre quise que fue la enfermería y como instrumentadora. No fue un gran cambio, aunque hubiese preferido seguir unos años más haciendo lo que amaba.”
Entrevistada 4	“No soy jubilada porque con mi trabajo vivía día a día.”
Entrevistada 5	“No llegue a jubilarme porque en ningún trabajo llegue a tener tantos años como para aportar. Pero de hecho estoy cobrando la jubilación de los 60 años que hizo cristina.”
Entrevistada 6	“No llegue a jubilarme porque mi mama tenía cáncer, y me tuve que quedar en mi casa trabajando. En los últimos años yo dormía solamente tres horas, las otras me las pasaba cuidando a mi mama.”
Entrevistada 7	“No me llegue a jubilar, pero si a pensionar. Soy viuda pensionada de mi marido”
Entrevistada 8	“Sí, soy jubilada, me jubile trabajando en la inmobiliaria y cuando quede viuda hice gestoría.”

Entrevistada 9	“No me jubilaron ni nada. Yo me retire porque en ese momento no te jubilaban por discapacidad, ni por nada y bue, tuve que salir a palear como pudiese, salir adelante.”
10ma entrevistada	“No me jubile, y vine acá por una señora de las damas de beneficencia con la que mi hija hablo.”

Por otro lado, si bien algunas de ellas se encuentran en dicha institución por no tener lazos familiares de contención, la mayoría da cuenta de que las tareas de cuidado que recibieron y/o reciben fue por parte de sus hijas mujeres, si bien algunas tienen hijos varones o sobrinos, señalan que ellos no pueden porque trabajan. Estos datos señalan algunos puntos importantes, lo primero es que el rol de la mujer como cuidadora se sigue perpetuando generación en generación, siendo el hombre el que lleva a cabo el trabajo remunerado. Pero esto no significa que las mujeres de las generaciones actuales se dediquen únicamente al trabajo doméstico o tareas de cuidado, sino que estamos frente a una época donde las mujeres se incorporaron al trabajo asalariado, pero siguen siendo las responsables del cuidado. Es decir, luego de cumplir las responsabilidades laborales, deben seguir cumpliendo con el trabajo no remunerado, lo que limita el desarrollo o progreso laboral.

En lo que respecta a la *edad social*, esta coincide en cierto punto con el concepto de género, ya que ambos se construyen socialmente. La edad social se refiere a las actitudes y la conducta adecuada, a las percepciones subjetivas y a la edad que se le atribuye al sujeto.

El envejecimiento social se relaciona con las transiciones que se producen en el ciclo vital, pero estas transiciones son diferentes para hombres y para mujeres, es decir, está marcada por el género. Por ejemplo, en relación con el atractivo se suele decir que las mujeres “se pasan de años” a una edad más temprana que los hombres, mientras que en el caso de los hombres el envejecimiento resulta más aceptado.

Esto sucede además en lo que respecta al ámbito laboral. Para las mujeres laboralmente se establece lo que se conoce como “techo de cristal”, este limita el desarrollo de la carrera de

las mujeres por alcanzar cierta edad, se las considera incluso viejas para los puestos de trabajo, en los cuales si se tratase de un hombre se consideraría que estos al tener mayor edad son más aptos para el puesto por su experiencia. Principalmente sucede en puestos jerárquicos privados. Otra desigualdad para resaltar es que la diferencia de salarios entre hombres y mujeres aumenta con la edad.

De esta manera los factores que influyen en la edad social y la edad cronológica contribuyen a profundizar la desigualdad estructural según el género.

La *edad fisiológica* como antes mencionamos se refiere al proceso de envejecimiento fisiológico, aunque se relaciona con la edad cronológica no se puede interpretar únicamente como la edad expresada en años. La edad fisiológica se relaciona con las capacidades funcionales, con la reducción de la densidad ósea, muscular y de la fuerza con el paso de los años. Pero es primordial tener en cuenta que la velocidad con la que se producen estos cambios varía según el estilo de vida que llevaron a cabo los sujetos y, por tanto, del espacio que ocupan en la estructura social.

De acuerdo a la desigualdad numérica entre hombres y mujeres en la ancianidad, la provisión de cuidados está marcada por el género. Ante el desgaste fisiológico y el rol de la mujer como principal cuidadora y responsable de las tareas domésticas, es probable que la vida cotidiana de las mujeres se vea más afectada que la de los hombres, aunque es menos probable que las mujeres tengan un esposo que las atienda y les permita seguir viviendo en su seno familiar. En cambio, los hombres o la mayoría de ellos pueden confiar en que sus esposas los cuiden cuando lo necesiten.

A la vez según Scott y Wenger (1996) señalan que la fragilidad progresiva no repercute sobre las redes de apoyo de igual manera si se trata de hombres o mujeres. Las mujeres dependen más de sus hijas o hijos, como también es más probable que vivan en una institución. Mientras que los hombres por su mortalidad a más temprana edad, dependen de sus esposas.

Capítulo III

Política Nacional y Provincial para el adulto mayor

Políticas Nacionales: En 1948 nuestro país fue el primero en el mundo en declarar los “Derechos y el Decálogo de la Ancianidad” de la mano de Eva Duarte de Perón, los cuales fueron incorporados a la Constitución Nacional en el año 1949. Los mismos comprenden:

- 1- Derecho a la Asistencia: todo anciano tiene derecho a su protección integral por cuenta de su familia. En caso de desamparo corresponde al Estado proveer a dicha protección, ya sea en forma directa o por intermedio de los institutos y fundaciones creados, o que se crearen, con ese fin, sin perjuicio de subrogación del Estado o de dichos institutos para demandar a los familiares remisos y solventes los aportes correspondientes.
- 2- Derecho a la Vivienda: el derecho a un albergue higiénico con un mínimo de comodidades hogareñas es inherente a la condición humana.
- 3- Derecho a la Alimentación: la alimentación sana y adecuada a la edad y estado físico de cada uno debe ser contemplada en forma particular.
- 4- Derecho al Vestido: el vestido decoroso y apropiado al clima completa el derecho anterior.
- 5- Derecho al cuidado de la Salud Física: el cuidado de la salud física de los ancianos ha de ser preocupación especialista y permanente.
- 6- Derecho al Cuidado de la Salud Moral: debe asegurarse el libre ejercicio de las expansiones espirituales, concordes con la moral y el culto.
- 7- Derecho al Esparcimiento: ha de reconocerse a la ancianidad el derecho de gozar mesuradamente de un mínimo de entretenimientos para que se pueda sobrellevar con satisfacción sus horas de espera.
- 8- Derecho al Trabajo: cuando su estado y condiciones lo permitan, la ocupación por medio de laborterapia productiva ha de ser facilitada. Se evitará así la disminución de la personalidad.

- 9- Derecho a la Tranquilidad: gozar de tranquilidad, libre de angustias y preocupaciones en los últimos años de existencia, es patrimonio del anciano.
- 10- Derecho al Respeto: la ancianidad tiene el derecho al respeto y consideración de sus semejantes.

Como antecedentes legales: señalo el Artículo 75 de la Constitución Nacional, incisos 22 y 23. En 1994 nuestro país incorporo a la Constitución Nacional los Tratados y Pactos Internacionales de Derechos Humanos dándoles jerarquía constitucional. Estos señalan que el Estado debe “legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados Internacionales Vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad”.

Plan nacional de ancianidad 1996-2006

En 1996 la Ex Secretaría de Desarrollo Social de la Nación a través de la Subsecretaria de Proyectos Sociales, elaboró un Plan de Ancianidad 1996-2000, que luego se llamó Plan de los Mayores. El mismo constaba de nueve áreas de acción: Asistencia alimentaria, prestaciones en indumentaria, vivienda, equipamiento y funcionalidad del hogar, salud, transporte y comunicaciones, tiempo libre, educación, e integración social. Es importante destacar que el Plan fue consensuado con los gobiernos provincia-les y las organizaciones de mayores y con las sociedades científicas de geriatría y gerontología, actores todos que tuvieron un alto grado de participación en su construcción. No obstante, su implementación solo se continuó hasta 1998, da-dos los cambios de gestión en la ex Secretaría de Desarrollo Social y de las autoridades que le siguieron no consideraban prioritaria la atención de las personas mayores. Es decir que el Plan no se constituyó en una política de Estado.

Consejo Federal de los Mayores:

Fue creado por decreto N° 457 del 22 de mayo de 1997 y reglamentado por Resolución Ministerial (N° 113) cinco años más tarde. En el año 2006 fue modificada su estructura y funcionamiento por la Resolución Ministerial N° 1216/2006. Estas modificaciones fueron discutidas y consensuadas conjuntamente con todos los representantes de las organizaciones de mayores de todo el país miembros de dicho Consejo.

El Consejo Federal surgió como un espacio para coordinar políticas y programas en el ámbito nacional y provincial. En él se concentra el trabajo conjunto de todos los sectores comprometidos con la temática de las personas mayores, con participación mayoritaria de los representantes de los mayores (61% de representantes de organizaciones de adultos mayores) pertenecientes a todas las provincias del país.

Está conformado por los Ministerios de Desarrollo Social, Salud, Educación y de Trabajo, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, la Administración Nacional de Seguridad Social, la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, representantes de las organizaciones de mayores, de gobiernos provinciales, del poder legislativo y de las sociedades científicas. El Consejo Federal es presidido por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

En nuestro país existen varias instituciones públicas a nivel Nacional que se dedican al cuidado de los Adultos Mayores, entre ellas se puede nombrar:

- Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES). Posee un amplio alcance territorial, a través de una amplia red de más de 300 dependencias que cubren todas las provincias del país. Ejecuta casi el 40% del presupuesto nacional destinado a jubilaciones y pensiones, y complemento a las pensiones previsionales, atención a las ex Cajas Provinciales y Transferencias y Contribuciones a la Seguridad Social y Organismos Descentralizados.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) es el mayor efector de atención sanitaria de las personas mayores. Cuenta con más de 4,5 millones de afiliados, de los cuales aproximadamente más del 80% son mayores de 60 años. Sus recursos provienen de retenciones obligatorias a los propios jubilados, de los trabajadores activos y de los empleadores.

A partir del 2005, a través del Programa de Inclusión Previsional (Moratoria), se incorporó a la seguridad social a ciudadanos que se encontraban fuera del régimen contributivo. PAMI brinda varios servicios sanitarios y sociales en forma directa, sin períodos de carencia ni el cobro de coseguros. El Banco Mundial destacó en el año 2015 la provisión de servicios de salud del primero, segundo y tercer nivel de atención, la cobertura de medicamentos (solo en algunos casos llega al 100%), la

asignación de subsidios por situaciones de alto riesgo y acciones relativas a la seguridad alimentaria. Posee un programa de subsidios para atención domiciliaria, que consiste en una transferencia monetaria para la contratación de servicios de cuidado. Estas transferencias representan una buena política en la medida en que están focalizadas en las familias más necesitadas y alivian la carga de tiempo y de dinero que las familias tienen que destinar al cuidado de los adultos mayores.

- Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) depende de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Los programas que lleva adelante son de dos tipos: a) orientados a la promoción y protección de derechos a partir de acciones de capacitación y difusión, como es el caso del Programa “La experiencia Cuenta”; y b) subsidios de servicios, como indirectamente lo hace el Programa Cuidadores Domiciliarios. Este último consiste en instruir a quienes desarrollan cuidados informales a fin de nutrirlos en capacidades clave para llevar a cabo estas actividades. Luego, a través de convenios que se firman con las obras sociales, estos cuidadores prestan servicios en los domicilios de los afiliados. Por otro lado, brindan atención en las instituciones de larga estadía del estado a adultos mayores de 60 años que acrediten insuficiencia económica, que no cuenten con personas que puedan cuidarlos o que presenten algún tipo de discapacidad y/o enfermedad crónica. Estos dos ejes de intervención se implementan a través de una gestión descentralizada mediante convenios con provincias, municipios, universidades, cooperativas y organizaciones sociales. DINAPAM está encargada de conformar el Consejo Federal de Adultos Mayores, nombrado anteriormente y promover la constitución de los Consejos Provinciales. Un factor importante de destacar en materia de género es la inclusión de mujeres de la comunidad trans en las prácticas de formación.
- La Comisión Nacional de Pensiones es un organismo desconcentrado que funciona en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Transfiere prestaciones monetarias a quienes están sin amparo previsional o no contributivo, no posean bienes, ingresos ni recursos que permitan su subsistencia y que no tengan parientes obligados legalmente a proporcionarles alimentos o que, teniéndolos, se encuentren impedidos para poder hacerlo.

Políticas Provinciales:

El Gobierno de la provincia de Santa Fe señala que la lógica que articula la diversidad de las acciones que se realizan en el marco de las políticas sociales para la ciudadanía que envejece es la lógica de los derechos y la dignidad.

El adulto mayor es un sujeto de derechos, por ello nos motiva el deseo de construir ciudadanía, participación y calidad de vida con el adulto mayor, potenciando y facilitando el encuentro intergeneracional y proyectando así una sociedad para todas y todos de diversas edades. La meta del Gobierno provincial es desafiar la “cultura de la indiferencia” y consolidar la cultura de la solidaridad.

La Provincia de Santa Fe cuenta con diversos programas², para garantizar los derechos de la Tercera Edad, como son:

- Supervisión, control y habilitación de hogares de ancianos privados: El Gobierno de Santa Fe registra, habilita, controla y supervisa los hogares de ancianos privados -con y sin fines de lucro- que funcionan en la provincia prestando servicios a las personas adultas, autoválidas, mayores de 60 años.

De esta manera se busca garantizar la calidad de vida de los adultos mayores que requieren la atención de estos servicios privados de internación. Para ello el Estado provincial actúa de manera conjunta con el Ministerio de Salud y los municipios y comunas de Santa Fe, aplicando la normativa que regula el funcionamiento de estos hogares.

- Convenios con comunas, municipios y comisiones de fomento: El Gobierno de Santa Fe articula acciones con los municipios y comunas de la provincia para la atención integral de los adultos mayores, brindando asistencia bimestral (bienes y servicios no personales y prestaciones financieras) a los hogares comunales para atender gastos médicos, de alimentación, alojamiento, recreación, apoyo y contención psicológica. De esta manera, el Gobierno beneficia indirectamente a los adultos mayores de 60 años, en estado de vulnerabilidad, autoválidos y semi dependientes leves que no perciben ingresos estables, ni jubilaciones o pensiones.

² Información recopilada del sitio web oficial del Gobierno de la Provincia de Santa fe.

Para ello, los municipios y comunas de la provincia que sostienen hogares de internación de ancianos celebran convenios con el Estado provincial, donde se acuerda el financiamiento para la cobertura de plazas de internación de ancianos.

- Convenios con entidades privadas sin fines de lucro: Por intermedio de este programa el Gobierno de Santa Fe satisface las necesidades de los ancianos que requieren atención integral y permanente, que están alojados en instituciones privadas sin fines de lucro y que no pueden solventar los gastos con recursos propios.

Para garantizar este derecho el Estado celebra convenios con entidades sin fines de lucro, a través de los cuales les concede financiamiento para la cobertura de plazas de internación de ancianos, para los servicios diarios de albergue permanente, alimentación, vestimenta, medicamentos, atención médica y atención multidisciplinaria.

- Asistencia Integral para Adultos Mayores: brinda servicios geriátricos a ancianos con necesidades básicas insatisfechas, a través de la internación permanente o de la atención domiciliaria. Para ello suscribe convenios de partes con los SAMCo, quienes implementan servicios geriátricos que incluyen la atención integral y permanente (alojamiento, alimentación, vestimenta, medicamentos, atención médica y atención multidisciplinaria), como así también la internación del anciano.

En materia legal, la provincia de Santa Fe sancionó en el año 2018 una ley de "Promoción y protección integral de los derechos de las personas mayores". La misma propone:

- Crear la figura de “Defensoría Provincial de Personas Mayores” Un defensor en el ámbito de la Defensoría del Pueblo, que represente a las personas mayores frente a instituciones públicas y privadas que brindan servicios. Además, que vele por el cumplimiento de sus derechos de manera permanente y gratuita. Que también reciba quejas y asesore a los adultos mayores respecto a sus derechos y modos de acceder a la justicia. Asimismo, que denuncie a cualquier tipo de amenaza o vulneración de manera individual o colectiva.
- El Servicio de Atención para Víctimas de abuso y maltrato: Para brindar atención y seguimiento psicológico, jurídico y social. A través de un equipo técnico interdisciplinario. Unidades Fiscales Especiales, que se podrán crear en el ámbito del

Ministerio Público de la Acusación para la investigación y persecución penal de denuncias sobre hechos de abuso y maltrato a personas mayores. Además de todo tipo de delitos contra su patrimonio.

- Un Registro Único Provincial de Cuidadores: Para garantizar un cuidado de calidad, especializado y respetuoso de la dignidad de las personas mayores. Funcionará como una base de datos sistematizada donde deberán estar inscriptos aquellos que deseen desempeñarse en esta tarea. Además de participar en cursos de formación profesional, deberán asumir la obligación de respetar la integridad física y psicológica de las personas mayores, así como denunciar situaciones de abuso o maltrato que pudieran sufrir.
- Un Registro de Instituciones públicas y privadas: Con la finalidad de garantizar servicios y atención de calidad en los establecimientos residenciales de alojamiento, internación y centros de día. El Registro será útil para fortalecer los controles de habilitación provincial y hacer cumplir las pautas sobre instalaciones, infraestructura, acciones y procesos que establezca la autoridad de aplicación de la ley.

Hospital Geriátrico Provincial de Rosario

El presente capítulo se lleva a cabo a través de una recopilación bibliográfica sobre la historia de la institución y el aporte de algunos trabajadores con respecto a la constitución y funcionamiento del mismo. Así también las normativas de salud sobre las que se apoya dicha institución.

Normativa

El HGPR se enmarca en la red de atención en salud integral y universal del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Dicho Ministerio “entiende a la salud como un derecho humano. Su misión es garantizar el ejercicio efectivo de ese derecho, definiendo así su razón de existir como organización y otorgándole significado a cada tarea desarrollada en su ámbito”

La estrategia de gestión del sistema de salud provincial pone en énfasis la coherencia en la gestión y la innovación; en la resolución de nuevos problemas, garantizando el acceso a la

salud a toda la población acercándose a cada barrio de la provincia. Un modelo de gestión en red basado en la atención primaria de la salud, una gran red en la cual todo sistema de salud está estructurado para cuidar y dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

Con respecto al concepto de salud, el Ministerio de Salud de nuestra provincia, propone que el mismo no debe ser considerado únicamente como la ausencia de enfermedad, ya que implica la simplificación de una idea que es mucho más compleja. Haciendo énfasis en que cada persona percibe el malestar y el bienestar en función de la relación que tiene con su cuerpo. Por tanto, proponen el concepto de salud como “capacidad individual y colectiva de luchar contra las condiciones que limitan la vida”.

Desde el año 2007 se inició un proceso de reforma del Estado. En ese marco la provincia es dividida en cinco regiones que comparten rasgos geográficos, culturales, sociales e históricos. El principal objetivo de la regionalización tiene que ver con facilitar el proceso de descentralización del Estado santafesino, lo que significa transferir poder a un lugar más cercano a donde las personas habitan, en el que los funcionarios y trabajadores se relacionan de manera directa con la comunidad. El gobierno de la provincia de santa fe, señala que el desafío de dicho proyecto es respetar la diversidad de cada región sin perder un proyecto de unidad provincial. Proponen como herramienta clave para esta construcción, el dialogo para lograr acuerdos de concertación entre la sociedad civil y el Estado. Entienden la descentralización como proceso participativo que requiere el dialogo entre los participantes involucrados (responsables centrales del ministerio, autoridades hospitalarias, actores locales estratégicos) de manera que se potencie la capacidad de gestión y resolución de problemas del sistema de salud en todos los niveles.

La red está compuesta por efectores (hospitales, SAMCOs y centros de salud) de gestión provincial y municipal en trabajo articulado con otras áreas para dar respuesta efectiva a la ciudadanía.

Cada región posee una ciudad nodo, actor vital en el proceso de descentralización, mediando entre las necesidades de salud de un territorio dado y los recursos del Estado para atenderlas. Cada nodo actúa de esta manera como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades. Los efectores de salud están divididos en niveles de complejidad:

1er nivel: Centros de Salud, es el lugar de mayor proximidad al vecino. No poseen camas de internación y solo son encargados de garantizar la salud territorializada.

2do nivel: Hospitales y SAMCOs de baja y mediana complejidad

3er nivel: Hospitales de alta complejidad, son el último y más completo nivel de la red.

Para garantizar el funcionamiento de la red articulando los tres niveles, existe el Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) que cuenta con vehículos de traslados y centrales de operaciones y traslados.

De dicha red, el Hospital Geriátrico Provincial de Rosario, pertenece a la Región 4, Nodo Rosario, y es un hospital de 2do nivel de baja complejidad.

Desde sus comienzos hasta la actualidad

Los comienzos de la institución datan a partir de 1899. Por iniciativa de la Sociedad de Beneficencia Rosario se propone brindar amparo a enfermos mentales crónicos y mendigos sin hogar. Con la donación de los terrenos por parte del Sr. Camilo Aldao más el aporte económico de procedencia pública y privada se inaugura el edificio con el nombre “Asilo de dementes y mendigos del sagrado corazón de Jesús”. En 1930 por la demanda de internos, la institución requería de una modificación en su edificio, la cual estuvo a cargo del arquitecto Michelletti, quien le da una organización en pabellones dispuestos a la derecha por el sector de hombres y a la izquierda el sector de mujeres, comunicados por galerías y amplios jardines. Finalizada esta obra, en 1943 pasa a denominarse “hogar de ancianos”.

En 1948 la Fundación Eva Perón y el poder Ejecutivo Nacional consagran los derechos de la ancianidad, donde señalan que todos los ancianos tenían derecho a una vivienda digna, a la alimentación, al vestido, al cuidado de la salud física y moral, al esparcimiento, al trabajo, a la tranquilidad y al respeto. Estos preceptos se incorporan a la Constitución en el año 1949 adquiriendo estabilidad jurídica. En 1950 el Estado Nacional y la Fundación Eva Perón suspenden la personería jurídica a la Sociedad de Beneficencia Rosario y en 1963 con el derrocamiento de Perón, dicha personería vuelve al dominio de la Sociedad de Beneficencia con una administración y dependencia a cargo del gobierno Provincial. En 1978 durante la dictadura militar el hogar se define como “hospital geriátrico provincial de Rosario” en un

convenio entre el ministerio de salud de la provincia de santa fe y la sociedad de beneficencia, a través del DECRETO N° 416/78.

En 1993 por decreto del poder Ejecutivo se implementa el nuevo sistema de autogestión. Que consiste en la descentralización de los distintos efectores de salud, permitiéndoles de esta manera la posibilidad de generar servicios y prestaciones, pudiendo facturar con aranceles correspondientes según nomencladores específicos.

De esta manera el HPGR se organiza en:

- Organización Administrativa
- Dirección
- Oficina Administrativo – Contable
- Oficina de Personal
- Servicio Social
- Servicio de Estadística

Cinco años más tarde, en 1998 se presentan algunos servicios que fueron inaugurados para el servicio a la comunidad, tales como:

- Servicio de Fisiatría y rehabilitación
- Consultorio externo de enfermería
- Unidad de cuidados paliativos
- Consultorio externo de médicos
- Salud Mental

En la actualidad, el HPGR como institución es un organismo dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, dentro de la zona VIII de salud y el área programática V de dicha zona, en la categoría de Hospitales Especiales. Se organiza bajo la Reglamentación Básica de Hospitales Generales, N.º 2542/72, que establece desde el tipo de asistencia que deben proveer los hospitales generales, hasta como deben organizarse los horarios de visita.

Los residentes de esta institución son sujetos mayores de 65 años, el tipo de atención que se brinda es de baja complejidad dirigido a pacientes crónicos. Los principios que promulgan como institución, se basan en:

- Respetar la singularidad de los residentes e impulsar la claridad, transparencia y eficiencia en los proyectos institucionales
- Garantizar el respeto y la promoción de los derechos de los residentes de la institución
- Promoción de actividades docentes que permitan diseñar nuevas estrategias de abordaje de la problemática
- Cuidar la salud del residente
- Poder tener contacto social con sus pares
- Participación intersectorial e interinstitucional en el diagnóstico y solución de las problemáticas
- Desarrollar actividades para el desarrollo de la personalidad de cada uno de los residentes a través de talleres.

El HGPR posee un amplio horario estipulado para que los residentes reciban visitas, es durante el día, desde las 9.00hs hasta las 20.00hs, facilitando de esta manera que los familiares y amigos de los residentes tengan un amplio rango horario para acceder a los mismos, fortaleciendo el mantenimiento de los vínculos. Para esto la institución cuenta con aproximadamente 350 empleados, que desempeñan sus tareas en horarios rotativos para garantizar el bienestar de los residentes. Entre ellos, 75 empleados son de mantenimiento, administrativos y profesionales, 113 de servicios generales, 162 enfermeros y 7 médicos de guardia.

El hospital se encuentra conformado por siete salas, tres de hombres, tres de mujeres y la unidad de cuidados paliativos. Tiene como criterio de división el género, la obra social o no, y grado de dependencia de los residentes. En el año 2014 se realizaron reformas en seis de los siete pabellones del geriátrico, el restante estuvo en manos del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. En cada uno de ellos se realizaron reformas en cuanto a habitaciones privadas que incluyen tres camas cada una, quedando atrás la vieja imagen de amplios pabellones con 18 camas, en cada habitación se instaló un televisor, camas ortopédicas, armarios, mesas de luz, y se trabajó en la realización de comedores, oficinas de enfermería, galerías y baños adaptados para discapacitados.

Las salas de mujeres son:

- Santa Rita
- Santa Inés/ Santa Margarita
- Santa Ana

Las salas de hombres son:

- Marull I y II
- Rueda
- San Juan / Sagrado corazón
- Sala de cuidados paliativos

Dentro de la institución encontramos seis departamentos. Estos responden al DECRETO 4970/72 ART. 19 que determina el agrupamiento funcional de los servicios y/o especialidades que lo integran, en procura del cumplimiento de funciones específicas comunes a los mismos. El objetivo es racionalizarlo, ordenar funcionalmente los servicios que lo integran y obtener mayores rendimientos con menores costos.

- Departamento de Estadística
- Departamento de Finanzas
- Departamento de Mantenimiento y Limpieza
- Departamento de Salud Mental (conformado por Psicología, Trabajo Social, Psiquiatría y Musicoterapia)
- Departamento de Enfermería
- Unidad Física y de Rehabilitación

En su sistema organizacional y funcionamiento general el HGPR cuenta con: dpto. de enfermería, dpto. medico: médicos de sala, dpto. de consultorio externo (clínica geriátrica, cardiología, oftalmología, psiquiatría, dermatología, reumatología y nutrición), dpto. médico de guardia, dpto. de salud mental. servicio de nutrición, servicio de odontología, servicio de fisiatría y rehabilitación, servicio de rayos X, servicio de farmacia, servicio de laboratorio y servicios generales (mantenimiento, suministro y ropería).

Mi experiencia en la institución

Para llevar a cabo mi investigación, mi paso por el hospital se basó mayormente por mi concurrencia al área de servicio social, donde la trabajadora social y una psicóloga me brindaron el espacio y la confianza para poder desplegar mis inquietudes, y la realización de entrevistas a los recursos humanos, tomando como muestra un representante de cada sector o departamento.

Cuando comencé a concurrir a esta institución, a principios del corriente año, mis jornadas se basaban en acompañar a la trabajadora social en su servicio. Me brindó la oportunidad de colaborar en sus tareas, como realizar las llamadas correspondientes para los traslados de los pacientes que necesitaban salir de la institución para realizarse algún estudio de salud en otro nivel de complejidad, me permitió presenciar entrevistas de admisión que se realizan a los familiares interesados en el ingreso de una persona al hospital geriátrico. En esas entrevistas, que presenciaba como observadora, la Trabajadora Social indagaba sobre cómo está conformado el grupo familiar, quién va a ser el familiar que se ocupe de las necesidades que pueda tener el residente, es decir, a quien puede contactar la institución, en cualquier caso. Se indaga sobre si tiene obra social o no, en el caso que, sí tenga, se informa dónde debe ir a solicitar el ingreso, ya que el Hospital Geriátrico Provincial de Rosario posee un cupo especial para pacientes de PAMI, y cupo especial para “casos sociales”. Estos últimos están dirigidos a personas en situación de calle o que vive en condiciones de extrema vulnerabilidad y no cuentan con vínculos familiares de alojamiento; generalmente estos ingresos son solicitados por el servicio social de otras instituciones de salud. Es por este motivo, que a los familiares de pacientes que tienen obra social o tienen algún recurso económico, se les informa que todos los meses deben traer suministros como una bolsa grande de pañales, desodorantes grandes, y otros elementos de limpieza, para colaborar con los pacientes que no pueden hacerlo.

Por otro lado, se les informa que los residentes no deben traer mucha ropa y que además es de uso comunitario, en el caso que quieran que se use la ropa propia, los familiares deben buscarla todos los días para su lavado. Esta última cuestión me resulta importante resaltar, si bien no se recurre a un uniforme, el no uso de la ropa personal, puede implicar a mi entender

la despersonalización del adulto mayor, sumado a la adaptación a un nuevo espacio para vivir. La lógica que se impone en esta metodología, es que según el personal al ser tantos residentes no es una opción práctica separar la ropa por persona, lo hacen por sala.

Con el pasar de dos meses de mi concurrencia, la trabajadora social me propone llevar a cabo la coordinación de un taller de cine junto con la psicóloga de la institución, los días jueves por la mañana. La idea del mismo era poder crear un espacio donde los residentes puedan aprovechar su tiempo de ocio en una actividad que resulte de su interés, establecer un día y un horario, para romper un poco con la rutina institucional. Y además poder crear un vínculo con los mismos. Fue una experiencia muy gratificante. Todos los jueves por la mañana después del desayuno, recorría sala por sala convocando al taller de cine, había días donde la concurrencia no era muy favorable, porque como todos, no siempre tenían ganas, pero la mayoría de los días se prestaban con alegría.

Con respecto al resto del personal de la institución, debo resaltar que la mayor parte del año estuvo la presencia de un conflicto gremial, donde se reclama la falta de personal, lo que hacía que se viva un clima un tanto tenso, principalmente a la hora de las solicitudes de ingresos. Las cuales estaban suspendidas por parte de los trabajadores hasta que no se resuelva dicho conflicto. Lo que pude observar, como en toda institución es que había distintos posicionamientos con respecto al trabajo, llamó mi atención que de algunos se percibía cierto desgano, o como si no quisieran estar ahí, o la queja de algunos sobre lo dificultoso que se hace poder llevar a cabo algunas actividades en los que se necesita colaboración del otro. Por otro lado, tuve la oportunidad de conocer a algunos trabajadores, profesionales y no profesionales, que denotan un amor incondicional a la tarea que realizan, apasionados. Y en cierto modo, más allá de las cuestiones políticas o luchas de poder en el sentido de Bourdieu, que existen en las instituciones y tan necesarias son, me significaron cierto sesgo de esperanza.

Al igual que la vejez, las instituciones geriátricas cargan con una significación negativa para el imaginario social. Resulta emocionalmente impactante los acercamientos a las instituciones geriátricas para las personas. Socialmente se entienden y se perciben como un lugar triste, abandonado, sucio, donde uno llega a esperar el deceso. Es común escuchar que las personas que están en un geriátrico están abandonadas. Por esta cuestión, suceden las

resistencias a “terminar” en un geriátrico, es común escuchar frases como “prefiero morir joven antes que terminar en un geriátrico” principalmente por parte de los jóvenes, pero esta cuestión da cuenta del viejismo que señalaba en capítulos anteriores. El desprecio por la vejez, por las instituciones geriátricas surgen a partir del propio miedo a la vejez.

Un elemento común que surgió en todas las entrevistas realizadas al personal, es el abandono por parte de los familiares a los residentes. Se repite en los discursos el sentido de familia que se crea con los residentes por parte de los empleados. Algunos dicen “nosotros somos su única familia, los vemos todos los días”, “a la mayoría la familia no viene a verlos nunca”, “es difícil no apegarse, y sufrir los decesos, porque uno se encariña”. Estos discursos dan cuenta a mi entender de dos cuestiones principales. La primera tiene que ver con lo dicho en el párrafo anterior, un causal de la ausencia familiar se debe a lo que representa emocionalmente para ellos la institución geriátrica, con el tiempo las visitas se hacen cada vez menos frecuentes hasta que dejan de ir. Porque genera rechazo, genera tristezas, genera culpas. Muchos dicen no puedo ver a mi “mama” así. Pero esta última no tiene que ver en realidad con un abandono por parte de la institución, sino principalmente por la pérdida de la esencia que conocimos de esa persona, que puede ya no estar. La segunda cuestión se trata de lo percibido a partir de las entrevistas y las observaciones. Que los trabajadores den cuenta de los residentes como su familia, o hagan alusión a un vínculo similar al familiar, implica a mi entender un gran compromiso por parte de los mismos, y habla de una institución donde la calidad humana de los trabajadores garantiza que el cuidado de los residentes sobrepase lo profesional, haciendo de este un cuidado excepcional.

En mi recorrido universitario, una vez un docente me señaló, “Para ser buen profesional, hay que ser buena persona” y esa frase quedo resonando en mi hasta hoy. Me inspiró y la reconozco como el tipo de profesional que quiero ser. Es así, que estas frases por parte de los profesionales, me condujeron directamente a ese recuerdo. Es esencial para el cuidado del otro, la comprensión, la escucha activa, desde lo profesional, y desde el amor. Por esto es que considero que el Hospital Geriátrico Provincial de Rosario, cuenta hoy con un cuerpo profesional de calidad.

Para rectificar esto último, retomo las entrevistas realizadas a las pacientes. De la población residente del HGPR, 97 son mujeres, de esas sólo 10 cuentan con capacidades subjetivas de

ser entrevistadas. En este sentido todas las pacientes señalan que con respecto al personal de la institución se sienten a gusto, que las atienden muy bien y que las ayudan a estar mejor. Algunas incluso dan cuenta de un vínculo afectivo, al decir por ejemplo de la entrevistada n° 3 *“Los trabajadores de este lugar me adoran todos, no hay ninguno que no me ayude siempre y me salude con un beso. Son todos buenísimos, y más siendo que no tuve hijos, ellos son en parte mi familia”*.

De acuerdo al análisis de las entrevistas realizadas al personal, hay una cuestión que resulta muy llamativa a mi enfoque, teniendo en cuenta la temática del trabajo que estoy realizando. De todas las personas entrevistadas, ninguna sabía que es la perspectiva de género, y por tanto no supo responder a la pregunta de ¿Qué sucede con la perspectiva de género y el cuidado de las residentes? A mi entender como trabajadores de la salud pública, sugiero como necesaria la capacitación en género del personal, porque la cuestión de género permite poder comprender las trayectorias de vida de las residentes, su calidad de vida y su bienestar, a partir del enfoque de los derechos humanos. La calidad de la atención del adulto mayor en dicha institución es notablemente buena, por lo que la incorporación de dicha perspectiva lo haría aún mejor. El no conocimiento de la misma, no significa que los trabajadores del lugar no sean capaces, lo que significa es que es principalmente una institución parte de un sistema que aún posee gran sesgo machista y patriarcal, a esta cuestión se le suma el hecho de haber sido en sus orígenes una institución fuertemente religiosa, lo que en gran parte limita el desarrollo o la incorporación de enfoques un poco más modernos.

Capítulo IV

Origen Sociocultural e Identidad femenina

De acuerdo a la experiencia llevada a cabo en el Hospital Geriátrico Provincial de Rosario, y de las entrevistas realizadas a las residentes de dicha institución, se puede llevar a cabo un análisis, sobre el origen sociocultural de las mismas, y que es lo que se desprende en sus relatos en lo referido a la identidad femenina. La elección de las entrevistas como herramienta metodológica para recolección de información, posibilita conocer las experiencias vividas por estas mujeres, los contextos en los que se desarrollaron y permiten poder captar el significado que cada una le atribuye a sus vivencias.

El origen sociocultural refiere a las características que posee una sociedad en un determinado momento histórico. Cada sociedad adquiere diferentes normas, instituciones, formas de comportamiento, costumbres, idiosincrasia, diversas formas de arte, lenguaje, costumbres, vestimenta, formas de relacionarse; la organización política y económica también son características que hacen a lo sociocultural de una sociedad.

A partir de lo sociocultural, las personas que viven en esa comunidad, adoptan sus características. La cual moldea las conductas, las formas de pensar, de sentir y de ser.

Existe una correlación entre el origen sociocultural de una persona y su identidad. Ya que esta última va a estar determinada por diversas costumbres y valores culturales y simbólicos de acuerdo al momento histórico y a la sociedad de pertenencia.

Al respecto Lagarde Marcela (1990), Antropóloga, feminista, de México, plantea que la identidad remite al ser y su semejanza, su diferencia, su posesión y su carencia. La identidad de los sujetos se conforma a partir de una primera gran clasificación genérica. Sobre ellos se organizan otros elementos de identidad, como los que derivan de la pertenencia a la clase, al mundo urbano o rural, a una comunidad étnica, lingüística, religiosa o política. La identidad se nutre también de la adscripción a grupos definidos por el ámbito de interés, por el tipo de

actividad, por la edad, por el periodo del ciclo de vida, y por todo lo que agrupa o separa a los sujetos en la afinidad y en la diferencia. Todos factores socioculturales que a la vez hacen a la identidad de una persona.

La identidad de las mujeres es el conjunto de características sociales, corporales y subjetivas que las caracterizan de manera real y simbólica de acuerdo con la vida vivida. La experiencia particular de cada una está determinada por las condiciones de vida que incluyen, además, la perspectiva ideológica a partir de la cual cada mujer tiene conciencia de sí y del mundo, de los límites de su persona y de los límites de su conocimiento y su sabiduría. Todos ellos son hechos a partir de los cuales, y en los cuales las mujeres existen, devienen.

Existen dos posturas acerca de la identidad femenina, la ideología teórica de la naturaleza femenina, supone un conjunto de atributos sexuales de las mujeres, que van desde el cuerpo hasta las formas de comportamiento, actitudes, capacidades intelectuales y físicas, su lugar en las relaciones económicas y sociales, así como la opresión que las somete. La ideología patriarcal afirma que el origen y la dialéctica de la condición de la mujer escapan a la historia y, para la mitad de la humanidad, corresponden a determinaciones biológicas, congénitas, verdaderas e inmutables. Sin embargo, Lagarde señala que la condición genérica es histórica, en tanto que es diferente a lo natural, por tanto, es opuesta a la ideología de la naturaleza femenina.

La situación vital de las mujeres, es el conjunto de características que tienen a partir de su condición genérica, en circunstancias históricas específicas. A cada mujer la constituye la formación social en la que nace, vive y muere, las relaciones de producción y reproducción, la clase, el tipo de trabajo o de actividad vital, el grupo de edad, la sexualidad procreadora y la erótica, las costumbres, las tradiciones, el acceso a los bienes materiales y simbólicos, la lengua, la religión, etc.

La feminidad, es una distinción cultural históricamente determinada. Esta otorga las características a una mujer a partir de su condición genérica, se la define en oposición a la masculinidad del hombre. Las características de la feminidad son asignadas por el patriarcado como atributos naturales, eternos y ahistoricos. Contrasta la afirmación de lo natural con que cada minuto de sus vidas las mujeres deben realizar actividades, tener comportamientos,

actitudes, sentimientos, creencias, formas de pensamientos, relaciones específicas en las que deben demostrar que en verdad son mujeres. De esta manera, según la autora, ninguna mujer puede cumplir con los atributos de ser mujer. “La sobre carga de deber-ser, genera conflictos y dificultades con la propia identidad femenina, se producen contradicciones por la falta de correspondencia entre la identidad asignada (cuerpo asignado, sexualidad asignada, trabajo asignado) y la identidad vivida (el cuerpo vivido, la sexualidad vivida y el trabajo vivido). La identidad y los hechos vividos por las mujeres son constantemente evaluados y contrastados con lo que en su círculo cultural se considera femenino o masculino. Todas aquellas que eligen vivir fuera de los hitos construidos sobre la femineidad y encuentran nuevas formas de vida, son evaluadas con estereotipos estigmatizantes, como malas mujeres, locas, fallidas, etc.” (Lagarde, 1990:3) La complejidad de tensión entre lo asignado y lo vivido, genera que las mujeres vivan estas situaciones como producto de su incapacidad para ser mujeres, como una pérdida.

En lo que respecta al origen sociocultural, las mujeres a las que he entrevistado son todas mayores de 65 años, argentinas. No todas ellas son oriundas de nuestra provincia, cuestión que resulta importante destacar teniendo en cuenta que los años en los que ellas eran niñas o jóvenes la migración interna era un factor que hacía a la posibilidad de supervivencia de las familias. Siendo de nuestra provincia o no, la mayoría pertenecen a grupos familiares de clase social baja, donde los recursos económicos eran escasos al igual que los recursos cognitivos.

Nacieron y se desarrollaron en una sociedad, donde la cultura patriarcal estaba profundamente arraigada. Las familias estaban atravesadas directamente por este tipo de organización. De esta manera fueron forjando su identidad, entendiendo e incorporando qué es lo que les correspondía por ser mujeres y qué no. Qué roles debían cumplir y de qué manera debían hacerlo.

El resultado más importante que se desprende de las entrevistas a estas mujeres, en lo que respecta a la identidad femenina y al origen sociocultural, es la mujer como cuidadora y ama de casa. Es el factor principal que hacía a la mujer, a su deber ser. La mayoría de ellas dedicaron su vida a las tareas de cuidado, hacia sus padres, hacia sus maridos y sus hijos. Si en algún momento tuvieron una profesión, o un trabajo asalariado, por mandato cultural debieron renunciar a ellos para dedicarse a lo que debían hacer las mujeres, por ser mujeres.

Cuidar, ocuparse del otro. Aun así, la mayoría de ellas no vivía esta pauta cultural como una imposición y un pesar, era lo que una mujer debía hacer. Estaba internalizado, incorporado en lo que creían como correcto. Sin embargo, algunas de ellas señalan que no haber podido continuar con sus deseos profesionales, o laborales significó una pérdida. Por ejemplo, la entrevistada 2 dice: “Él me decía que la mujer tenía que estar con los hijos. Yo creía que no me iba a arrepentir, él quería que yo cuide los chicos. ¡y después me arrepentí sabes cuánto!

La entrevistada 1 relata al respecto: “mi trabajo era cuidar a mi esposo. Había que cuidarlo a él en todo sentido, **me dediqué a él. Pero** felizmente casada”. Si bien el discurso de la entrevistada no da cuenta de algún factor de descontento, da lugar al análisis de las significaciones. Esta mujer, pese a haber tenido su trabajo, pese a poseer también diferentes patologías de salud, como diabetes, neuropatía, haber estado en coma a causa de un accidente cerebro vascular, dedico **su vida** a cuidar a su esposo.

Otra cuestión muy importante a la identidad femenina, es la procreación de los hijos. Ese hito cultural que sanciona que únicamente teniendo hijos se realizan como mujeres. Tener un hijo te daba diploma de mujer. Siete de las diez mujeres entrevistadas, tienen hijos. Ninguna de ellas hizo alusión a esta cuestión como algo trascendental, pues tener hijos es lo normal. Destaco este factor, debido a lo mencionado por informante clave sobre una de las residentes. “la sexta entrevistada ha padecido problemas de cadera durante muchos años, incluso desde su juventud. Era parte de una familia con escasos recursos cognitivos, y fuertemente opresiva, al respecto **ejercían maltratos hacia la entrevistada por no poder procrear por sus problemas de cadera, “la maltrataban como mujer por no poder procrear”** señala informante clave. La entrevistada jamás tuvo una pareja, fue docente de inglés. Hoy en día no posee familia. Es jubilada. De esta manera queda reflejado de qué manera la organización sociocultural, establece los parámetros de la normalidad y del deber ser, incorporándose tan profundamente en las costumbres de la sociedad que cualquier factor que escape a esos parámetros, es considerado como anormal. En el caso de las mujeres este deber ser ligado a la maternidad, como decía anteriormente Lagarde, genera conflictos internos complejos y dolorosos, ya que las mujeres al tener también incorporados estos mandatos, consideran estas dificultades como producto de su incapacidad personal para ser mujeres.

Relaciones Familiares

Las relaciones familiares en la vejez suelen conformarse en un tanto conflictivas o contradictorias. Para la realización de este punto, tomare como referencia lo que se desprende de las entrevistas a las residentes del HGPR y las realizadas a los trabajadores de dicha institución.

Me propongo retomar a la autora Ángela María Quintero Velázquez, colombiana, para el análisis de lo que sucede con los viejos y las relaciones familiares. Al respecto, la autora señala que entre las personas ancianas es acentuada la pérdida de consideración en la familia, por lo general están marginados de la producción y dependen para su subsistencia de los otros miembros, y esto los coloca en relaciones de reciprocidad desfavorables.

La vida familiar en la vejez conlleva a una contradicción necesaria, por un lado, los viejos siguen siendo figuras convencionales de la ideología que da coherencia al sistema cultural, ya que asumen emociones, actitudes y creencias profundamente enraizadas en la familia, pero por otra parte son subvalorados porque representan una carga económica al mismo tiempo que su salud demanda cuidados excesivos.

“las tendencias generales propias del envejecimiento y la vida familiar en la vejez a nivel individual son procesos de matices variados que dependen de la clase social a la que se pertenece y son relativos según se pueda seguir persiguiendo fines que den sentido a la vida: dedicación a individuos, colectividades, causas, etc. En la familia patriarcal y extensa de antes, los viejos desempeñaban roles separados y concretos que les permitía permanecer activos y útiles dentro de la estructura familiar. Las modernas organizaciones familiares marginan al viejo”. (Velazquez, 1998: 32)

Es así, como queda plasmado de qué manera se llevan a cabo los vínculos familiares con los viejos hoy. Como he señalado en capítulos anteriores, la organización política y económica de nuestra sociedad no presenta las bases necesarias para el desarrollo de la vejez en sus núcleos familiares. Sucede que muchas veces las familias deben tener al menos dos trabajos para solventar gastos, y la población vieja representa una demanda de cuidado que no se

puede llevar a cabo por medio de las familias. Es así, que muchas veces la opción más viable para la resolución de estos problemas es la institucionalización del adulto mayor.

La población residente del Hospital Geriátrico Provincial de Rosario, en su mayoría no posee vínculos familiares. A palabras de los trabajadores de dicha institución la visita de los mismos no se da con regularidad. Señala la segunda entrevistada del personal: “Yo creo que tienen todo acá, y un poco de todo, no solo la atención de enfermería **sino es una familia**, nosotros **somos las únicas personas que ellos ven**. Hay familiares, ahora se ve un poco más, pero igual es un poca la presencia, tenemos que estar llamando para que vengan. Muy poquitos son los que vienen con regularidad. Yo creo que la atención es buenísima tienen todo, lo demás no lo podemos suplantar, pero en cuanto a la atención tienen todo”.

Desde la institución se trabaja en pos de fortalecer los vínculos con los familiares. En capítulos anteriores señale que una de las características de la institución es que posee un amplio horario de visitas, que justamente fue pensado para facilitar el acceso de los familiares en horarios flexibles. Ya que se entiende que nuestro modelo económico y social no nos permite como en épocas pasadas, trabajar para subsistir y llevar a cabo tareas de cuidado. Aun así, pese a los intentos institucionales de fortalecer estos vínculos, se sigue perpetuando la ausencia de los familiares.

Esta problemática, lleva a cuestionarnos sobre que representa la institucionalización del viejo en nuestra sociedad y cuáles son los motivos para el “abandono” de los mismos. Podríamos plantearla en relación con el fenómeno del “**viejismo**” que plantea Robert Butler. Recordemos que el autor señalaba que en este fenómeno subyace el miedo a envejecer y por lo tanto el deseo de alejarnos de la gente vieja que pueden constituir un posible retrato de nosotros mismos en el futuro. Este puede suceder de manera consciente o no. Es decir, podríamos de cierto modo, encontrar en este fenómeno una de las causas a esta problemática. Pero en lo que respecta a las relaciones humanas, y familiares, al ser altamente complejas podríamos describir un sinnúmero de motivos, desde lo que pueda haber sido ese viejo en particular durante su vida con su familia, hasta cuestiones meramente económicas. ¿Puede ser el miedo que nos subyace inconscientemente a envejecer lo que conduce a los familiares a no frecuentar una institución geriátrica? Sí, pero a la vez puede haber otros motivos que no podría abarcar en su totalidad en esta tesina.

Por otro lado, profundizando en las residentes que fueron entrevistadas, sus vínculos familiares no escapan a la característica de la totalidad de los residentes y sus familias. Pero podemos dar cuenta con un poco más detalle cómo se llevan a cabo estos vínculos.

Entrevistada	Categoría: relaciones familiares
Entrevistada 1	es viuda, no tiene hijos. Sus familiares son sus sobrinos que decidieron su institucionalización y la visitan con regularidad.
Entrevistada 2	Es separada, víctima de violencia de genero. Posee vinculo fuerte con sus tres hijos y nietos quienes la visitan regularmente.
Entrevistada 3	“Los trabajadores de este lugar me adoran todos, no hay ninguno que no me ayude siempre y me salude con un beso. Son todos buenísimos, y más siendo que no tuve hijos, ellos son en parte mi familia”
Entrevistada 4	“Yo acá no tengo familia, somos de acá, pero mis hermanos se fueron a vivir a otro lado. Soy soltera y no tengo hijos. Y tampoco tenía novio. Me hubiese gustado casarme, pero no se me dio”
Entrevistada 5	“Tengo una hija del corazón y de mi matrimonio un varón.” No recibe visitas con regularidad.
Entrevistada 6	“Yo hace 25 años que estoy sola, mis padres y mi hermano fueron muriendo por edad, mi papa el mayor murió primero, después mi mama y por ultimo mi hermano. Tuve que atender a los tres.”
Entrevistada 7	Según infórmate clave: es ludópata, a causa de su adicción endeudo y embargo a toda la familia, su esposo se suicidó y luego lo hizo uno de sus hijos. El hijo que tiene, intenta hacerse cargo de ella, pero señalan informantes claves que no posee

	<p>dinero por ejemplo para comprarle medicación, por el embargo que están intentando resolver.</p> <p>Posee vínculo con este último hijo, pero no se ven con frecuencia.</p>
Entrevistada 8	“Mi familia éramos mi marido y yo, no tuvimos hijos”
Entrevistada 9	Es separada, tiene 4 hijos. Dos de ellos, ambas mujeres son las que se ocupan de visitarla de vez en cuando.
Entrevistada 10	“Estoy muy sola últimamente, yo tengo dos hijas, pero una vive en Villa Cañas y allá no hay un lugar como este para que yo este. Acá nosotras estamos limpias, bañadas, cuidadas. Yo estoy muy agradecida a dios que me trajo acá. Soy soltera”

Las entrevistas realizadas a las residentes permiten ejemplificar, cómo es que se dan las relaciones familiares de las que dan cuenta los trabajadores del lugar al referirse que no reciben visitas, y que ellos son como su familia. Podemos ver a través de este cuadro que, de las diez entrevistadas, siete de ellas no poseen vínculos familiares o no reciben visitas de los mismos. De todas maneras, la frecuencia con las que ven a sus familiares es baja.

La trabajadora social de la institución, señala la gestión como incumbencia específica de su profesión en dicha institución, y también las relaciones con los familiares, plantea que esta última es imprescindible. Trabajar para reforzar el lazo, por amor y por deber. Mediar en la relación paciente-familiar. De esta manera, estamos frente a una institución que comprende la problemática y la complejidad que significa, donde sus trabajadores emprendieron un camino que intenta acercar y fortalecer estos vínculos, por el bienestar de los residentes. De todas maneras, considero que estos intentos no son suficientes, pero no por falencias institucionales, sino porque implican cuestiones sociales y culturales complejas que escapan al alcance de la institución por sí misma. La pregunta entonces que me surge es ¿De qué manera, los trabajadores sociales, trabajadores por los derechos humanos y la justicia social, enmarcados en instituciones geriátricas o no, podemos abordar dicha problemática?

Podemos trabajar con los familiares, podemos insistir en el vínculo con los residentes, podemos promover cambios institucionales que favorezcan el acercamiento de los mismos. Pero debemos comprender también, que las relaciones familiares son complejas y en el caso de no poder facilitar este acercamiento por motivos ajenos a nosotros, debemos tratar de contener, acompañar y brindar bienestar a los residentes desde otro lugar y en otros aspectos, según lo requiera cada residente en su particularidad.

Conclusiones

Hallazgos del proceso

Nuestra sociedad está siendo parte del envejecimiento poblacional que se está dando como fenómeno en todo el mundo. Distintas especialidades se están dedicando al estudio de la problemática, para llevar a cabo un plan de abordaje del mismo, ya que este fenómeno conlleva consecuentemente problemáticas que requieren de la intervención para garantizar el bienestar de la población.

Este fenómeno es consecuencia de las transformaciones culturales, sociales, políticas y económicas que incidieron en la disminución de las tasas de natalidad y fecundidad, a la vez que se ha logrado el aumento de la expectativa de vida, por los avances científicos y tecnológicos. Como tal, posee implicancias en toda la estructura social y por tanto es preciso que sea abordado de manera integral. Es decir, la principal preocupación que vemos reflejada es sobre la repercusión económica que tiene este fenómeno, ya que implica cambios en la distribución de los ingresos, en el crecimiento de la economía, en el consumo, el ahorro, en los mercados de trabajo, en los sistemas de jubilaciones y pensiones, etc. Pero no basta con ese único abordaje para garantizar el bienestar. Es un fenómeno que sin dudas debe ser abordado social, cultural y económicamente. Y a esto se le suma un hallazgo que complejiza la cuestión significativamente: según datos recopilados este envejecimiento poblacional tiene mayor número de mujeres que hombres. **La vejez tiene ojos de mujer.**

Como señalamos en los capítulos anteriores, resulta que nuestra sociedad se estructura alrededor del capitalismo y el patriarcado, determinando de esta manera la desigualdad entre hombres y mujeres, favoreciendo en todos los aspectos a los primeros. El Hospital Geriátrico Provincial de Rosario, como la mayor parte de las instituciones es reflejo de la sociedad de la que es parte, por tanto, se estructura de igual manera.

La investigación llevada a cabo en el HGPR, me permite dar cuenta principalmente, que los hallazgos teóricos son consecuentes con la empiria. Son más las residentes mujeres que los

hombres. Existe una feminización de la vejez. De esta manera, a la hora de la elaboración de las entrevistas decidí investigar sobre la perspectiva de género en la institución.

De las entrevistas a las residentes se desprende que todas ellas han sido víctimas de lo que entendemos como desigualdad de género. Como mujeres debieron dedicarse a las tareas de cuidado como mandato cultural, por tanto, no han podido acceder a estudios académicos, tampoco a trabajos asalariados, y si los tuvieron, debieron dejarlos para dedicarse a lo que les correspondía socioculturalmente por ser mujeres, tareas domésticas y de cuidado. También han padecido la violencia machista por parte de sus maridos y por parte de la sociedad en general.

¿Pero qué sucede que los trabajadores de la institución? La última pregunta que realice en las entrevistas al personal es: ¿Cómo crees que impactaría la incorporación del enfoque de género en la atención y cuidado de los residentes? A continuación, doy cuenta de lo hallado a través del siguiente cuadro:

Entrevistados	Categoría: perspectiva de género
Entrevistado 1	<p>“no sé qué decirte al respecto. Porque a mí me parece que no hay una diferencia, que no tendría que haber una diferencia en cuanto, respecto al género por quien te atiende. Todos debemos atender de la misma manera al paciente. Con amor, con cariño y con compromiso. No sé, me parece que no tendría que implicar una diferencia. No sé si es lo que me preguntaste.</p> <p>-En realidad, una perspectiva de género, en el sentido de tener en cuenta, en el momento de la atención, lo que implica para las pacientes ser mujeres y la desigualdad que puede haber vivido durante su vida, si en el momento de la atención hoy, en su ancianidad se puede llegar a tener en cuenta...</p> <p>Es un campo muy verde, y tampoco yo me implico en eso. Porque yo ni siquiera estoy con ellos, no estoy en la convivencia... igual uno puede estar más sensible si lo paso mal, y en el cotidiano al tener que lavar 18 abuelos, no te puede tratar diferente, te trata igual. Y también está el abuelo que te trata mal, me parece que es cuestión de personalidades y la personalidad te la forma lo que vos pasaste. No sé si son las respuestas que esperabas”.</p>

<p>Entrevistado 2</p>	<p>¿En cuanto a qué?</p> <p>-Si se tiene en cuenta las desigualdades que han vivido las mujeres históricamente, y si eso se tienen en cuenta a la hora de tratar a las pacientes.</p> <p>-No, yo creo que no, yo creo que igual son otra generación ellas, son grandes y no vivieron tanto eso. No sé ahora si habrá una más joven, yo estuve hace unos años en sala de mujeres. Pero yo creo que no, no. No lo viven tan como nosotras ahora, es un tema muy actual, estuvieron en otra en su generación.</p> <p>- ¿Y el personal puede detectar o ser consciente a la hora de tratar con ellas sobre este tema?</p> <p>-Yo creo que el personal sí, pero ellas no.</p>
<p>Entrevistado 3</p>	<p>¿con respecto de cómo trabaja la mujer o el hombre?</p> <p>-No, si a la hora de atender a las pacientes se tienen en cuenta la desigualdad de género y la vulnerabilidad por ser mujeres, y viejas.</p> <p>-Por supuesto, yo creo que sí. El paciente viene y es como que empezamos de cero, no tiene pasado. No es lo mismo un familiar, como acá no lo conocemos empezamos de cero formando una nueva persona.</p>
<p>Entrevistado 4</p>	<p>Eh bueno hasta ahora, no nos ha tocado tener un paciente trans.</p> <p>-Me refiero al cuidado de las pacientes, en lo que implica ser mujer y ser vieja.</p> <p>Pensé que me hablabas de los pacientes trans, que igualmente en algún momento van a llegar. No, yo creo que hay mucho respeto. Si bien sé que ha habido algunos hechos de violencia, no hay en este momento. Mira, en lo que más veo la violencia verbalmente es con los pacientes psiquiátricos, tanto hombres como mujeres. Si bien como mujer siento que hay mucho machismo instalado en el ámbito de la salud. Si vos tenés un hombre y una mujer para el mismo cargo es más probable que llegue el hombre a pesar que no tenga las condiciones que si tiene la mujer. Lamentablemente tenemos que convivir con eso. No somos escuchadas de la misma</p>

	<p>manera que los varones, estamos haciendo mucho por cambiar, pero todavía falta. En cuanto al trato no veo que pase.</p>
<p>Entrevistado 5</p>	<p>No ha sido planteado y explicitado esta cuestión. Por inercia se ha mantenido en la estructura y organización de lo que se llama recursos físicos y edilicia ha habido una marca muy clara que existe pero que ya se han borrado algunos límites en las cuestiones de varones y mujeres. Yo mismo tengo vinculado a mi edad y a la construcción de mi subjetividad que toda esta cuestión que hoy se plantea, tal vez los que son muy reaccionarios a abordar estas cuestiones y los que fanáticamente se enarbolan banderas de la diversidad, de la teoría queer, yo tengo mi lío en la cabeza sobre esto. No tengo una clara posición sobre esto, escucho y trato de pensar un poco y superar ciertos atavismos que tengo incorporado como todos los de mi edad. Pero acá veo que como cuestión no está planteado, si en la práctica se va dando, esta permeabilidad en los espacios entre hombres y mujeres. Sin entrar en este cuestionamiento de si es correcto denominar mujeres o varones, o que es lo que hace que sean mujeres y varones. La cuestión de género desde lo ideológico hasta lo genético es muy compleja. No se puede discutir en un café como veo que se hace, es muy liviana esa discusión. Sobre todo, para los que todavía no sabemos cómo componer la cabeza.</p> <p>- Algunas autoras plantean desde la perspectiva de género, que las mujeres ancianas son doblemente vulnerables, por ser mujeres y por ser viejas. ¿Usted cree que la incorporación de esta perspectiva puede hacer a la modernización de la institución que usted antes me planteaba?</p> <p>- Sí, yo creo que sí. El fraseo que usted trae, que las mujeres son doblemente vulnerables se me ocurre pensarlo desde el ser y el estar. ¿Están doblemente vulnerables o son doblemente vulnerables? Para pensar que se quiere decir con esto. La parte de la vulnerabilidad o un aspecto de la vulnerabilidad es la misma, en el caso de estas instituciones geriátricas, son mujeres que han atravesado una vida social, política y económica signada por un tipo de organización, que defendieron e incorporaron y la reprodujeron en sus hijos. De nuevo insisto ¿son o están? De nuevo, yo no lo tengo claro.</p>

Si bien poder dar cuenta de la feminización de la vejez es un hallazgo significativo, en la investigación de esta temática nos encontramos con una problemática aún más compleja y que como lo demás es reflejo de nuestra sociedad. Los trabajadores de dicha institución, no poseen conocimientos sobre lo que es la perspectiva de género, como se refleja en los indicadores de la entrevista. Aun así, resulta completamente significativo que como trabajadores de lo público no estén inmersos en lo que respecta a la problemática de género, y lo que implica el conocer y saber sobre lo que es dicha perspectiva.

Si bien comprendemos que la incorporación de dicha perspectiva está en proceso de problematización y formación para el empleo público, consideramos que debemos trabajar para profundizar el conocimiento de la misma como herramienta de trabajo y de abordaje de las problemáticas que subyacen en las instituciones. El conocimiento en materia de género, no sólo constituye un factor imprescindible para el acompañamiento, tratamiento y contención de los residentes, sino que implica también un conocimiento que sirve como herramienta para la libertad.

Aportes del Trabajo Social

A partir de lo aprendido y aprehendido en los años de formación profesional en nuestra institución, la que elegimos como hogar y familia durante cinco años. Sumado a la experiencia de los tres años de prácticas pre profesionales, donde tuve la suerte de tener una tutora de prácticas excepcional, e iguales las compañeras, donde no sólo se trataba de aprender lo específico a la profesión, donde la pregunta ¿Qué hace un trabajador social y que no? era importante en nuestros comienzos, pero fuimos aprendiendo que no era lo único. Que el trabajo social se trata de mucho más, que los horizontes de la profesión lo demarca uno, el campo, el trabajo con el otro.

Estas experiencias sumadas a la investigación realizada en el campo de la vejez, nos habilitan a plantear en estas conclusiones, que, si bien este campo está siendo más abordado e investigado en los últimos años, aún queda mucho por hacer y aportar.

El poder trabajar con la vejez, depende de nuestra capacidad para imaginarnos a nosotros mismos en esos roles sociales, ¿qué viejos queremos llegar a ser? No sólo como profesionales, sino como partes de esta sociedad.

Lo que podemos aportar a esta problemática como profesionales, es entender que los viejos no sólo son sujetos de derechos desde la perspectiva de ciudadanía meramente formal, sino que deben tener la capacidad de hacer, de construir su propia vida cotidiana. Lo que deberíamos hacer es acudir a la escucha atenta. Desde varias instituciones geriátricas y por parte de las familias, se toman decisiones en pos del bienestar del viejo sin tener en consideración qué es lo que ese sujeto necesita, qué es lo que quiere.

Debemos incorporar que el proceso de envejecimiento es un proceso particular y complejo, que comprende una multiplicidad de factores (biológicos, psicológicos y sociales) cada uno envejece de una manera particular, por tanto, deberíamos construir a partir de la escucha atenta, la trayectoria de vida del sujeto con el que intervenimos. En el momento en que empezamos a nombrar al viejo por lo que es, sin prejuicios, un viejo. En el momento en que indagamos sobre su trayectoria de vida, y en vez de ser un expediente o un caso con determinadas patologías, comenzamos a llamarlo por su nombre. Si dejamos, como profesionales, de considerar al viejo como incapaz, es cuando vamos a dejar de configurarlos como dependientes de nuestras decisiones. Y ellos se convierten en sujetos con plena autonomía sobre sus vidas y sus derechos.

Debemos seguir cuestionándonos, y cuestionando todo lo referido con nuestras prácticas e intervenciones. No considerar el saber que poseemos, como absoluto. Resulta obvio escribir esta aclaración, pero son varios los profesionales en trabajo social que caen en esa dinámica. Por otro lado, debemos cuestionar también, el uso de la vejez como mercancía. Sabemos que son muchas las instituciones geriátricas, principalmente privadas que buscan únicamente lucrar con la vejez. La mayor parte de los profesionales en trabajo social, le escapan a este campo, puede ser por el propio viejismo incluso. Pero considero que incorporarnos en esos espacios, de manera crítica y en pos de los derechos humanos de los viejos es una forma de saldar esa gran deuda que tenemos como sociedad con ese grupo etario que conforman los viejos.

Y principalmente, trabajar en el aporte a la capacitación en la perspectiva de género, en los ámbitos en los que trabajemos. Es necesario que cada institución geriátrica, pública o privada tenga conocimientos sobre dicha perspectiva. Hablar de perspectiva de género, es hablar de derechos humanos.

Bibliografía

- ARBER, Sara; GINN, Jay, 1996, *Relacion entre género y envejecimiento. Enfoque sociologico*. Madrid: Narcea .
- BERNAT, Catalina; FERRERO, Tamara, LEGUIZAMON FLORES, Delfina, 2010, *Trabajo Social y Pueblos Originarios- Elementos teoricos para la intervención Profesional*. La Plata: UNLP
- BLANCO, Joaquín, 29 del 11 de 2018. *Sin mordaza* . Obtenido de:
<https://sinmordaza.com/noticia/577643-santa-fe-ya-tiene-una-ley-que-protege-a-las-personas-mayores.html>
- CASTORIADIS, Cornelius, 1986, *El campo de lo social historico*. Barcelona: Estudios.
- CECCHINI, Simone; FILGUEIRA, Fernando; MARTINEZ, Rodrigo; ROSSEL, Cecilia, 2015, *Instrumentos de proteccion social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización*. Buenos Aires: CEPAL.
- DAZA RODRIGUEZ, Karen Dayana, 2011, *Vejez y Envejecimiento*. Colombia: Universidad Nacional de Rosario.
- DE LA SERNA DE PEDRO, INMACULADA, 2003, *La vejez Desconocida. Una mirada desde la biologia a la Cultura*. Madrid: Diaz de Santos.
- DIRECCIÓN NACIONAL DE POLITICAS PARA ADULTOS MAYORES, SECRETARÍA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA, 2013. *Plan nacional de las personas mayores 2012-2016*. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social.
- GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, 23 del 10 de 2019, *Desarrollo Social. Santa fe*. Obtenido de Santa fe:
[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/118583/\(subtema\)/93751](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/118583/(subtema)/93751)
- GARCÍA ALVARADO, Alejandra María, 2013, *Analisis del concepto de envejecimiento*. Colombia: GeroKomos.
- GUERRINI, María Eugenia, 2012, *La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social*. Buenos Aires : Revista Margen.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS, 2012, *Encuesta Nacional sobre calidad de vida de Adultos Mayores*. Buenos Aires: ENCaVIAM.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS, 2012, *Encuesta Nacional sobre calidad de vida de adultos mayores* . Buenos Aires: ENCaVIAM.

- JORGE, Paola; DANIEL, Paula; MANES, Romina, 2012, *Reflexiones en torno al Trabajo Social en el campo gerontológico. Transitos, miradas e interrogantes*. Buenos Aires: Ebook.
- LAGARDE, Marcela, 1990, *Identidad femenina*. Mexico: Ilustrada.
- LANDRIEL, Eduardo, 2012, *Adultos mayores y familia: algunos aspectos de la intervencion del Trabajo Social*. Santiago del Estero: Universidad Nacional de Santiago del Estero.
- LUDI, María del Carmen, 2011, *Acerca de los modos de nombrar la vejez y a los sujetos portadores de la misma*. Parana, Entre Rios: UNER.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE 2013. *Red de atencion en salud integral y universal*. Santa fe. Obtenido de:
<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114560>
- MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, 2013, *Salud Publica. Conceptos Básicos y Generales*. Santa Fe: Gobierno de la Provincia de Santa Fe.
- MINOIS, Georges, 1987, *Historia de la vejez. De la Antigüedad al Renacimiento*. Francia: Nerea.
- QUINTERO VELASQUEZ, Ángela María, 1998, *Familia y Vejez*. Colombia: Revista UPR
- REYES GÓMEZ, Laureano, 2019. *Investigación de la vejez en pueblos indígenas de México*. Chiapas, Mexico: Científica 8.
- RUIZ, Marisa Viviana; SCIPIONI, Ana María; LENTINI, Daniel Fernando, 2010, *Vejez e Imaginario social*. Buenos Aires: Eudeba.
- SCOLICH, Veronica, 2005, *Pensar la vejez*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.
- SORIA, Flavia Nerina, 2012, *La significacion que le otorgan a la institucionalizacion de adultos mayores las familias y cuidadores formales del hogar Santa Maria*. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo.

Anexo

Entrevistas al personal:

- a- ¿Hace cuánto tiempo que trabajas en el hospital geriátrico provincial de rosario?
- b- ¿en que se basa tu trabajo tanto para la institución como para los residentes?
- c- Sobre la reforma edilicia en 2014 que implicó el paso de los pabellones a las habitaciones privadas, ¿Qué significó según tu criterio, dicho cambio para la institución? ¿Cuál fue el impacto que tuvo para los residentes?
- d- A grandes rasgos ¿cómo consideras que es la atención hacia los residentes?
- e- ¿Qué cambios consideras necesarios?
- f- ¿Cómo piensas que impactaría la incorporación del enfoque de género en la atención y cuidado de los residentes?

ENTREVISTADO 1: oficina de personal.

- a- 29 años, era una niña cuando entre a trabajar. Con muchas ganas de hacer muchas cosas y con muchas expectativas. Estaba llena de ganas. Ya no tengo las ganas que tenía antes, por la burocracia, el sistema tan burocrático, que es como que te frena. Hace por ej., la oficina de personal es una oficina muy difícil donde generalmente hay problemas que intento solucionar de la mejor manera, yo tengo un carácter muy especial aparte, y el otro estaba pensando: ¿Qué puedo hacer para cambiar un poco las cosas, para llevarme mejor con mis compañeros? Que tengamos entre nosotros otro trato, no solo que uno por ahí contesta más o menos, sino es también la costumbre que tenemos de tratarnos.
Y el 6 de diciembre va a ser el día del empleado público, y yo lo que tenía ganas es de programar algo, armar algo, aunque sea darles un presente a cada uno, y yo sola no lo voy a poder hacer. Voy a necesitar que me den permiso y después algo de dinero y ahí ya se me fueron las ganas... me van a decir plata para eso
La burocracia te frena, te desgana mucho. Te satura.
- b- Mi trabajo se basa en controlar que hagan las cosas bien, que el personal venga a trabajar, que cumpla con los requisitos mínimos, no solo en horarios, sino que si te toman un parte médico que traigan los certificados, controlar que mis compañeros traigan las cosas. Controlar, lo peor. Controlar al otro... cuando cada uno debería saber lo que hace, entonces ahí surge el conflicto porque nadie quiere reconocer frente al otro lo que hizo mal y culpa al de al lado.
- c- Creo que crecimos muchísimo porque pasamos de ser un asilo a ser un hospital, que es muchísimo. Tenemos hasta consultorio externo, una sala de rayos. No es poca cosa. Implica crecimiento, nos relacionamos con el exterior. Lo que pasa es que a mí me cuesta más pensar en todo eso porque está más relacionado al paciente y yo estoy más relacionada con el personal, son dos ámbitos totalmente diferentes. Estuve una vez en servicio social, y fueron cambiando las cosas. Yo me doy cuenta que como personal fueron cambiando mucho las cosas, crecimos mucho. Para los residentes

cambio para bien, que los pacientes tengan varias especialidades y más personal a su alrededor es muy beneficioso.

- d- Me parece buena, o muy buena. Qué se yo, nosotros convivimos con ellos, es estar como en casa. Yo a veces salgo de mi oficina y como estoy colorada algunos abuelos me dicen en chiste que se me va a prender fuego la cabeza. Tratamos de convivir y hasta discutiendo con el abuelo, lo podés retar a la mañana porque está fumando muy temprano. Convivimos como en casa.
- e- Nunca lo pensé, el compromiso de parte de cada uno, eso. Hacer lo que Tenés que hacer y comprometerte.
- f- ¿Vos me decís perspectiva de género de parte del paciente o del recurso humano que lo atiende?

- del recurso humano que lo atiende.

No sé, yo creo que no. Hay no sé qué decirte al respecto. Porque a mí me parece que no hay una diferencia, que no tendría que haber una diferencia en cuanto, respecto al género por quien te atiende. Todos debemos atender de la misma manera al paciente. Con amor, con cariño y con compromiso. No sé, me parece que no tendría que implicar una diferencia. No sé si es lo que me preguntaste.

-En realidad, una perspectiva de género, en el sentido de tener en cuenta, en el momento de la atención, lo que implica para las pacientes ser mujeres y la desigualdad que puede haber vivido durante su vida, si en el momento de la atención hoy, en su ancianidad se puede llegar a tener en cuenta...

Es un campo muy verde, y tampoco yo me implico en eso. Porque yo ni siquiera estoy con ellos, no estoy en la convivencia... igual uno puede estar más sensible si lo paso mal, y en el cotidiano al tener que lavar 18 abuelos, no te puede tratar diferente, te trata igual. Y también está el abuelo que te trata mal, me parece que es cuestión de personalidades y la personalidad te la forma lo que vos pasaste. No sé si son las respuestas que esperabas.

ENTREVISTADA 2 enfermería.

- a- Once años hace que estoy acá
- b- Ahora estoy coordinando la sala, diagramación de tareas, es el día a día acá, vamos viendo. En este momento nos falta personal, nos faltan las tareas livianas que son las chicas que hacen lo que es medicación y lo que no tiene que ver con el paciente en sí. Entonces estoy en lugar de ellas, cuando falta gente estoy en la sala. Un poco de todo. Horarios del personal, el pase del día a día, de quienes faltan, se pasa todo a personal. Todo lo que es tareas de paciente y de personal.
- c- Yo no lo viví, cuando yo entre esta sala era pabellón, pero ya la estaban haciendo sala. Yo estoy acostumbrada a trabajar en la habitación, habré trabajado una vez en lo que es pabellón, nada más. Para mí es un orden, el pabellón es una antigüedad digamos, es más ordenado, así podemos sectorizar los pacientes, por ej. Tenemos los que tienen HIV juntos, los respiratorios los podemos agrupar. Ahora tenemos sagrado corazón que son los dependientes cien por cien, y del otro lo más independientes. Es como que ayuda a definir más, clasificarlos, agruparlos. En ellos, no sé. Ellos muchos

no opinan, le da lo mismo, a algunos si le gusta más la habitación. Debe ser una privacidad que el pabellón no tenía. Ahora cambio mucho el tipo de pacientes que tenemos, antes eran todos ancianos, ahora tenemos pacientes de 42 años, algunos más jóvenes que nosotras. Y para ellos si no debe ser lo mismo tener un pabellón con todos ancianos, en la habitación tiene su televisor, prácticamente para él solo, eso en el pabellón no existía. Es más personalizado.

- d- Yo creo que tienen todo acá, y un poco de todo, no solo la atención de enfermería sino es una familia, nosotros somos las únicas personas que ellos ven, hay familiares, ahora se ve un poco más, pero igual es un poca la presencia, tenemos que estar llamando para que vengan. Muy poquitos son los que vienen con regularidad. Yo creo que la atención es buenísima tienen todo, lo demás no lo podemos suplantar, pero en cuanto a la atención tienen todo
- e- Yo creo que en cuanto a instalaciones necesita modernizarse un poco más, no tenemos paneles de oxígeno, en las paredes, para no andar con el carro que pesa mil kilos, teniendo que llevarlo de una punta a la otra. En cuanto a mantenimiento ni hablar, ahora nosotras tenemos este baño clausurado porque lo están haciendo nuevo. Lo que es el baño de los pacientes, tenemos un solo baño con una sola pileta que se había roto. Los ducheros rotos, por eso están haciendo nuevo. El cambio edilicio es lo que más se necesita. No depende de nosotros, pero necesita
- f- ¿En cuanto a qué?
 - Si se tiene en cuenta las desigualdades que han vivido las mujeres históricamente, y si eso se tienen en cuenta a la hora de tratar a las pacientes.
 - No, yo creo que no, yo creo que igual son otra generación ellas, son grandes y no vivieron tanto eso. No sé ahora si habrá una más joven, yo estuve hace unos años en sala de mujeres. Pero yo creo que no, no. No lo viven tan como nosotras ahora, es un tema muy actual, estuvieron en otra en su generación.
 - ¿Y el personal puede detectar o ser consciente a la hora de tratar con ellas sobre este tema?
 - Yo creo que el personal sí, pero ellas no.

ENTREVISTADA 3, servicios generales:

- a- 28 años,
- b- Servicios generales, limpieza, las habitaciones, limpieza general.
- c- Implico algo positivo. Individualidad para los abuelos, para mí, mi trabajo fue igual.
- d- Muy buena, excelente. Demasiado a veces, demasiado sentimiento algunas veces. Pone mucho más de lo que parece. Algunos abuelos están sin familia sin nada, uno se involucra a full. Te genera sentimientos importantes.
- e- Un poco más de mantenimientos a los servicios, más modernidad, actualizar el sistema del personal y mantenimiento continuo.
- f- ¿con respecto de cómo trabaja la mujer o el hombre?
 - No, si a la hora de atender a las pacientes se tienen en cuenta la desigualdad de género y la vulnerabilidad por ser mujeres, y viejas.

Por su puesto, yo creo que sí. El paciente viene y es como que empezamos de cero, no tiene pasado. No es lo mismo un familiar, como acá no lo conocemos empezamos de cero formando una nueva persona.

ENTREVISTADA 4, psiquiatría:

- a- Hace doce años, primero entre con un contrato.
- b- Soy la médica psiquiatra del geriátrico, yo hago consultorio externo para pacientes de 40 años en adelante, y después veo por interconsulta que me piden los médicos de sala, a los pacientes internados.
- c- Mira, yo no estaba en ese momento. Cuando yo ingrese todavía había varios pabellones que no estaban reformados, como también me paso en el centenario. Me parece positivo porque yo creo que primero hay más intimidad para las personas, están como más resguardados. Y también para el manejo de enfermería es distinto, o cuando lo tiene que revisar un médico, hacerle una curación, creo que es un respeto al derecho que uno tiene a preservar su intimidad. Los pabellones a mí me hacen acordar a las películas que uno ve, los hospitales de la guerra, pero bueno, fue un modo que por suerte fue cambiando.
- d- Yo creo que es muy buena, hay fallas como en todos los lugares porque somos seres humanos, pero en general es buena la atención. Es algo que uno siempre se fija, yo por ejemplo voy a muchos geriátricos privados, y cuando entras lo primero que te fijas es si hay olor a pis y si los pacientes están lastimados o si tienen escaras, y acá la verdad es que tienen muy buen manejo. Por lo ahí lo que no me gusta tanto es como se administra la medicación, hay que cerciorarse de que tomen la medicación, y acá se la dejan para que la tomen. Eso lo planteo muchas veces y no se ha corregido. Es algo a mejorar o cambiar
- e- Desde la climatización que no funciona nunca. Viene gente de afuera, se le paga fortuna para que arregle los aires acondicionados y no funcionan. Y pleno enero seguimos con el ventilador de techo. La informatización, nosotros tendríamos que tener las historias clínicas digitalizadas. La cuestión de cámaras de seguridad, no sabemos si funcionan o no. Cuestiones que no se gestionan, y cuando lo propones lo cajonean. No tenemos teléfono por ejemplo acá, si alguien viene y está mal tenemos que usar nuestro celular porque no tenemos interno.
- f- Eh bueno hasta ahora, no nos ha tocado tener un paciente trans.
-Me refiero al cuidado de las pacientes, en lo que implica ser mujer y ser vieja. Pensé que me hablabas de los pacientes trans, que igualmente en algún momento van a llegar. No, yo creo que hay mucho respeto. Si bien sé que ha habido algunos hechos de violencia, no hay en este momento. Mira, en lo que más veo la violencia verbalmente es con los pacientes psiquiátricos, tanto hombres como mujeres. Si bien como mujer siento que hay mucho machismo instalado en el ámbito de la salud. Si vos tenés un hombre y una mujer para el mismo cargo es más probable que llegue el hombre a pesar que no tenga las condiciones que si tiene la mujer. Lamentablemente tenemos que convivir con eso. No somos escuchadas de la misma manera que los varones, estamos haciendo mucho por cambiar, pero todavía falta. En cuanto al trato no veo que pase.

ENTREVISTADO 5 dirección:

- a- Con breves interrupciones hace ya 32 años, desde el 87.
- b- Inicialmente trabaja en lo asistencial, había ganado un cargo por concurso y después empecé a trabajar en la gestión en el año 92.
- c- Eso fue en el 95, se reformulo la primera sala del conjunto de salas apabellonadas. Se hicieron baterías de sanitarios y de duchas con criterios gerontológicos. Hasta ese momento los sanitarios en varios lugares era letrinas. esto fue en el 92, después por no acordar con ciertas cuestiones yo renuncio y vuelvo a trabajar en la función asistencial que tengo el cargo por concurso retenido y el 93, 94 ahí yo ya me había propuesto que había cosas que modificar, tanto en la gestión de los procesos de cuidados de los viejitos y las viejitas, como las cuestiones de confort y en el 95 entonces vuelvo a la gestión, ahí es donde se produce toda esta cuestión de avanzar con una modernización. Fue una transformación bastante importante en la historia de este lugar que es una historia de muchísimas décadas.
 - ¿Una parte de la reforma estuvo a cargo del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa fe, para el resto de la reforma como se recaudaron los fondos o de dónde provinieron?

En su mayor parte fue financiada por la Sociedad de Beneficencia. Con su gestión sobre estas cosas, ellos concursaron con las empresas. Desde lo oficial no se intervino en la adjudicación y todas esas cosas. Solo en algunas pocas cuestiones intervino la arquitectura hospitalaria.

- d- A grandes rasgos yo creo que es aceptable, que tienen muchas potencialidades para mejorar. Tanto cuantitativa como cualitativamente y con la misma estructura de planta que hay. Yo personalmente nunca he estado conforme, en el nivel de cuidado, así vaya mejorando nunca voy a estar conforme, porque la perfección, o la mejora. la perfección suena muy soberbia. La mejora continua no debe terminar nunca, pero estoy convencidísimo que, en todos los sectores, tanto profesionales como no profesionales con la misma estructura, y planta de trabajadores los procesos de cuidado pueden mejorar. Los problemas que creo que existen generalmente en estas situaciones, tanto en lo privado como en lo público, si bien tienen lógicas diferentes, ya que en el privado está la cuestión de la rentabilidad y la salud como una mercancía. En lo público no es así, tiene otra lógica y al mismo tiempo tiene sus desventajas. Sobre todo, en las cuestiones de gestión, en cuanto a los procesos de incorporación de personal, en general la selección tiene muchas fallas en la admisión. Lo mismo en el proceso de gestión, históricamente, si bien con el tiempo ha ido modificándose un poco, en los niveles de gestión no se preguntaba a la gente que pretendía o aspiraba trabajar en gestión, si había estudiado administración o no. La administración hospitalaria es un “métier” (profesión), en algunos casos de gente que se dedica muy intensamente, es una especialidad más y se viene de una historia muy larga, del discurso medico hegemónico, donde bastaba ser médico para gestionar una institución de salud, lo cual era un equívoco muy grande porque se puede ser muy

buen profesional en su especificidad y muy mal administrador. Y administrar no implica solo cuestiones económicas, sino que la función de quien conduce las instituciones, en este caso un director, la función primordial yo diría que es una función estructural. Es estructurar el funcionamiento de la institución en todos sus niveles. En la institución explícita e implícita. Que muchas veces es más importante la explícita que la formal porque está atravesada por las relaciones profesionales, afectivas y hay que incorporar eso al proceso de gestión.

- e- No ha sido planteado y explicitado esta cuestión. Por inercia se ha mantenido en la estructura y organización de lo que se llama recursos físicos y edilicia ha habido una marca muy clara que existe pero que ya se han borrado algunos límites en las cuestiones de varones y mujeres. Yo mismo tengo vinculado a mi edad y a la construcción de mi subjetividad que toda esta cuestión que hoy se plantea, tal vez los que son muy reaccionarios a abordar estas cuestiones y los que fanáticamente se enarbolan banderas de la diversidad, de la teoría queer, yo tengo mi lio en la cabeza sobre esto. No tengo una clara posición sobre esto, escucho y trato de pensar un poco y superar ciertos atavismos que tengo incorporado como todos los de mi edad. Pero acá veo que como cuestión no está planteado, si en la práctica se va dando, esta permeabilidad en los espacios entre hombres y mujeres. Sin entrar en este cuestionamiento de si es correcto denominar mujeres o varones, o que es lo que hace que sean mujeres y varones. La cuestión de género desde lo ideológico hasta lo genético es muy compleja. No se puede discutir en un café como veo que se hace, es muy liviana esa discusión. Sobre todo, para los que todavía no sabemos cómo componer la cabeza.

Pero aquí hay una marca muy importante sobre eso, la marca de la historia religiosa, en la parte alta acá Vivian hasta hace diez años monjas, y que fueron desapareciendo y por las cosas que he escuchado y observado en algunas cuestiones escritas, tenían un peso muy importante. Poco a poco fueron desapareciendo. Pero si nos fijamos este lugar tiene como cierta simetría, en el medio arriba están las monjas, después los sectores de mujeres y los sectores de hombres. Eso históricamente se ha mantenido, ahora hace ya algunos años en el comedor donde hay mujeres también hay hombres. Cuando yo empecé a trabajar acá, estaba el comedor de los hombres y el comedor de las mujeres. Pero esto no se hizo por una cuestión reflexiva, sino natural. Pero para repensar con el personal las cuestiones de los varones y las mujeres, lo femenino, lo masculino no está planteado como tema. Si se plantean algunas cuestiones en lo referido a lo que es la sexualidad, en este momento hay por lo menos dos parejas de viejitos, que se conocieron acá y bueno, planteando un poco las cuestiones de los derechos se le habilitaron habitaciones para que convivieran. Esto no alude directamente al género, pero habla un poco de la sexualidad, que también ha sido negada, lo que no quiere decir que no se haya dado, porque en la sombra la sexualidad siempre aparece. A pesar de las sombras, por causa de una supresión, más que represión, supresión. Porque es un mecanismo subjetivo, la represión es un mecanismo más externo.

- Algunas autoras plantean desde la perspectiva de género, que las mujeres ancianas son doblemente vulnerables, por ser mujeres y por ser viejas. ¿Usted cree que la incorporación de esta perspectiva puede hacer a la modernización de la institución que usted antes me planteaba?

Sí, yo creo que sí. El fraseo que usted trae, que las mujeres son doblemente vulnerables se me ocurre pensarlo desde el ser y el estar. ¿Están doblemente vulnerables o son doblemente vulnerables? Para pensar que se quiere decir con esto. La parte de la vulnerabilidad o un aspecto de la vulnerabilidad es la misma, en el caso de estas instituciones geriátricas, son mujeres que han atravesado una vida social, política y económica signada por un tipo de organización, que defendieron e incorporaron y la reprodujeron en sus hijos. De nuevo insisto ¿son o están? De nuevo, yo no lo tengo claro.

Entrevistas a las residentes con capacidades subjetivas de ser entrevistadas

EJES:

- a- ¿Cómo era su vida antes del geriátrico? (como estaba conformada su familia, si es casada, soltera o divorciada, si trabajaba o no, de que)
- b- Si realizaba trabajo doméstico (¿compartido o solo a su cargo?)
- c- ¿es jubilada o no? En el caso que si, como impacto esa etapa en su subjetividad
- d- Tareas de cuidado hacia los demás miembros de su familia
- e- ¿qué hubiese cambiado de su vida o que le hubiese gustado hacer?
- f- ¿Cómo fue su llegada al HGPR? ¿a qué cosas le costó adaptarse?
- g- ¿Cómo viven hoy y como se sientes, respecto de los trabajadores y los demás residentes?
- h- ¿Qué les gustaría que cambie en la institución?

ENTREVISTADA 1:

- a- yo recientemente antes de llegar acá, había perdido a mi esposo. Había fallecido, y se ve que quede muy mal, me deje de cuidar un poco con respecto a mis verduritas y demás, y se me dispararon los triglicéridos más la depresión tuve un ataque cerebro vascular (ACV). Nunca pensé que me iba a pasar a mí esto, quede sin poder caminar, sin mover las manos, no podía comer sola, no podía tomar la leche sola y bueno, de repente empezaron las chicas fisiatras a moverme de aquí para allá y ahora ya estoy caminando. Quede únicamente con un poquito de arrastre en el habla, pero casi imperceptible.
- b- no, estaba casada y mi trabajo era cuidar a mi esposo que también era cuadripléjico y bueno, había que cuidarlo a él en todo sentido, me dedique a él. Pero felizmente casada.
 - ¿te hubiese gustado trabajar de otra cosa?
 - Trabaje mucho tiempo como secretaria, como asistente social. Trabaje mucho tiempo así que no tengo ganas. Íbamos a las villas, tratábamos de saber porque seguían viviendo en esas condiciones. Tratábamos de solucionar esos problemitas, pero eran muchos.
- c- Si. Estoy con la pensión de mi esposo y estoy jubilada.
 - ¿y en el momento en que te jubilaste como te sentiste?

- Y mira, en el dolor... yo primero recibí la pensión de mi esposo, en el dolor este que yo tenía a mí no me solucionaba la vida el hecho de recibir su pensión, pero bueno algo me había quedado de él. Y no lo vi como una cosa que te envejeces, para nada, lo viví bien.
- d- No, fue con el tiempo. Porque yo había estado en coma por mucho tiempo y me trajeron acá cuando apenas reconocía a mis sobrinos. Y tenía que lidiar con un dolor muy grande en el cuerpo, era una neuropatía lo que tenía. Y tratar de poder mover las manos nuevamente, hacerme algo por mí misma. Por lo tanto, fue un proceso, decir bueno, vivo acá, me cuidan acá. Todos me cuidan acá. Salió bien todo esto, no pienso quedarme todo lo que queda de mi vida, pero bueno. Este año espero que ya me den permiso para volver a mi casa, porque yo tengo mi casa, tengo mi perro que me está esperando.
- e- Son todos muy buenos, lo que me ayudan es impresionante. Porque no puedo decir solo de uno como fisioterapia, son todos en general los que me ayudan. Y aparte han venido tantos chicos jóvenes, hemos tenido tanto contacto con ellos que nos han rejuvenecido. Nos mantienen con un aire de seguir viviendo.
- f- Y bueno, pensar un poquito en arreglar las cositas que están mal, poner un poquito de pintura. Pero en si el edificio está bueno. Somos muchas personas las que estamos acá. Yo tengo mi familia, pero hay muchos que no las tienen o los traen y los abandonan, y acá se sienten contenidos. Yo que puedo ir de acá para allá, hablo con uno, con otro y también les hago ver eso, que estamos contenidos en todo, tenemos la psicóloga, realmente tenemos todo.

ENTREVISTADA 2:

- a- Mira mi vida fue fea porque me case a los 20, a los 21 me enferme de depresión y estuve así hasta los 65. Internada porque estaba mal, mal. Los médicos ya no sabían que hacer conmigo, porque tenía esa depresión, lloraba y lloraba. Me sentía mal. Tuve 3 hijos un varón de 51, otro de 49 y una mujer de 35 años.
Y cuando tenía 52 años, que estaba mal, a mi marido viste que para él era fácil; teníamos un médico que a mí me adoraba, y él lo llamaba Edmundo vení a buscar a la norma que yo no la aguanto, llévatela. Yo vivía en el centro, el medico se venía en el auto y me llevaba a una clínica en Guatemala y Mendoza. Que está todavía, una clínica muy buena. Me internaba unos días, me sacaba adelante y me mandaba a mi casa y yo empezaba otra vez mal mal. A la larga se dieron cuenta que el problema era él, no yo.
Y cuando yo tenía 52 años una vez me dijo, “salgo”. Yo pensé que salía, se fue al centro, se compró una valija. La nena tenía 12 años en ese momento. Y me dice norma mañana esperame que me vas a ayudar, que me voy a un hotel a vivir. Resulta que se fue a vivir con una mujer. A mí me cayó de sorpresa, porque no sabía porque, a mí no me había comentado nada. Digo, será porque soy enferma. Ahí ya me quedé sola y me tuve que poner a trabajar porque él no trabajaba. Y ahí empecé a reaccionar, ¿por qué me voy a quedar llorando y este tipo se está dando la gran vida? Tuvo 4 mujeres después que me dejó a mí, con ninguna se quedó. Esta solo y tiene más de 80.

Hace unos días estaba hablando con un amigo, le contaba que hace ya un tiempo que está hinchando que quiere venir a cuidarme al hospital y los dos hijos le dijeron que no. Que mamá no quiere tampoco, si ella se maneja sola. Yo acá hago todo, me baño, me lavo la ropa, salgo, entro. Tengo permiso para entrar y salir porque ando bien. Con mi hija hemos viajado, fuimos a un curso de musicoterapia en Tilcara. Ahora hay otro, pero está muy caro y si bien mis hijos me dicen esta bárbara mamá, yo ya siento, voy para los 78 ya. Yo noto la edad, hago cosas, me muevo.

b- El me buscaba trabajo, el hacía de fletero, pero nunca tenía un flete. Y los amigos de él, que tenían flete me decían, norma es un tarado ¿cómo te fue a dejar? Yo tenía 52 años estaba bien, mi hermana me decía como no supiste antes que tenía una mujer. Yo no sé. Bueno empecé a buscar trabajo y tenía un matrimonio amigo que tenían una inmobiliaria, entonces me dieron trabajo en edificios de limpieza, trabajaba de mañana. Eran edificios finos, buenos. Y ahí me jubile.

c- Antes de separarme, las cosas de la casa las hacía todas yo. Antes yo trabaja en una compañía de seguros y ganaba muy bien. Para mí era eso lo que le molestaba a él. Ganaba mucho más que él. Y él me dijo que tenía que dejar de trabajar y cuidar de mis hijos. Me decía que la mujer tiene que estar con los hijos y con la casa. Y una vecina que era una viejita me decía, te vas a arrepentir. Porque yo trabajaba de 12 a 19, y a la tarde cuando mi marido se tenía que ir a trabajar, venía mi mamá y se quedaba con los chicos. Yo creía que no me iba a arrepentir, él quería que yo cuide los chicos. ¡Y después me arrepentí sabes cuánto! Me hubiese jubilado con una buena jubilación. Y cuando él se fue, yo hubiese estado ocupada.

Por ahí lo veo en los cumpleaños de nuestros nietos, y la tenía con que quería venir a cuidarme, pero los chicos le dijeron que no. Que con lo que me hizo pasar

d- Bien, estaba en casa. Ya se habían casado los hijos. Y ahí empezó el problema, yo no andaba muy bien. Entonces un médico me interno en una clínica que esta frente a la plaza López en la avenida Pellegrini. Ese médico me quería, me decía norma vos te vas a quedar a vivir conmigo, porque ¿sabes cuál es el problema? A vos te hace mal el silencio. Y yo peleaba, si yo a la noche veo televisión, leo una barbaridad. Y en el 2010 viene y me dice vos estas mejor que yo. Así que lo llame a tu hijo que te venga a buscar porque necesito la cama. Y yo en diez minutos tenía los bolsos preparados, me acuerdo que vino mi hijo y nos fuimos caminando a mi casa. Pero yo no sabía que él le había dicho a mis hijos que sigan hablando en pami, porque él quería que yo este un lugar atendida porque a la noche el silencio le hace mal. El cómo psiquiatra lo sabía, yo no me daba cuenta.

Y bueno hace 9 años estaba en el cumpleaños de mi nieto y mi hijo me dice ¡MAMI! Anoche me llamaron de pami y me dijeron que mañana a las 8 tenés que estar si querés en el geriátrico de calle Ayolas que hay un lugar para vos. Y entonces yo les dije, bueno voy. Y si, si dicen que el silencio me hace mal, si no es mañana será más adelante, pero ¿qué voy a esperar? Le dije yo. Y desde entonces estoy acá.

f- ¿Te costó adaptarte a algo? Yo ni me acuerdo, pero los enfermeros que me adoran dicen que lloraba, pero enseguida me adapte. Hice de todo acá, voy a todos los talleres, he ido a la universidad para adultos

g- Bien, hice programas de radio, todo. Fui a coro, hice cursos de psicología. Una vez el director dono un montón de libros a la biblioteca y me llamaron a mí porque leo un mucho. Y me dice yo a usted la nombro encargada de biblioteca porque no quiero que los roben ni los rompan. Usted va a ser la responsable de uno por persona. Dicen

que leer es lo que me mantiene bien. Estoy bien, dicen los enfermeros que tengo como 20 años más acá. Lo que pasa es que físicamente estoy bien. No tengo diabetes, no tengo hipertensión nada. Y si uno se cuida y usa la cabeza, va tirando hasta que dios quiera.

- h- Y, que se tira mucha comida. Pero el resto está bien, ya ha venido PAMI a preguntarme como estoy, una terapeuta amiga me dijo que PAMI me dio lo mejor que tenía. La verdad que estoy muy contenta.

ENTREVISTADA 3

- a- Bueno yo nací en un hogar, vamos a empezar desde un principio. Tengo 4 hermanos mayores, la mujer más chica murió cuando tenía un año y medio. Después de seis o siete años nací yo. Mis padres se querían mucho. Mi padre le había pedido matrimonio a mi mama cuando él tenía 36 años y ella 14. Mis abuelos maternos le habían alquilado una habitación con todas las comodidades a mi padre, en Paraná. Mi madre realizaba las tareas de darle comida a los que se hospedaban y llevarles la ropa limpia, y mi papa la había visto ahí, entonces le pidió a mi abuelo a su hija lola en matrimonio. Mi papa era ingeniero. 8 meses después se casaron.

- ¿tu mama pudo terminar sus estudios a pesar de haberse casado tan chica?
- Ella termino hasta el sexto grado, había escuelas secundarias, pero ella ya era para ama de casa.

- b- Yo estudie. Primaria escuela de monjas. Después entré en la cruz roja, tres años como oyente y después dos años libre porque yo quería ser enfermera, fui enfermera. A los 16 años le dije al presidente de la cruz roja que necesitaba pedirle un favor porque yo iba todos los días a la cruz roja y no me dejaban entrar porque soy menor de edad. Entonces le pregunta a mi jefe porque yo estaba haciendo hemoterapia. Entonces me ayudo, le pidió a la secretaria que me anotara. Y la vieja bigotuda, me dijo si algún día te llevas alguna materia yo no te dejo entrar más, y ella no sabía que me estaba poniendo a prueba. Porque yo ya había vencido todos esos miedos. Bueno, estudie allí enfermería, tres años. Hice un año de especialidad como instrumentadora quirúrgica. Y con 19 años ya recibida estaba como para tirar manteca al techo. Yo trabajaba y llevaba plata a mi casa para ayudar a los míos. Mi padre se había jubilado y tardaron muchos meses en pagarle, y yo valiéndome por mi misma, teniendo dos piernas y dos brazos te voy a trabajar hasta de “muchacha”.

- ¿te casaste o tuviste pareja?
- No, soy soltera por mala voluntad de los hombres. Siempre lo digo, no me quieren poner a prueba de ninguna manera. Estuve por casarme, pero unos días antes de casarme se presenta mi novio con mi padre para decirle que había dejado de quererme. Y mi papa le agradeció en ese momento por una simple razón, porque yo me iba a ir México con él, y antes de quedar varada allá, el acepto la sinceridad. Y bueno yo seguí estudiando, hice tres años en el hospital Finoqueto de la carrera de instrumentadora internacional. Porque después cuando termine me iba a trabajar a Nueva york, con trabajo ya en puerta.
- ¿las tareas del hogar como se realizaban en tu casa?
- De eso, siempre nos ocupamos con mi mama y mi hermana. Yo como iba a estudiar, me ocupaba de las algunas cosas cuando volvía, como dejarles lista las

- cosas a mis hermanos para el trabajo del otro día. Y después cuando viví sola me ocupaba yo de mi porque tampoco tenía la posibilidad de pagar a alguien que me venga ayudar, aunque mi madre siempre vino a mi casa a colaborar.
- c- Si me jubile, hace varios años ya. No te voy a decir cuántos. Después de haber trabajado de lo que siempre quise que fue la enfermería y como instrumentadora. No fue un gran cambio, aunque hubiese preferido seguir unos años más haciendo lo que amaba.
 - e- Mi llegada al geriátrico fue gracias a un médico que trabajaba conmigo en un hospitalito de acá en rosario. Después de mis limitaciones por la diabetes no pude estar más sola y pude venir acá. Al principio es raro compartir la habitación, los espacios. Si bien como enfermera siempre fue algo familiar, nunca lo viví de esta manera, ahora me tocaba ser a mí a la que atendieran.
 - f- Los trabajadores de este lugar me adoran todos, no hay ninguno que no me ayude siempre y me salude con un beso. Son todos buenísimos, y más siendo que no tuve hijos, ellos son en parte mi familia.
 - g- Me gustaría que haya más atención en las cosas del edificio, hay algunas cosas que están muy venidas abajo, pero lleva tiempo y mucho dinero.

ENTREVISTADA 4: Lo no dicho: la cuarta entrevistada es acumuladora

- a- Yo vivía sola, en un departamento, iba a hacer taller de gimnasia y un taller para aprender a manejar el celular. Bueno no hacía nada más. Hacia las cosas de la casa. En realidad, uno pierde contacto con los amigos cuando pasa mucho tiempo que está casado y todo eso. Yo acá no tengo familia, somos de acá, pero mis hermanos se fueron a vivir a otro lado. Soy soltera y no tengo hijos. Y tampoco tenía novio. Me hubiese gustado casarme, pero no se me dio.
- b- Hacia artesanías. No soy jubilada porque con mi trabajo vivía día a día.
- c- ¿Qué te hubiese gustado cambiar de tu vida? O ¿qué te hubiese gustado hacer?
 - Y pienso, si me recupero bien volver a mi casa, vivir sola para ir a todos los talleres que quedan a dos cuadras de mi casa, que tengo que cruzar solamente una calle para ir.
- d- ¿hubo algo a lo que te costó adaptarte cuando llegaste al geriátrico?
 - Y, yo estaba un poco dolorida. Y aparte tenía un corsé por lo que tenía muy limitados mis movimientos. Y también tenía un poco de dolor, y eso te complica mucho. Después cuando los dolores se empiezan a ir recuperas un poco el ánimo para hacer cosas y poder proyectar un futuro.
- e- ¿Cómo te sentís con respecto a las personas que trabajan acá?
 - Me atienden muy bien.
- f- ¿hay algo que te gustaría que cambie?
 - Y no sé, se podrían hacer más talleres. O me contaron de algunos talleres que ya no hay y me gustaría que empezaran de nuevo. Por ejemplo, me contaron que había musicoterapia, que había yoga.

ENTREVISTADA 5: Lo no dicho: la quinta entrevistada, es una mujer que ha vivido en situación de calle y se ha dedicado entre otras cosas a la prostitución.

- a- En realidad, no te quiero contar nada (entre risas) pero te voy a hacer un resumen. Afuera todo bien, pero lo que a mí me deprimió, lo que me paso y por eso estoy acá. Yo estuve primero en el Centenario porque me empezaron a doler las piernas, en ese momento yo no sabía lo que era la diabetes. Se me ampollaron las piernas de la rodilla para abajo, como si fuesen hormiguitas, no me tenía que rascar. Era desesperante. Yo en ese momento cuidaba gente, trabajaba de eso a la noche en pami I. también era remalladora de cinco agujas, cosía de manera particular, trabajaba dos horas de eso. Cobraba y ya está. Cuando era muy joven pasaba por todos los talleres y me gustaba mucho, me quede con eso. Me gustaba mucho y no quería saber más nada de patronos y empecé a trabajar particularmente así.
Estuve 21 años casada, me divorcie hace ya 10. Tengo una hija del corazón y de mi matrimonio un varón.
- b- Cuando estaba en pareja mutuamente. Hacíamos los dos, porque mi marido si bien tenía un hermano, tenía la mama muy enferma entonces de chiquito aprendió a hacer de todo.
- c- No llegue a jubilarme porque en ningún trabajo llegue a tener tantos años como para aportar. Pero de hecho estoy cobrando la jubilación de los 60 años que hizo cristina. En el centenario me hicieron muchísimos estudios para ver que me pasaba, porque esa reacción y me dio que era diabética. Porque me trataban con antibióticos y se me había hecho infección en las dos piernas. Y en una se me había hecho una úlcera, tenía abiertito como un libro. Estuve una semana un poco más internada, en observación, me hablo un médico que se llama Matías y me dijo Lili bueno, de ahora en más sos una persona diabética. Cuando me dijo así se me derrumbo todo porque vos no tenés idea del volver a empezar con cambios en tu cuerpo, en la rutina, todo.
- d- De mis padres si me tuve que ocupar yo, porque no tengo hermanos. A mi papa lo cuidó mi mama hasta que el murió. Pero yo tenía que ayudarla en los momentos que no estaba en el taller, y por eso cuidaba gente a la noche en el pami. Y después a mi marido no lo cuide porque nos divorciamos.
- e- No tener diabetes, eso hubiese cambiado. Yo soy jujeña del ingenio la esperanza donde sale la azúcar Ledesma. Puede ser por ser del norte tierra adentro, pero lo mío es hablar mucho. Yo hacía reuniones de tupper, en la casa de los clientes, me gusta mucho hablar y explicar.
- f- Me costó adaptarme al estar acá, hasta el día de hoy. Pero por suerte había muchas actividades que hacía en ese momento. Ahora estoy yendo a fisioterapia y a bicicleta dos o tres veces por semana. Y camino a la noche llevando a la silla porque lo puedo hacer. Al comedor no puedo, porque no veo y puedo atropellar a cualquiera. Acá las compañeras me van diciendo, me van ayudando, pero no puedo entrar caminando porque al ver borroso me es más cómodo en la silla de ruedas
Cuando entre al hospital geriátrico, entre en camilla, no podía caminar. Tenía los pies vendados por las úlceras, sufrí un montón. Creo que 7 meses, estaba de aquel lado, pegadita a Santa Ana, en la habitación seis de santa margarita. Me dieron rehabilitación en fisioterapia, y me acuerdo que la primera vez que baje de esa cama

después de tanto tiempo fue con la ayuda de mi hijo. El me cuidaba a la madrugada, para que me ponga la chata dos o tres veces a la madrugada. Cuando baje de esa cama fue como empezar de nuevo, con mucho miedo yendo de a poquito. Antes de que me pasara esto yo era adicta a las bebidas y al bailongo. Por eso me cambio toda la enfermedad.

- g- Lo primero que quiera en este momento, es que ya me operen. Porque con esto a mí, me quiso agarrar como depresión porque yo antes salía afuera sin acompañante, llevando la silla me caminaba todo Necochea, todo Colon y cuando llegaba a la puerta del geriátrico decía no voy a entrar todavía, yo no voy a entrar ahí. Y seguía por otro recorrido. Y los porteros me salían a mirar porque al salir sin acompañante me preguntaban dónde iba, voy acá nomas les decía. No paraba, cuando veía, no paraba. Y eso un poco como que te da el bajón, pero yo no quisiera estar deprimida, a nadie, eso te lleva a un pozo que después salir, “mama mía”. El entorno, la contención te ayuda a salir de la depresión. Porque no hay mejor remedio que lo humano.
- h- ¿Y con respecto a los trabajadores y compañeros?
 - Hay de todo en la viña del señor (dice entre carcajadas). Mira acá lo que me pasa a mí, es que las horas no se me pasan nunca, los días volando. A veces una persona me puede caer mal, pero si me tiene que atender... que me atienda. Pero siempre digo no a la mala onda, al quilombo, a las discusiones. Acá lo que tenés que aprender es a compartir, pero compartir con el corazón, no por cumplir. Acá tenés que compartir por ejemplo la habitación con alguien que no le gusta la radio o la televisión. Una vez le dije a “esta persona” vos no tendrías que estar acá, tendrías que estar en un privado con una habitación para vos sola. Porque acá hay que compartir.

ENTREVISTADA 6: Lo no dicho: la sexta entrevistada ha padecido problemas de cadera durante muchos años, incluso desde su juventud. Era parte de una familia con escasos recursos cognitivos, y fuertemente opresiva, al respecto ejercían maltratos hacia la entrevistada por no poder procrear por sus problemas de cadera, “la maltrataban como mujer por no poder procrear” señala informante clave. La entrevistada jamás tuvo una pareja, fue docente de inglés. Hoy en día no posee familia. Es jubilada. Y como patología su diagnóstico es diabetes.

- a- Yo hace 25 años que estoy sola, mis padres y mi hermano fueron muriendo por edad, mi papa el mayor murió primero, después mi mama y por ultimo mi hermano. Tuve que atender a los tres.
- b- Yo trabajaba como maestra en jardín, soy maestra pionera porque después ese jardín de la parroquia se hizo escuela. Esto fue en el año 54', la otra maestra pionera ya falleció. Era maestra pionera porque en el verano hacía kermes para recaudar para los materiales y después recorría las calles buscando que la gente colabore. Después me recibí de profesora de inglés, y enseñaba eso.
- c- No llegue a jubilarme porque mi mama tenía cáncer, y me tuve que quedar en mi casa trabajando. En los últimos años yo dormía solamente tres horas, las otras me las pasaba cuidando a mi mama.
- d- El cuidado de mi mama lo hacía yo, mi hermano no podía porque es hombre, él trabajaba mucho en otros pueblos aparte y no estaba nunca.

- e- Lo que me hubiese gustado es encontrar un compañero y no estar sola, porque no tengo hijos y mis amistades se están muriendo.
- f- Antes de llegar me caí en mi casa y me encontraron a los dos días. Antes me caía y gritaba entonces los vecinos me venían a auxiliar, pero esa última vez me había quedado inconsciente.
- g- Y, yo no me peleo con nadie, pero a veces se pelean como el otro día por una botella, pero no es que se las roban, se las olvidan y otro la agarra.
- h- Me gustaría que no roben, yo tengo que estar con ropa de acá porque me robaron todo.

ENTREVISTADA 7: Lo no dicho: es ludópata, a causa de su adicción endeudo y embargo a toda la familia, su esposo se suicidó y luego lo hizo uno de sus hijos. El hijo que tiene, intenta hacerse cargo de ella, pero señalan informantes claves que no posee dinero por ejemplo para comprarle medicación, por el embargo que están intentando resolver.

- a- Mi vida era normal, vivía sola porque yo tengo dos hijos, pero ya están casados los dos, una vida normal, común y silvestre con un perro.
- b- Si trabajo doméstico únicamente, no trabajaba de otra cosa. Ama de casa
- c- No me llegue a jubilar, pero si a pensionar. Soy viuda pensionada de mi marido. Lo sentí como una ayuda, porque mis hijos eran jóvenes, entonces usaba eso para sus estudios, para la facultad.
- d- No tuve que cuidar de mi marido enfermo, porque falleció de un día para otro. Si me ocupe de mis hijos toda la vida hasta que fueron grandes.
- e- Me hubiese gustado salir un poco más, disfrutar un poquito más viste...pero bueno nunca es tarde, pero ya no tengo ese entusiasmo que tenía antes.
- f- No la verdad que no, te digo la verdad pensé que era peor. Yo me hacia la idea que era un lugar oscuro, todos dormidos, pero no, toda buena onda.
- g- Muy bien, si te pasa algo enseguida están atrás tuyo. Bien, muy bien.
- h- No nada mi amor, la comida bien. ¿Así que, que se puede pretender? todo bien.

ENTREVISTADA 8

- a- Mi familia éramos mi marido y yo, no tuvimos hijos. Una etapa muy linda de la vida, primero por llevarnos bien, mucho amor. Teníamos una inmobiliaria que trabajaba muy bien, viajábamos mucho. Salíamos mucho, pareciera que él sabía lo que le iba a pasar, le gustaba disfrutar mucho.
- b- A el por ejemplo le gustaba mucho cocinar, yo siempre fui muy prolija, muy detallista. Dos veces a la semana yo tenía una señora que hacia limpieza general. Así que trabajábamos en la inmobiliaria, volvíamos a casa y después al trabajo de nuevo porque había que mostrar departamentos y esas cosas. Él era un hombre muy activo. Íbamos mucho al cine, dos veces a la semana a cenar afuera. A mí me gustaba ir dos veces a la peluquería, una vida linda.
- c- Sí, soy jubilada, me jubile trabajando en la inmobiliaria y cuando quede viuda hice gestoría.

- d- No, no tuve que cuidar a nadie en mi familia.
- e- Mi vida la viví bien, porque viste una persona que es deportista, nadadora llevaba una vida muy linda, muy sana. Una vez quede embarazada y a los tres meses lo perdí y dije basta, no lo intente más porque daño mucho mi forma de ser.
- f- Al hospital vine accidentada, porque cuando quedé viuda estaba muy delgada, mi peso durante 25 años fue de 67kg. Alta como soy, con ese peso tenía una figura esplendida. Y cuando quede viuda quede muy mal, porque no lo podía asumir. Y estaba muy delgada, entonces en una salida con unas amigas me dio como un desmayo y caí sobre un fierro que me quebró la cadera en dos partes. Y a partir de ahí empezó mi penuria, porque tuve que estar tres años en una cama, cuatro o cinco operaciones. Vine al geriátrico para rehabilitarme y después me quedé. A todo me costó adaptarme, pero ya venía sufriendo de tantos años de estar en cama. Después tuve que hacer un año de fisioterapia para recuperarme. Al principio hacia fisioterapia en la cama, hasta que Luis me dijo basta. Me paso a la silla de ruedas esta, que estaba embalada nueva, y empecé a aprender a caminar. El ser deportista de toda la vida me ayudó mucho, por ejemplo, yo desde la cama seguía haciendo pesas, y acá se reían porque yo todos los días con un camisón limpio, me maquillaban y me ponía a hacer pesas con los brazos. Nunca me dejé estar, siempre fui muy exigente con mi persona. Pero todavía no me explico como pude estar tres años en una cama siendo joven.
- g- Bien, porque hace ya 15 años que estoy acá. Igualmente, siempre tuve gente que colaborara conmigo. Porque al estar tanto tiempo en la cama yo quería tener a alguien que me atendiera bien, porque acá te pueden atender, pero no exclusivamente. Me manejo sola con la chata, yo estando acostada orino mucho. Una vez un enfermero me enseñó como bañarme en otro lado, y cuando vine acá les dije que me podía bañar sola en la cama, siempre fui muy autónoma, pero además muy exigente con la limpieza. Vos entras a mi pieza ahora y esta impecable porque tengo contratadas dos personas que vienen a limpiar, una a las 8 de la mañana que aparte me ayuda a bañarme, al principio iba a las duchas, pero ahora no quiero forzar la pierna.

ENTREVISTADA 9:

- a- Vivo acá hace cinco años, antes vivía con mi papa y con una de mis cuatro hijos. Bueno, a partir de mis operaciones por mi enfermedad de artritis reumatoidea, yo vivía en un departamento por escalera y por la enfermedad cada vez se me fue haciendo más difícil llegar a mi casa, a mi departamento, porque no podía subir. Los enfermeros ya me decían que solucione este problema porque no podían venir dos ambulancias para ayudarme a subir. Aparte mis hijos fueron haciendo su vida, yéndose de mi casa, y me quede con una sola. Entonces decidimos ir a vivir a la casa de mi papa, y en el departamento se quedó una de mis hijas. Mis dos hijas más chicas fueron las que más se ocuparon digamos de mí, de ayudarme. Porque mis hijos más grandes trabajaban, uno se fue a vivir a misiones.
- b- Y de los 15 hasta los 27 años trabajé, en una tienda por mayor de empleada. Y ahí bueno, me casé, tuve mis hijos... cuando tuve mi segunda hija me tuve que retirar del trabajo, porque la enfermedad no me lo permitía, yo no pensé que iba a ser para siempre porque me había hecho tratamientos y todo, hasta que a los 37 años me tuve

que hacer una operación que me pusieron una prótesis de cadera. Y yo pensé que se terminaba ahí, pero a los cinco años me empezó a molestar la cadera derecha y no me quedo otra que operarme de nuevo, yo quería estar bien por mí, por mis hijos.

Mi marido después de años de casados decidió que no podía estar más conmigo, y me quede sola con mis cuatro hijos, enferma, sin dinero, sin nada. Y fue hasta que pude resolver más o menos la situación.

- c- No me jubilaron ni nada. Yo me retire porque en ese momento no te jubilaban por discapacidad, ni por nada y fue, tuve que salir a palear como pudiese, salir adelante.
- d- El cuidado más que nada fueron mis hijas mujeres las que se ocuparon de mí porque yo ya estaba sola hace varios años. Y como te dije mis hijos más grandes también tenían sus trabajos, pero no podían por los horarios.
- e- Y, como yo conseguí trabajo a los 15 años sin haber terminado la secundaria, me hubiese gustado terminarla. Muchas veces cuando escuchaba eso del eempa, me gustaría haber podido empezar, pero nunca llegaba. Después me hubiese gustado ser maestra jardinera, o guía de turismo.
- f- Y a nada me costó adaptarme, porque venía tan golpeada de tanta enfermedad, de tantas operaciones. Fue desde el 2010 hasta el 2016 que no salía de una cosa que ya era otra y otra y otra. Muchos cambios en mi vida. Al principio llegue acá y era un descanso, no le decía geriátrico le decía mi hogar. Encontré mucha paz, mucha tranquilidad y me empecé a recuperar. Estuve mucho tiempo internada, también sin saber dónde iba a ir a parar, porque en el camino se me murió mi papa, la casa quedaba sola. Aparte la primera prótesis ya había cumplido su etapa, hacia 23 años que la tenía y un buen día empezó a infectarse, y en ese momento ya no tenía obra social, tuve que empezar a buscar a ver quién me iba a operar. Estuve dando vueltas como 10 meses con esa infección hasta que llegué al hospital provincial y me operaron. Y después de ahí no tenía a donde ir porque mis hijas tienen una casita muy reducida, sola no podía ir. La casa de mi papa era muy grande, con muchas falencias, mucha humedad para que yo viviera en esas condiciones. Y además no tenía personas que me cuidasen tampoco porque para eso hay que tener dinero y no me alcanzaba para todo. Después del hospital provincial me llevaron al hospital Roque Sáenz Peña, y ahí estuve como 37 días a ver como solucionaban mi problema, y hablando con la trabajadora social me consiguieron este lugar. Y acá estaba el doctor Quagliato, que yo ya lo conocía de otro lugar, y bueno me sentí contenida.
- g- No tengo problema, hay falencias como todo. Pero yo tener problemas con ellos no.
- h- La limpieza está bastante bien, tratan de limpiar todos los días, las camas siempre están limpias. Y la comida renegamos bastante, conseguimos que lo haga otra empresa, porque antes era bastante decadente, hasta había días que no comía o ahora hay días que no como, porque la carne es muy dura la mayoría de los abuelitos no la puede ni comer. Eso cambiaria, la comida. Después las relaciones con la gente no tengo problemas. A veces me enoja porque a mí me gustan las plantas y ves los jardines que tienen unos yuyos que llegan al cielo y vino el jardinero y arrasó con todo, eso me gustaría que el jardinero sea un poco más prolijo.

ENTREVISTADA 10:

- a- Mi vida era normal, mama ya no tengo hace muchos años. Estoy muy sola últimamente, yo tengo dos hijas, pero una vive en Villa Cañas y allá no hay un lugar como este para que yo este. Acá nosotras estamos limpias, bañadas, cuidadas. Yo estoy muy agradecida a dios que me trajo acá. Soy soltera
- b- Si trabajaba algunas horas, limpiaba casa. Nunca tuve un trabajo de oficina
- c- No me jubile, y vine acá por una señora de las damas de beneficencia con la que mi hija hablo.
- d- Y solamente la cuide a mi mama hasta que murió, y después mis hijas no me pudieron cuidar a mí. Por eso vinimos acá.
- e- No, nada. No me quedo nada por hacer
- f- No, la verdad que no. A penas me trajeron ya me dejaron y esa noche dormí muy bien. Estoy muy agradecida
- g- Yo estoy muy contenta acá, nos tratan muy bien. Nos cuidan bien aparte son todos amorosos. No cambiaría nada.