

HACIA UNA INTERVENCIÓN INTEGRAL EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PERSONAS MAYORES:

Ejercicio entre las Relaciones Internacionales y el Trabajo Social

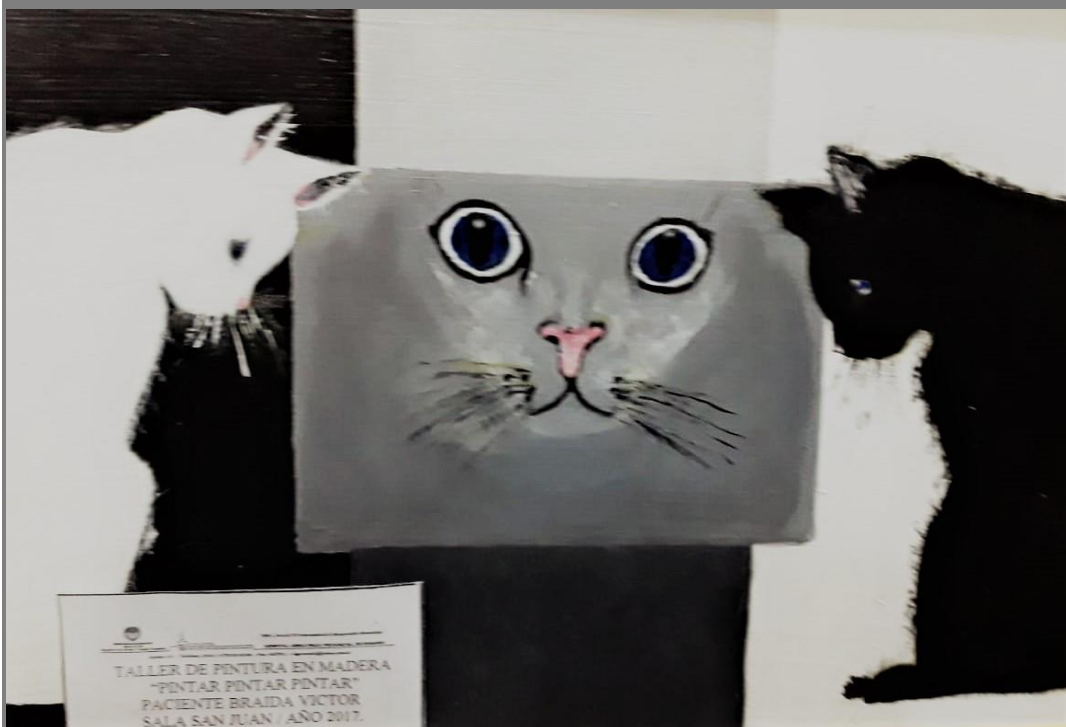


Foto tomada por las autoras en visita al HGP



FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y RELACIONES INTERNACIONALES

LICENCIATURA EN RELACIONES INTERNACIONALES

LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

PRÁCTICA DISCIPLINAR

TÍTULO

**“Hacia una intervención integral en las Políticas Públicas para Personas Mayores:
ejercicio entre las Relaciones Internacionales y el Trabajo Social”**

DIRECTORES

Prof. Bustos Romina (TS) Prof. Cianciardo Hernán (RI)

ALUMNAS

Carchano Jimena	Ciarniello Elisa	Cuenya Cecilia
jimenacarchano@gmail.com	elisaciarni@gmail.com	ceciliacuenya11@gmail.com

Rosario, junio de 2020

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad pública y a nuestra Facultad por estimular nuestro pensamiento crítico.

Muy especialmente a Romina Bustos y a Hernán Cianciardo por su acompañamiento como tutores.

A José María Alberdi por sus aportes en nuestros primeros acercamientos,

A cada una de las personas entrevistadas por su predisposición, en especial a Raquel Musso por el apoyo y la información brindada.

A familiares y amistades por el apoyo y motivación de tantos años.

NOTA DE ACLARACIÓN EDITORIAL

Desde este equipo de trabajo adherimos a la perspectiva de género y la utilización del lenguaje inclusivo y no sexista, en repudio a todas las formas de discriminación patriarcales y colonialistas. Por cuestiones de comodidad en la edición, corrección y lectura hemos decidido que aún no estamos preparadas para usar la “e” en todo el trabajo, intentamos reemplazar por palabras no binomiales y aclaramos que en los casos en que no logramos mantener la concordancia de género gramatical en toda la redacción, hacemos referencia a cualquier identificación de género de manera indistinta, con un trato igualitario y respetuoso.¹

¹ <https://www.ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2018/11/IPPDH-MERCOSUR-RAADH-Manual-Lenguaje-no->

PRESENTACIÓN

En este trabajo integramos conceptos y técnicas adquiridas durante nuestra formación académica con lo aprendido “*en acto*”² durante una experiencia laboral compartida en el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. El presente Trabajo Integrador Final (TIF) es un ejercicio interdisciplinar que busca mostrar cómo se articulan las profesiones. El objetivo del ejercicio es realizar un aporte a las políticas públicas de la ciudad de Rosario desde el Enfoque de Derechos para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Valoramos esa experiencia laboral como una primera exploración del campo que involucra el área temática de las políticas públicas que nos permitió comprender la complejidad de las mismas y también como un espacio de prácticas pre-profesionales multidisciplinares complementario al que las carreras nos ofrecieron; el de la gestión de “lo público” en los ámbitos estatales.

Luego de muchas discusiones, consultas y un primer recorrido conceptual e institucional logramos cierto consenso de objetivos e intentamos avanzar en la formulación de un Proyecto con la hibridez metodológica que caracteriza a las políticas públicas que surgen de espacios multiactorales, como el que habitamos en la experiencia de referencia.

Nuestra propuesta tiene una escala pequeña, pero no por eso es modesta. En perspectiva estratégica pretende ofrecer algunas ideas para la construcción de un nodo barrial a partir del cual se puedan generar pequeñas articulaciones intersectoriales para conformar una en red en función de los Derechos Humanos (DDHH) de las personas mayores. Partimos de la idea de que la realidad es compleja y que permite ser observada desde distintos planos y niveles que se integran en una totalidad inabarcable

² “*aprendizaje en acto*”: referencia a la estrategia de gestión priorizada por el Ministerio de Salud de Santa Fe entre el 2008 y 2015, que se sostiene en un abordaje constructivista de la educación para el trabajo en salud que es horizontal, reconoce la existencia de saberes previos y apela a la identificación del sentido político-ideológico de las tareas. Abordada por varios autores y denominada por convención como Educación Permanente en Salud (EPS) a partir de publicaciones de la OPS (Mario Rovere, María Cristina Davini, Emerson Merhy, Gastón Souza Campos y otros) Es Emerson Merhy quien utiliza con mayor frecuencia los términos “*en acto*” y “*trabajo vivo*” para hablar de la construcción de conocimiento y la producción de cuidado en el espacio micropolítico.

de la que son parte los sujetos. En este marco, con palabras de Alicia Stolkiner afirmamos que:

“La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos”³.

La experiencia vivencial a la que referimos, trabajando juntas en una institución de salud y los vínculos en ella construidos, fueron determinantes de muchas decisiones respecto a este trabajo. Fundamentalmente la de forzar el encuentro teórico y metodológico de las disciplinas que académicamente nos convocaron para su realización. Ciertamente, en principio consideramos que iba a ser algo más sencillo por tratarse de carreras que se nucleaban en la misma Facultad.

El tránsito anterior nos permitió hacer reflexiones sobre el Estado desde su interior y fundamentalmente establecer relaciones interpersonales que faciliten la tarea a compartir. Si bien la experiencia en el Ministerio de Salud no tuvo una relación directa con la problemática que en esta oportunidad pretendemos impulsar, la referencia a un proyecto compartido y particularmente su relación con la cooperación internacional fueron antecedentes importantes para justificar nuestra propuesta actual en los intercambios con los docentes. Además para nosotras significó una instancia de aprendizaje que interpeló todas nuestras verdades ideológicas, teóricas y hasta nuestras *“vocaciones profesionales”*. Como a través de un caleidoscopio, en ella pudimos ver como personas con ideas e intereses diferentes construyen las múltiples articulaciones que dan forma final a las Políticas Públicas en relaciones cara a cara. Posteriormente, en su ejecución, estas involucrarían a diversas disciplinas, a organizaciones de distintas dependencias y entidad, a más de una instancia estatal, y en consecuencia a trabajadores de más de una jurisdicción y espacios geofísicos no siempre comparables.

Llegamos al Ministerio sin conocernos y desde distintos lugares. Fuimos convocadas a trabajar en distintos equipos sin que eso tuviera en todos los casos, una relación con lo disciplinar. A cada una de nosotras se nos asignó una unidad operativa de pertenencia y

³ Stolkiner, A. (1987). *De interdisciplinas e indisciplinas* en Elichiry, N. (compiladora) *El Niño y la Escuela Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.

ciertas funciones específicas. Jimena Carchano, estudiante de Trabajo Social ingresó al área de Comunicación Institucional en Salud del Nodo Regional Rosario, Elisa Ciarniello, también estudiante de Trabajo Social llegó al equipo de Coordinación de Gabinete en Salud desde un dispositivo de enlace denominado Gabinete Joven y Cecilia Cuenya, estudiante de Relaciones Internacionales, fue contratada para la coordinación de un Proyecto que se desprendía de un acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

A partir de los vínculos que generamos en esa experiencia de trabajo y frente a un cambio en las condiciones para la presentación de las tesinas de grado dentro de la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales se hizo posible que preparemos juntas nuestro trabajo final. Al inicio, desde ambas carreras, nos plantearon objeciones respecto a las intenciones del trabajo y también reparos sobre la posibilidad de conjugar los contenidos de las carreras que representamos que no nos desalentaron. Esbozamos una propuesta integral para intervenir en políticas sociales y nuestro primer argumento de defensa de la idea fue que esa integralidad no podría lograrse de ninguna manera desde una perspectiva positivista o un enfoque uni-disciplinar. Por eso el trabajo requiere ser interdisciplinario e implica también explorar en varias disciplinas más. Según lo observado en la experiencia previa, nos animamos a afirmar que la Planificación y Gestión de Políticas Sociales conforman un campo híbrido de prácticas que necesita de distintas áreas de conocimiento.

En definitiva fue el paradigma o enfoque de los DDHH el que nos ofreció el paraguas para el encuentro e hizo evidente la existencia de un campo compartido para el ejercicio profesional de ambas carreras. Una vez que nuestro anteproyecto de tesis fue autorizado ese mismo enfoque fue el que nos hizo posible tomar posición en momentos de tensión, especialmente para sortear las contradicciones que nos surgieron con lo planteado por algunos referentes globales de salud a través de los organismos de cooperación internacional al desarrollo (CID). En términos metodológicos, intentamos hacerlo combinando métodos y técnicas de manera intencionada para el análisis de la problemática y el planteo de nuestro proyecto.

Enfocar en los derechos de la población de personas mayores y la idea de trabajar para un Envejecimiento Activo y Saludable (EAS) fue una decisión vinculada a la significación de la problemática en la sociedad actual. También fue valorada la aparición de esta

temática en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y otras agendas que definen las prioridades de los países miembros de la Organización de Naciones Unidas (ONU), entre ellas del nuestro. Mientras que plantear el aporte de la CID como opción de viabilidad tuvo que ver por un lado con suponer los límites financieros del Estado local para la ejecución de un proyecto de inversión en tiempos de crisis, la validación por entidades internacionales de nuestra idea y también con la posibilidad de gestionar asistencia técnica internacional en el marco de instancias de cooperación Sur/Sur u horizontal con organizaciones de países latinoamericanos o europeos cuyos programas de apoyo sean los más compatibles con las ideas que orientan la propuesta.

Por eso pusimos énfasis en la experiencia compartida. Allí reconocimos que existen campos de intervención comunes para las Relaciones Internacionales y el Trabajo Social en el campo salud, como también podría haberlo en la formulación y ejecución de otras políticas sociales. Particularmente el campo salud es un escenario multi-actoral de escala global en el que las ideas y los intereses de los actores se tensionan en todas las instancias del proceso de concreción de la políticas en el que los organismos internacionales toman cada vez más protagonismo.

Este trabajo lo comenzamos a realizar hace más de un año, lo transcurrido desde comenzamos las primeras indagaciones en la temática justifica la necesidad de estos comentarios posteriores. No podemos obviar que en el momento en el que nos encontramos el contexto ha cambiado bastante.

Como expresa el sociólogo portugués Boaventura da Souza Santos⁴ el coronavirus desordenó todos los escenarios y deberíamos aprovechar para aprender, para construir herramientas para transformar las situaciones de injusticia en un ejercicio incesante que ligue la teoría a las prácticas. Esta pandemia, según el autor es un “producto” de la globalización porque el virus se expandió rápidamente y por avión. De repente muchas cosas poco visibles aparecieron altamente expuestas, como las desigualdades sociales, los déficits institucionales y las contradicciones.

Se generaron transformaciones en la vida cotidiana, en la forma de estudiar, en la construcción de lazos sociales y en los modos de abordaje del cuidado, y también se renovaron nuestros interrogantes.

⁴ Sousa Santos, B. (2020). “La cruel pedagogía del virus”. Traducción Paula Vasile. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Transnational Institute. En: <http://www.codajic.org/node/4399>

La Duda

La temática elegida para la elaboración de una propuesta de intervención nos llevó a revisar grandes cuestiones, paradojas de la humanidad, debates filosóficos elementales sobre los cuales no hemos hecho más que hacer crecer las preguntas para no llegar a ninguna certeza ni acuerdo.

Con el proceso bastante avanzado y una de las integrantes del equipo en Suecia se expande en el mundo un virus que nos patea el tablero, se cierran las fronteras, se dicta un Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio.

La pandemia por Covid-19 reaviva nuestros interrogantes, a nivel colectivo, la llegada de una “amenaza externa” pone en jaque al sistema productivo y nos hace pensar en salvaguardar la especie, generar estrategias colectivas de cuidado que implican romper con la cotidianeidad hasta ahora conocida.

La temática elegida ya no es un tema olvidado, está en la vidriera, mucho de nuestra búsqueda hoy es moneda corriente en las redes, nuestra propuesta podría evaluarse desde otros lugares. Conceptos clave como riesgo y vulnerabilidad aparecen en boga, se manifiestan de manera explícita los valores subyacentes en las decisiones de cada modelo de gobierno.

Y en ese marco, hoy en día las distintas sociedades se preguntan:

¿Qué es más importante, la vida o la libertad?

¿Qué priorizamos, la salud o la economía?

¿Quiénes tienen que hacerse cargo del cuidado?

¿Quiénes tienen que realizar las medidas de aislamiento preventivas, las personas en riesgo para no llegar a una situación extrema, o las personas con menos posibilidades de enfermar de gravedad para no poner en riesgo mayor a las demás?

¿Es responsabilidad individual o colectiva?

Si nuestras sociedades están cada vez más envejecidas, ¿qué expectativas tiene esa población? ¿Qué transformaciones debe darse el sistema productivo?

¿Cuál es la verdadera amenaza, el virus o el sistema en el que vivimos?

¿Cuál es la nueva normalidad?

¿Cómo se evita saturar los sistemas de salud para que el riesgo se minimice y la asistencia sea oportuna y adecuada?

Quienes toman decisiones en estos momentos se enfrentan a complejas cuestiones de implicancias éticas, como elegir a quién brindar un respirador, es decir, a quien extender la expectativa de vida, y por supuesto, a nivel social se visibiliza la elección por la potencia de la juventud, del cuerpo sano... Hablamos de potencial porque es eso lo que aparece de trasfondo y se mide cuando se decide sobre la vida, las infinitas posibilidades de futuro...

Y nos preguntamos muchas veces nosotras, sin respuestas certeras: ¿qué es entonces la vida, un conjunto funcional de signos biológicos o una decisión? ¿Qué futuro estamos construyendo? ¿Qué voz suena más fuerte, la ciencia, la economía, el mercado, la política? ¿A quién corresponde responder?

Lo Global

Vivimos en una contemporaneidad en la cual la información de lo que sucede en otra parte del mundo está al alcance instantáneo.

La palabra pandemia remite a lo global, es la propagación de una enfermedad a nivel mundial. Esto no implica que necesariamente impacte a todos los lugares afectados de la misma manera, el virus es el mismo y tiene un comportamiento similar pero las decisiones que cada sociedad tome al respecto son diferentes y por ende la manifestación de esta tendrá distintas consecuencias.

Expresa Mario Rovere⁵ en la entrevista realizada por un integrante de esta facultad:

...entre enfermar y morir están los servicios de salud, pero entre enfermar y no enfermar está la política pública.

A comienzos del presente año, al salir de China la propagación del virus Covid-19, se desata un problema de Salud Internacional. Lo cual por un lado abre a la cooperación frente a lo que se considera una amenaza externa común y por el otro desnuda el peso de la soberanía⁶. Particularmente resuenan los conceptos de cooperación sanitaria y soberanía sanitaria. Se pone en tela de juicio el valor de la legitimidad discursiva de la OMS. Se discute el financiamiento y el funcionamiento de los organismos internacionales.

⁵ Toffoli, S. (2020). *La pandemia desde el sanitarismo: entrevista con Mario Rovere: "entre enfermar y no enfermar está la política pública"* En: <https://sintesismundial.wordpress.com/2020/05/23/2894/>

⁶ Chul-Han, B. (2020). *La emergencia viral y el mundo de mañana*. En: <https://elpais.com/ideas/2020-03-21/la-emergencia-viral-y-el-mundo-de-manana-byung-chul-han-el-filosofo-surcoreano-que-piensa-desde-berlin.html> hace referencia a la soberanía analizando el cierre de las fronteras en Europa

*...En esta lógica, lo que trata de instalar es la siguiente idea: el capital logra desbordar el control de los países para colocarse por encima de la política [...] Lo primero que deberíamos decir es que **el capitalismo globalizado fue contra la ONU en su totalidad**.*⁷

Estos organismos tienen gran influencia en territorio latinoamericano, financiando programas y por ese medio, instalando directrices ideológicas.

Fue muy visible la diferencia entre el accionar de países como EEUU, Gran Bretaña y Brasil, que no tomaron en consideración las recomendaciones de este organismo.

*En el caso de la OMS, esta empezó a ser debilitada progresivamente. Estados Unidos financiaba, más o menos, el 20% del organismo y casi el 50% del Organización Panamericana de la Salud (OPS). A su vez, no usaba ninguna de las dos organizaciones, sino que las usaba para controlar a los demás. No se somete a la opinión de ninguna de las dos agencias.*⁸

La OMS y la OPS en este contexto priorizan la vida y se desprenden de los modelos mercantiles de la salud.

Argentina no sólo tomó las recomendaciones hechas por este organismo sino que fue seleccionada como uno de los 10 países en investigar la producción de vacunas y test.

⁷ Toffoli, S. (2020). *La pandemia desde el sanitarismo: entrevista con Mario Rovere: "entre enfermar y no enfermar está la política pública"* En: <https://sintesismundial.wordpress.com/2020/05/23/2894/>

⁸ Toffoli, S. (2020). *La pandemia desde el sanitarismo: entrevista con Mario Rovere: "entre enfermar y no enfermar está la política pública"* En: <https://sintesismundial.wordpress.com/2020/05/23/2894/>

Lo cotidiano, lo territorial, lo singular

Como plantea Carballeda⁹ lo primero a mirar es el escenario de intervención y la construcción del imaginario social de la pandemia, según el autor *“el territorio marca una singularidad que singulariza la enfermedad”*.

Situándonos entonces en un contexto en el cual las políticas públicas de inclusión a nivel nacional vienen siendo golpeadas desde el gobierno de Mauricio Macri, y siendo este un trabajo centrado en la salud, no podemos dejar de mencionar, por ejemplo, la eliminación del Ministerio de Salud en su Plan de Ajuste (septiembre 2019) o la reforma al sistema previsional (2017), dos de las tantas medidas que golpearon fuertemente las posibilidades de intervención en lo que llamamos envejecimiento activo y saludable.

Por otra parte, al poco tiempo de comenzar el gobierno de Alberto Fernández, quien restituyó el Ministerio de Salud, estalló a nivel mundial la pandemia por coronavirus, que puso de manifiesto la necesidad de cuidar la salud de manera colectiva, de priorizar el cuidado a las llamadas “personas de riesgo”, que incluían a personas mayores o con problemas de salud que los vuelvan vulnerables al Covid-19. El 20 de marzo del presente año el gobierno nacional decretó el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO).

Esto cambia rotundamente el foco. Se comienza a revalorar el rol del Estado intervencionista.

Según Carballeda existe una *“mirada que cada vez se colectiviza más, un avance interesante a tener en cuenta del contexto actual, quizás por la presencia activa del Estado, desde lo asistencial, desde la implementación de la cuarentena, desde el cuidado, idea de cohesión y de sociedad que venía siendo cercenada desde hace décadas como uno de los efectos del neoliberalismo”*

Adquieren en nuestro país gran legitimidad las políticas públicas de contención de la pandemia. Las grandes medidas que podemos destacar en lo que respecta a nuestro campo de intervención son el ASPO, el equipamiento del sistema de salud y el financiamiento a personas que pertenecen a sectores informales de la economía.

“Quedate en casa” resuena como campaña contra el virus y al ser la principal medida de prevención pone la mirada sobre el “adentro”. Se hacen notables las desigualdades sociales, las diferencias en el significado de “casa” y lo que en ese lugar tiene posibilidades de suceder.

Las intervenciones ahora se realizan en los “entres” hacia el afuera, en la injerencia de lo público sobre lo privado.

⁹ Carballeda, A. (2020). *Reflexiones sobre el Trabajo Social en Tiempos de Pandemia*. En: Entredichos. Publicado el 16 de abril de 2020. <https://www.youtube.com/watch?v=OV07x6Q197Y>

Lo Viejo

Más allá de lo que luego desarrollaremos a lo largo del presente trabajo, la idea de lo viejo remite a una temporalidad extensa, y muchas veces acerca a la percepción de caducidad.

La pandemia por coronavirus nos puso frente al fin de lo conocido, frente a la noción de muerte¹⁰. No sólo la muerte de las personas enfermas sino también la transformación rotunda de un modo de vida al que estamos acostumbradas.

Y esto es algo que el trabajo con personas mayores tiene de manera constante, la transición entre lo que se acabó y lo que aún queda por delante, el desafío de la aceptación y de la adaptación.

Como expresa Verónica Cimatti¹¹: *...Aquellos que trabajamos en el campo gerontológico sabemos construir procesos de intervención que nos conectan con la dimensión de la muerte, con la finitud de la vida. Es una variable que acompaña irremediamente la construcción de dispositivos de cuidado y que nos permite revisar el proceso en distintos momentos a fin de garantizar en el otro la "dignidad de morir". Hoy no es sólo una variable, es un alerta sobre cómo ejercer la profesión, qué estrategias darnos en un escenario que nos desafía a reinventar el espacio con el "otro", con el sujeto de la intervención.*

Aparece en primer lugar la noción de "cuidado"¹² y hace mella en la interdependencia

¹⁰ Cernuda, P. (2020). *Pensando la fragilidad de estar vivo*. En:

<http://entredichos.trabajosocial.unlp.edu.ar/2020/05/07/pensando-la-fragilidad-de-estar-vivo/>

¹¹ Cimatti, V. (2020). *Reflexiones en tiempo de pandemia*

¿Cómo pensar la profesión en tiempos de coronavirus?

¿Cuáles son las posibles formas de intervención con personas mayores en el marco de COVID-19? En:

<https://www.margen.org/pandemia/cimatti.html>

¹² Cruz, V. y López, N. (2020). *El cuidado en tiempos de pandemia, algunas notas en clave de derecho*.

<http://entredichos.trabajosocial.unlp.edu.ar/2020/05/08/el-cuidado-en-tiempos-de-pandemia-algunas-notas-en-clave-de-derecho/>

que tenemos como seres sociales. Como mencionamos anteriormente, empieza a cobrar especial importancia el "adentro", lo "privado", las actividades domésticas, y se visibiliza la necesidad de reorganización de las tareas diarias, tradicionalmente asociadas de manera desigual a "lo femenino".

Desde esta posición, pensamos el cuidado en términos de desfamiliarización, estableciendo rupturas conceptuales y políticas respecto de: la reproducción y la construcción de las necesidades de cuidado; el espacio y las formas en que éste se desarrolla; la división sexual del trabajo; el reconocimiento y redistribución del cuidado; así como las múltiples maneras organizativas en las que éste se resuelve (Fournier, 2017). Asimismo, comprendemos al cuidado desde una doble dimensión, como derecho a ser cuidado y derecho a cuidar en condiciones de calidad, demandando la articulación y efectivización de políticas estatales que pongan en tensión las desigualdades estructurales y aumenten la autonomía y bienestar de familias e individuos.

La desfamiliarización del cuidado en lo que respecta a personas mayores, si el Estado no brinda opciones, regulando y garantizando los derechos, pasa a manos del mercado (siendo de igual modo mayoría de mujeres las trabajadoras de estas instituciones) potenciando las grandes desigualdades existentes.

*...Vilma Paura, especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales, decía: "Cuando el Estado participa en la atención y el bienestar de las personas mayores garantiza el acceso a bienes y servicios más allá de la posibilidad de comprarlos en el mercado. En cambio, cuando no lo hace o tiene una participación restringida, esto queda librado a la posibilidad que tengan ellos y sus familias de poder pagar los precios del mercado"*¹³

¹³<https://www.pagina12.com.ar/265127-coronavirus-residencias-para-mayores-los-mayores->

<https://www.pagina12.com.ar/265127-coronavirus-residencias-para-mayores-los-mayores->

¿Qué impacto tiene esta pandemia en las personas mayores?

Al ser las llamadas “de riesgo”, se les solicita a las personas mayores que se cuiden de manera extrema, esto implica un distanciamiento social absoluto y la detención de sus actividades.

A su vez, se pone de manifiesto la necesidad de apoyo, para actividades cotidianas, para contención subjetiva, por ejemplo se abrieron voluntariados¹⁴ como “Rosario Cuida a los Grandes” en la que una de las actividades principales es la realización de llamadas telefónicas a personas mayores. Queda expuesta la necesidad de ampliar las redes de socialización y sobre todo las condiciones de soledad y aislamiento en las que generalmente vive este segmento poblacional. Además, dentro de esa población hay grandes diferencias, se está viendo que aquellas personas que están institucionalizadas son quienes más riesgos corren de enfermar por covid-19.

Según experiencias personales en estos meses de ASPO el deterioro de las personas mayores se hace evidente, cuando se debilitan los lazos con otras personas comienza a debilitarse su salud, se “pierden”, envejecen más rápido, lo que demuestra la importancia de la actividad y la sociabilidad para un envejecimiento activo y saludable.

Aunque muchas veces estas situaciones se prescriben como acciones de responsabilidad individual. Por ejemplo suele culpabilizarse a las personas mayores por no acatar las medidas de prevención de manera correcta, sin preguntarse si las habrán comprendido, si estará a su alcance cumplirlas o cuánto sufrimiento provoca un

peligros?fbclid=IwAR26CwKD07U2lh7sFfsFnz98yvl6n9lQJJe-41B4uigl65cj3JNM3cdyXhg

¹⁴<https://www.rosario.gob.ar/web/coronavirus/inscribe-como-voluntario>

aislamiento mayor cuando el único intercambio diario es “ese mandado que realiza”, ejemplo claro el de las colas de los bancos¹⁵ cuando se anunció el pago de jubilaciones.

...“Viejismo” es el término que emplea para sintetizar el conjunto de respuestas y políticas de Estado que el coronavirus activó a nivel mundial. Término acuñado en 1969 por el psiquiatra Robert Butler para aludir a toda práctica que discrimine, invisibilice, desprecie o silencie a un ser humano sólo por ser viejo. “Se ha invisibilizado el fenómeno del envejecimiento. No se habla demasiado de él. Se ha desarrollado una cultura viejista, a partir del silenciamiento de los problemas específicos de personas mayores. Se las pone a todas en la misma bolsa, en el lugar de la dependencia. Nos equivocamos completamente”, sentencia la especialista. En esa dirección se inscriben medidas como la obligación de llamar por teléfono antes de salir o actitudes como culpar a los jubilados que no saben usar el cajero automático.¹⁶

La mirada social se pone entonces sobre los vínculos y la idea de fragilidad y dependencia.

Paula Danel, reflexionando sobre sus propios interrogantes encuentra respuestas en transiciones teóricas sobre los modos de la dinámica inclusión-exclusión, y hace referencia a esta idea:

...La imagen social que acompaña esa dependencia refuerza la idea de que sólo algunos sujetos requieren apoyo social de otros. Esa idea de dependencia como sinónimo de debilidad ha calado hondo en la producción de lo público y en las formas que asume la tarea de cuidado.¹⁷

¹⁵ <https://www.lacapital.com.ar/pandemia/las-imagenes-las-colas-jubilados-que-desbordaron-los-bancos-n2575331.html>

¹⁶ <https://www.pagina12.com.ar/265127-coronavirus-residencias-para-mayores-los-mayores-peligros?fbclid=IwAR26CwKD07U2lh7sFfsFnz98yvl6n9lQJJe-41B4uigl65cj3JNM3cdyXhg>

¹⁷ Danel, P. (2020). Los lazos sociales como reaseguro de la inclusión. En *La intervención en lo social en tiempos de pandemia*. MARGEN, Revista de Trabajo Social. En:

<https://www.margen.org/pandemia/danel.html>

Entendemos que uno de los puntos centrales de las intervenciones en clave de derecho apunta a restituir la autonomía, que el hecho de que la población de personas mayores sea la priorizada para el cuidado es una oportunidad para una reivindicación histórica y un cambio de paradigma.

Lo Oportuno

Se trata de cuestiones de tiempo y espacio, de cruces y elasticidades, de fronteras y virtualidades, de paciencia y resistencia, de preparación y acción...

Se nos inculca durante toda la carrera: “que lo urgente no tape lo importante”...

Hoy esas dos cosas se unen, las crisis representan esos cruces en los que es imperioso actuar y sobre los que se disponen a unirse distintas fuerzas para combatir algo mayor.

Esos cruces son también ideológicos, disciplinarios...

A veces desde cerca no se ve y se trata de alejarnos para sentirnos...

A veces desde la incertidumbre se abre la oportunidad...

Hoy es oportuno rescatar esas luchas que parecían invisibles. Sin hacer especulaciones grandilocuentes ni pretender que esta oportunidad sea revolucionaria creemos que es momento para poner el foco en otros lugares.¹⁸

Hoy queda claro que mirar afuera sirve de ejemplo pero las decisiones son propias, que la cooperación existe pero la soberanía prima.

Hoy se toma conciencia del cuerpo, del cuerpo como medio, como afecto, de que la ausencia de cuerpos es la pausa de la producción.¹⁹

Hoy se vuelve virtual la presencia.

Hoy se esparce la solidaridad, aunque sea como instinto de supervivencia.²⁰

Se estiman diversas salidas de esta crisis global, panoramas trágicos o idílicos...

En la praxis dialéctica como trabajadoras de la cuestión social, lo que podemos sugerir es que la salida se construye recorriéndola, y que las decisiones que tomemos hoy serán las que formen los futuros escenarios.

¹⁸ Chul-Han, B. (2020). En: *La emergencia viral y el mundo de mañana*. En: <https://elpais.com/ideas/2020-03-21/la-emergencia-viral-y-el-mundo-de-manana-byung-chul-han-el-filosofo-surcoreano-que-piensa-desde-berlin.html> parafrasea a Naomi Klein cuando plantea que la conmoción puede ser momento propicio para establecer un nuevo sistema de gobierno y discute con Zizek diciendo que la disputa es entre un capitalismo y otro y no entre una revolución o un comunismo mundial...plantea que este aislamiento no promueve un sentimiento de solidaridad colectiva y que nosotros, seres de razón somos quienes tenemos que restringir radicalmente el capitalismo destructivo

¹⁹ Berardi, B. (2020). *Crónica de la psicodéflación*. En: <https://cajanegraeditora.com.ar/blog/cronica-de-la-psicodeflacion/> habla de la “detención de la máquina”
²⁰ <https://www.pagina12.com.ar/255882-la-filosofia-el-coronavirus-un-nuevo-fantasma-que-recorre->

INTRODUCCIÓN	4
---------------------------	----------

PARTE I

EL ENCUENTRO: EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN

CAPÍTULO I

Punto de Partida y Primeras Tensiones

I.A Las personas, los equipos, la interdisciplina y las redes	11
I.B Tensiones entre el Enfoque de DDHH y la Cooperación Internacional	15
I.C El Proyecto “OPS”	17
I.C.1 Hacia la Construcción del Proyecto.....	18
I.C.2 Proceso de Formulación del Proyecto.....	20
I.C.3 Ejecución del Convenio.....	21

CAPÍTULO II

El Rumbo: Acuerdos Conceptuales en torno al Derecho

II.A Políticas Sociales	25
II.B Políticas Sociales y Enfoque de DDHH	27
II.C Políticas de Salud	30
II. D La Complejidad en el Campo Salud	34
II. E Salud Internacional	36
II.F Cooperación para el Desarrollo y Descentralizada	
II.F.1 Acercamiento al concepto de Cooperación Internacional para el Desarrollo (CID)	40
II.F.2 El rol de los Gobiernos Locales en la CID: la Cooperación Descentralizada	42

II. G Personas Mayores y Enfoque de DDHH	
II.G. Las Ideas y las Normas	43
II.G.1.a) Envejecimiento Activo y Saludable.....	47
II.G.1. b) Co-viviendas u Hogares Compartidos	49

CAPÍTULO III

La Guía de Viaje: Instrumentos y Técnicas

III.A Sorpresas en el Camino y decisiones tomadas	54
III.B Enfoque de Marco Lógico	59
III.C Análisis Institucional/Historia Institucional	61
III.D Diagnóstico de Situación/ Análisis de Situación	63
III.E Mapa de Problemas y Mapa de Actores	65

CAPÍTULO IV

Fotografías del Territorio: Datos e Información

IV.A La localidad	70
IV.B El Barrio La Tablada	71
IV.C Principales datos duros	75
IV.C.1 Población de Personas Mayores	77
IV.D Las políticas y las Organizaciones en Territorio	80
IV.D.1 Políticas de Promoción	82
IV.D.2 Políticas de Asistencia	94
IV.D.3 Políticas Asilares	88
IV.F El sentido de la Cooperación Internacional en Santa Fe y Rosario	90

CAPÍTULO V

Interpretando el Paisaje, casi en la meta: Problemas Y Actores

V.A Mapa de Actores	92
V.A.1 Del Mapa de Actores según potencial función en el Proyecto	94
V.B Problematización y priorización.....	99

CAPITULO VI

Junto al Boceto de la Obra

VI.A Resumen Ejecutivo de Proyecto	106
--	-----

PARTE II

NUESTRO APORTE

VII.1 El acercamiento a un Proyecto	108
---	-----

Índice

Parte A: Datos Generales del Proyecto

Parte B: Diagnostico de Situación

Parte C: Problemas, Objetivos y Abordaje

Parte D: Descripción del Proceso de Intervención

Parte E: Presupuesto General Del Proyecto

Parte F: Cronograma de Trabajo y Plan de Inversión

Parte G: Evaluación y Rendición

Parte H: Anexos

<u>REFLEXIONES FINALES</u>	173
---	-----

REFERENCIAS

Siglas.....	177
-------------	-----

Bibliografía.....	178
-------------------	-----

ANEXO

Registro de las entrevistas.....	186
----------------------------------	-----

Este trabajo describe un proceso que relata distintas búsquedas, tensiones y posicionamiento final del equipo para poder alcanzar un “producto aplicable” desde un ejercicio interdisciplinario de planificación a escala local. El objetivo general de ese producto es la creación y puesta en marcha de una nueva modalidad institucional cuyo fin es mejorar la calidad de vida de un grupo de personas mayores y garantizar el Envejecimiento Activo y Saludable (EAS) en tanto sujetos de derecho. Estos ciudadanos habitan en condiciones de vulnerabilidad en la proximidad del Hospital Geriátrico Provincial (HGP) de Rosario, más precisamente en el Barrio denominado “La Tablada”.

Aunque cualquier otro grupo poblacional hubiera permitido el ejercicio que pretendemos, elegimos el de las personas mayores por lo acelerado de su crecimiento relativo y porque en la actualidad esa cuestión está interpelando a las políticas públicas y a las instituciones a nivel mundial. Así como en algunos países desarrollados se vienen implementando distintas alternativas de solución, en Argentina se habla cada vez más del tema. Sin embargo, hemos visto en base a las entrevistas realizadas, que las necesidades y demandas de cuidado domiciliario de las personas mayores no han alcanzado aún a dinamizar procesos de innovación en las organizaciones del Estado.

Mientras que las instituciones para personas mayores existentes conservan un perfil predominantemente asilar o sanatorial, la integración de las distintas dependencias estatales en torno a esta temática va con un ritmo más lento que otras cuestiones como consumos, violencias o temas de géneros. Esto nos llamó la atención particularmente en las áreas de salud pública, donde más avance en perspectiva de DDHH ha existido respecto al abordaje de grupos vulnerables como niños, mujeres o discapacitados y sin embargo no aparecen definiciones similares para las necesidades de las personas mayores²¹.

La idea de esta nueva entidad a la que llamaremos “Vivienda Compartida para Personas Mayores” tiene referencias múltiples. Unas se basan en las iniciativas extranjeras de orden estatal o privado que se extienden en algunos países desarrollados como opción

²¹ Dabove, M. I. (2008). *Derecho a la vejez*. Buenos Aires. En: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/derecho-de-la-vejez>

para reducir el aislamiento social de estos ciudadanos y otras en las llamadas “Casas de Medio Camino” que surgieron en el ámbito de la salud mental como alternativa al manicomio en el marco del llamado proceso de “*des-manicomialización*”. Estas últimas ya existen en el ámbito estatal de la provincia de Santa Fe y se inscriben en una estrategia de desarrollo de dispositivos alternativos a la internación que, además de estas viviendas, ha logrado instituir otro tipo de servicios como la internación domiciliaria, la cirugía ambulatoria, los centros de día o los talleres educativo-terapéuticos. Todos estos ejemplos están siendo cada vez más reconocidos por su eficacia terapéutica y social desde el enfoque de DDHH y también por su eficiencia en términos económicos.

Las similitudes encontradas entre las necesidades de las personas mayores de barrios vulnerables y los usuarios de servicios públicos de salud mental radican en que la vulneración de sus derechos no sólo se vincula a la problemática que les afecta por su edad o situación de salud. Esas cuestiones toman otro significado cuando acontecen en un entramado de determinaciones políticas, económicas, familiares, culturales y sociales que afectan sus condiciones de vida y los excluyen aún más.

La nueva figura estatal que proponemos quedaría a “*medio camino*” entre la vivienda familiar y la institución hospitalaria o asilar, entre los servicios de salud y los de otras áreas de ejecución de políticas sociales y entre las organizaciones de la comunidad y las del Estado, igual que una vivienda común. En esa posición podría conformar algo así como un pequeño nodo territorial que como experiencia piloto tense distintas redes estatales y fuerce su encuentro.

La propuesta se caracteriza por responder a un modelo integral de cuidado que desde el enfoque de DDHH promueve la autonomía y participación de estas personas. La construcción del mismo se lograría fortaleciendo articulaciones entre los actores del territorio, comprometiéndolos para la integración de recursos y capacidades de cada quien y promoviendo la creatividad a partir de la reflexión sobre lo que existe.

De este modo, en un plano más general, este trabajo también pretende contribuir con el proceso de construcción de Políticas Públicas más integrales propiciado desde que el enfoque de DDHH comenzó a atravesarlas. Si nuestra Idea/Proyecto se concreta, podría sentar un precedente para futuras construcciones similares. Por eso el principal

resultado esperado de este ejercicio académico, además de la construcción de conocimiento, es contribuir a la intervención desde nuestro lugar.

Sin mucha conciencia de los desafíos que implicaba ser parte de esta reciente innovación dentro de la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales, nos entusiasmó seguir aprendiendo juntas y en el “*hacer*” como había sucedido en nuestra experiencia en el Ministerio de Salud. Entonces decidimos buscar un producto final que, en potencia, tuviera utilidad real para la gestión territorial: un anteproyecto en enfoque de DDHH formulado con una lógica de presentación compatible con la que se requería en proyectos de CID con todas las contradicciones que esa idea implicaba.

Con una pre-visualización de ese documento de proyecto tuvimos la posibilidad de transitar diversos territorios disciplinares, jurisdiccionales e institucionales. Aunque no hayamos anclado o profundizado lo suficiente en ninguno de ellos, el recorrido nos permitió observar de cerca la complejidad de la problemática de las personas mayores en lo social, las tensiones que habitan dichos territorios y los desafíos que surgen al trabajar en proyectos que implican innovaciones. Luego de muchos ensayos y correcciones en un proceso de escritura que no prosperaba, a último momento pensamos que ese recorrido, con sus avatares, nuestras observaciones, reflexiones y posicionamientos relativos merecían ser compartidos tanto o más que la Idea/Proyecto, la que de algún modo fuimos recogiendo de los referentes entrevistados.

Entonces nos desprendimos del índice previsto e inspiradas en las propuestas de intervención de la naturaleza que vienen de la corriente de Land Art²² apelamos a construir un relato de ese proceso como metáfora de un viaje que atraviesa un paisaje caracterizado por lo que vamos viendo y viviendo en esos territorios en nuestro tránsito hacia el documento de Proyecto entendido como “La Obra”. Esta tesis se plantea entonces como una bitácora de viaje de un artista de Land Art que encuentra en la naturaleza el material que le sirve para la construcción, se nutre de todo lo que halla a su paso y produce una obra efímera que sólo modifica la realidad sutilmente, aunque

²² “Sin ser consciente de ello estabas realizando una pequeña obra de arte, algo efímero, destinado a desaparecer en un breve espacio de tiempo. Sin darte cuenta, tu instinto creativo ha salido a la superficie y sirviéndose de pequeños objetos y materiales de la propia Naturaleza, has creado formas y figuras que han llenado una necesidad. En cierto modo, acabas de formar parte de un movimiento artístico llamado Land Art”. (FANE, Lourdes- Barcelona. En <http://manifiestodearte.com/land-art-el-arte-efimero/>) Consulta febrero 2020.

además de haber influido en el artista pretende hacerlo en quienes la observen o estén reflejados en ella.²³

El escrito tiene entonces dos grandes bloques. El primero comprende cinco capítulos que dan cuenta de los principales registros en la bitácora y los elementos recogidos en el viaje. En el segundo bloque o parte II, se encuentra el resumen ejecutivo del proyecto, en forma de avance o anteproyecto, y nuestras reflexiones finales. Por último las referencias consultadas y un anexo que contiene la desgrabación de las entrevistas realizadas.

En el Capítulo I se ancla la partida, describiendo la experiencia compartida en el escenario del Ministerio de Salud para señalar la importancia asignada a los actores en el juego de la construcción de políticas. En este también se da cuenta de un primer punto de tensión entre el enfoque de DDHH y la CID que luego irá siendo sorteado. Los componentes de este capítulo fueron agregados casi al final del proceso de escritura recuperando una sugerencia del Mg. José María Alberdi durante una consulta cuando ya no acompañaba el proceso de escritura.

El Capítulo II es una breve presentación de las principales categorías que componen nuestro marco teórico conceptual, que pretende dar precisión teórica sobre el objeto de análisis y claridad para implementar la diagramación del Proyecto.

El Capítulo III sitúa el núcleo de mayor tensión y dificultad para nuestro ejercicio. Este fue la elección de los autores de referencia y los instrumentos y técnicas para hacer el análisis de la situación y producir la información con la que luego elaboramos el anteproyecto.

El Capítulo IV da cuenta en parte del análisis de los datos cualitativos y cuantitativos recolectados para producir información sobre aspectos institucionales, problemática que afecta a las personas mayores y experiencias locales relacionadas con la cooperación internacional.

²³ es una corriente del arte contemporáneo en la que el paisaje y la obra de arte están estrechamente enlazados. Utiliza a la naturaleza como material (madera, tierra, piedras, arena, viento, rocas, fuego, agua etc.) para intervenir en sí misma. La obra generada es a partir del lugar en el que se interviene.

Mientras que el V capítulo se aproxima a la elaboración del Proyecto y pretende sintetizar la explicación de la situación en perspectiva estratégica aplicando técnicas simplificadas del PES y del MAPP de Carlos Matus.

En el capítulo VI se presenta el Resumen Ejecutivo del Proyecto, con avances de una propuesta a modo de borrador, tomando como referencia la estructura de datos generalmente solicitados en proyectos de CID.

Por último, en la segunda parte, se presenta un ejercicio de propuesta concreta, con plantillas que se han confeccionado usando como modelo las que se aplican en dependencias nacionales del ámbito sanitario o de hábitat. Estos a su vez se desprenden como subproductos internos de los llamados Proyectos Marco para el país acordados con organismos de crédito o de cooperación internacional, donde se simplifican las exigencias formales.

A modo de cierre, en esta última parte se sintetizan algunas de nuestras reflexiones sobre este proceso.

Los puntos del viaje que se señalan en cada capítulo son sólo algunas de las intersecciones entre muchas del camino. Las elegimos para dar cuenta de los principales momentos de tensión, duda y necesidad de toma de decisiones, por sugerencia de una de las tutoras, para poder explicar lo que podría aparecer como inconsistencias entre la fundamentación teórica y la concreción como “obra”. Fue por eso que luego analogamos el Proyecto a una obra de Land Art. Es el punto de llegada de una travesía con muchos momentos de incertidumbre y con suerte, podría dar inicio a otro recorrido a cargo ya de los actores locales. Fundamentalmente en esa imagen se simplifican y condensan elementos del paisaje con una metodología que hace que vaya tomando sus propias formas al punto de esconder a veces cuestiones de sentido. Como diría Edgar Degas “*El arte no es lo que ves, sino lo que haces que los otros vean*”²⁴ y lo que hemos podido observar en la realidad es que la planificación y la gestión de políticas con ideas de transformación, en general tienen tanto de técnica como de un jugar con imágenes que en algunas situaciones resaltan los contrastes y en otras los diluyen.

²⁴ Degas, E. en: Mateo Antón, A. (2016). *Urban land art: Estudio de casos*. En: <http://hdl.handle.net/10251/72099>

PARTE

I

EL ENCUENTRO:

Proceso de Planificación

CAPÍTULO I

PUNTO DE PARTIDA:

Primeras Tensiones

IA Las personas, los equipos, la interdisciplina y las redes

Entendemos que trabajar en equipo y construir redes son instrumentos de gestión adecuados para un proceso de democratización institucional como el que nos proponemos aplicando el enfoque en los DDHH para intervenir en los problemas de las personas mayores. En definitiva se trata de organizar estrategias vinculatorias, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas que deciden asociarse voluntariamente y aportar esfuerzo, experiencia y conocimientos para el logro de fines comunes. Un **equipo** es una entidad institucional y también una modalidad organizativa y de gestión del trabajo que adoptan quienes deciden ese tipo de vinculación. Sus principales características son la adaptabilidad, la flexibilidad, la apertura, la horizontalidad, la fluidez y la espontaneidad de las relaciones.

La esencia del **trabajo en redes** también se inicia en la decisión de una o más personas, instituciones o áreas institucionales de desarrollar una tarea en común, procurar objetivos compartidos explícitos y sin perder los rasgos de identidad de los participantes. Así como el equipo supone una cierta des-individuación, la red también implica un proceso de des-territorialización en términos de la apertura de las barreras jurisdiccionales, institucionales o disciplinares para deconstruir los territorios tabicados y construir campos de intervención compartidos.

En su libro *“Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad”*²⁵ Mario Rovere enumera cuatro objetivos a articular para poner en marcha una estrategia de trabajo en redes. Estas son:

- a) Reconocer redes vinculares, institucionales e intersectoriales existentes.
- b) Identificar a las redes como espacios para el desarrollo de procesos de producción de subjetividad y transformación social
- c) Valorar el fortalecimiento de las redes como un espacio de participación, transformación y desarrollo comunitario
- d) Potenciar y fortalecer los sistemas de redes pre-existentes o a crear.

Visualizando en el horizonte de este trabajo una propuesta en red para el cuidado de Personas Mayores en la ciudad que habitamos, decidimos construir el espacio

²⁵ Rovere, M. (1999). *Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

compartido (como equipo) atendiendo a su primera recomendación para poder anclarnos en ella para iniciar el viaje.

No lo tuvimos claro en ese momento, pero antes de constituirnos imaginariamente como equipo de planificación capaz de realizar una pequeña operación de apertura²⁶ hacia políticas públicas integradas en red, valoramos ciertas cuestiones relacionales previas y una suerte de “vista preliminar” que ya estábamos compartiendo.

Se trata de los elementos que Rovere²⁷ describe en escala inter-institucional como instancias o niveles a ser superados rumbo a la consolidación de una red. Entendemos que en lo inter-personal estos niveles fueron suficientemente alcanzados en la experiencia laboral compartida con anterioridad. En distintos espacios institucionales ya nos hemos asociado con objetivos de producción de piezas de comunicación y organización de actividades colectivas como encuentros y congresos, generando además otros vínculos de orden afectivo que continuaron más allá de las actividades que nos convocaron.

El Ministerio de Salud es un espacio que conceptualizamos como un “territorio institucional” porque en su interior hay una dinámica cargada de tensiones, contradicciones e intereses en puja, la que tal vez no es tan perceptible a la distancia. Ampliando progresivamente la escala de esta representación fuimos viendo como territorios al Estado Provincial completo, a las políticas de salud de la Argentina y las políticas mundiales de salud. También identificamos un territorio de lucha en el campo teórico de la salud que trasciende las fronteras nacionales y regionales para terminar determinando con fuerza lo que finalmente se produce en Latinoamérica y nuestro país.

Sin embargo, las contradicciones que el pensamiento crítico en salud nos muestra en la bibliografía, no se leen tan claramente en las escenas reales, porque ahí todo está mezclado y se presenta con una aparente unidad que exige mucho más tiempo de contemplación. En la experiencia laboral compartida con anterioridad tuvimos el “privilegio” de ver “desde adentro” uno de los puntos más opacos o menos conocidos,

²⁶ Testa, M. (1995). *Pensamiento estratégico y lógicas de Programación*. Colección Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.

²⁷ Cuando Mario Rovere caracteriza el grado de profundización de los vínculos en términos del valor que predomina en el proceso de construcción de redes escalona 5 conceptos: reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación, asociación.

donde actores regionales y locales se encuentran, tensionan entre ellos y muchas veces disputan espacio construyendo alianzas con actores externos a través de la CID.

Las tres coincidimos con valorar este tránsito compartido como una experiencia que nos dejó conocimiento para la gestión en políticas públicas, que podría ser aplicado desde el enfoque de DDHH. Tuvimos la oportunidad de participar activamente de distintas tareas que se desprendían de un proyecto político en el que dicho enfoque estaba claramente explicitado en casi todas las definiciones conceptuales y aparecía en muchas de las propuestas de intervención.

Desde nuestra perspectiva, a modo de observadoras participantes, pudimos ver las tensiones que provocaba la explícita voluntad de aplicar este enfoque para con el que había diferentes grados de adhesión al interior del equipo político, cuando entraba en contradicción con prácticas que estaban naturalizadas en la organización. Se destaca que raramente se explicitaba el origen ideológico²⁸ de las tensiones y solían ocultarse detrás de argumentos como problemas de comunicación, necesidad de capacitación o en las relaciones interpersonales.

Desde ese lugar de observación, una instancia super-estructural de la construcción de Políticas Públicas de Salud, en el territorio provincial, pudimos comprender y compartir con Mario Rovere su valoración respecto a la relevancia de poner énfasis en los actores y el modelo de gestión, a quienes les atribuye un importante potencial instituyente, lo que es especialmente significativo en la complejidad de las organizaciones de salud.

Este autor²⁹, afirma que uno de los problemas derivados de la hegemonía de un modelo conceptual biologicistas y autoritario es su productivismo, resultado de un taylorismo persistente en el modo de gestionar que va más allá de la existencia de nuevas propuestas en lo discursivo, ya que está encarnado en las prácticas de los individuos. Como ejemplos dice que para un diputado de la Comisión de Salud (espacio de gestión legislativa para el campo sanitario) suele ser más importante el número de proyectos presentados que su contenido o la aprobación o no de los mismos, o señala que en la

²⁸ Afirmación a partir de reflexiones con CARNINO, María Isabel y MUSSO, Raquel; quienes trabajaron dentro del equipo político del Ministerio entre diciembre del 2007 y diciembre 2015, respectivamente en Coordinación de Proyectos y Planificación Estratégica e Información para la Gestión.

²⁹ Clepios- "Entrevista a Mario Rovere"- Revista de profesionales en formación en Salud Mental- La Salud Mental de los Trabajadores de Salud N° 68- Buenos Aires 2016 (<http://clepios.com.ar/68/la-salud-mental-de-los-trabajadores-de-la-salud/>) Consulta noviembre 2019.

cultura de una institución asistencial es más importante el número de consultas o el número de egresos que la cantidad de problemas resueltos.

Por eso invita a discutir desde el enfoque de DDHH cuál es el modelo de gestión que logra sacar lo mejor de un equipo para buscar el proceso de gestión más congruente con el proceso de trabajo de las organizaciones y el proyecto en el que se enmarcan. Allí es cuando aparece para el grupo la referencia en este autor y sus recomendaciones para pensar cuestiones como equipos, redes, interdisciplina e intersectorialidad. En todos estos casos, que implican construcción de vínculos con objetivos compartidos y des-individuaciones, señala que el primer momento de encuentro siempre es entre **personas**. Afirmo que redes, equipos e interdisciplina son construcciones que no se generan por decreto, sino que se inician entre personas con nombre y apellido, en el cara a cara.

Respecto a la **interdisciplina** Rovere dice que no se puede sostener por sí sola porque no puede ser un fin en sí mismo. Afirmo que la interdisciplina es un medio, imprescindible para abordar problemas complejos que caracterizan a las instituciones de salud y muchas situaciones de padecimiento que no pueden resolverse con base en procedimientos estructurados como los que provee la formación profesional en ciencias de la salud. Señala que especialmente frente a nuevas complejidades es donde la medicina hace lugar a otras profesiones y donde la interdisciplina se emparenta con la política. Para él, los espacios en los que se define la complejidad de una problemática y la necesaria integralidad de las intervenciones son espacios de planificación política.

Respecto a cómo hacer lo interdisciplinario, en la misma entrevista señala la importancia de la lógica que procura la construcción del trabajo en equipo. Para describir lo que se logra mediante los equipos apela a una figura que describe como una especie de *"hacer música"*, en la que en algún momento mágico del trabajo se pierde la identidad de la profesión de origen. Por eso dice cosas como que la interdisciplina es como hacer música y también *"si se nota mucho un instrumento, algo anda mal en la banda"*.

Volviendo a la idea de redes³⁰ afirma que esta idea operaría casi como un juego paradigmático nuevo, y que como cualquier paradigma será validado o no por su

³⁰ Rovere, M. (2012). *Atención Primaria de la Salud en Debate*. Rio de Janeiro: Saúde em Debate., v. 36, n. 94, p. 327-342, jul. /set.

eficacia. De las redes rescata que permiten ver cosas que no saltan a primera vista y la posibilidad de saltar los límites de territorios disciplinares, institucionales y físicos. Usa este concepto en una dimensión analítica para poder explicar y también en una dimensión operativa para poder reparar el tejido social o el Estado. En esta última dimensión le asigna potencial para generar vínculos a efectos de resolver problemas. Es así como redes y equipos son instrumentos de gestión que se combinan porque los equipos se refuerzan en una red y ellos operan como nodos en la construcción de estas redes. Mientras que en el hacer de manera conjunta se va escribiendo la melodía de la interdisciplina, cuando todos los instrumentos teóricos y metodológicos comienzan a sonar juntos.

I.B Tensiones entre el enfoque de DDHH y la Cooperación Internacional al Desarrollo

Al igual que en el espacio institucional que señalamos como antecedente o punto de encuentro de este equipo, al abordar nuestra tesina aparecieron los primeros desencuentros en la intersección disciplinar que procuramos. Decidimos aplicar el enfoque de DDHH y aunque éste tenga un fuerte arraigo en el campo del Trabajo Social y más recientemente haya empezado a ser un instrumento respetado en la CID, su interpretación no es similar y se traduce en los modos de hacer más que en los discursos.

Podría decirse que la CID basada en el enfoque de DDHH, es bastante reciente y no se aplica de manera generalizada en muchas organizaciones de CID.³¹ Existe una larga tradición de cooperación al desarrollo basada en enfoques de necesidades, de problemas, hasta incluso de caridad. A nuestro modo de ver, estos enfoques tradicionales de la cooperación al desarrollo agudizan la percepción de vínculos Norte-Sur, con relaciones de poder desigual.

Para dar un ejemplo de organismos que hacen CID y que han tenido tradicionalmente un enfoque desde necesidades, tomaremos al sistema de Naciones Unidas (del cual es parte

³¹ Gómez Galán, M., Pavón Piscitello, D., Saiz Ollero, H. (2013). *La aplicación del enfoque basado en derechos humanos a los programas y proyectos de desarrollo*. Madrid: Cideal.

la OPS/OMS como principal autoridad sanitaria del sistema³²). La ONU es una asociación de Estados con cierta unidad de objetivos de gobierno en temas que resultan relevantes para la humanidad, entre ellos la redistribución de la riqueza en función de la paz y la valoración del hombre como sujeto de derechos. Sin embargo, en ella conviven países con distintos niveles de desarrollo y de poder relativo y en su seno (también en los organismos que forman parte del sistema de Naciones Unidas) suelen aparecer fricciones entre los “países del Norte” y los “países del Sur”. Aunque en los aspectos declarativos, el sistema de Naciones Unidas constituya un instrumento para resolver los problemas económicos, sociales, culturales y humanitarios internacionales, concebido desde el respeto a los DDHH y las libertades fundamentales según la Carta de San Francisco,³³ no siempre ha funcionado como tal ni ha logrado sortear las desigualdades entre los países. Basta con observar la conformación del Consejo de Seguridad de la ONU, donde sólo 5 países detentan poder veto y tienen asiento permanente.

Se puede observar que la idea de DDHH y el instrumento de la CID, surgidos prácticamente juntos y como consecuencia de los mismos eventos, han compartido por más de medio siglo los mismos escenarios de discusión y actuación. Sin embargo, no siempre han caminado de la mano y fueron dando impulso a procesos muy diferentes, a veces antagónicos, como por ejemplo en el caso específico de Latinoamérica las cuestiones que surgen por un lado del Consenso de Washington³⁴ y por otro de la Conferencia de Río sobre Medio Ambiente y Desarrollo³⁵, los que se cruzan luego complejizando el campo de la denominada Salud Internacional.

En nuestra experiencia en el “Proyecto OPS” como espacio de CID, reconocimos que es el juego de la gestión en cualquier nivel, donde se producen las interacciones entre actores e individuos con intereses en tensión, donde se explicitan en palabras o sencillamente se traducen “en acto” las contradicciones ideológicas que suelen quedar luego suprimidas en los documentos. Estas contradicciones son objeto de estudio en la actualidad desde distintos marcos epistémicos. Reconociendo esto como un problema y

³² Sitio web de la OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/history>. Consulta abril 2020.

³³ <https://www.un.org/es/charter-united-nations/> Carta de las Naciones Unidas y Estatuto de la Corte Internacional de Justicia. San Francisco. EEUU. 1945

³⁴ Martínez Rangel, R., Soto Reyes G, E. (2010). *Las transformaciones económicas y políticas. El Consenso de Washington: la instauración de las políticas neoliberales en América Latina*. México: Política y cultura N° 37.

³⁵ Declaración de Río de Janeiro sobre Medio Ambiente y Desarrollo. (1992). Brasil: <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar>

su complejidad, en el mundo de las ciencias políticas se plantea la necesidad de revincular los enfoques que predominan en el abordaje de las políticas sociales con los instrumentos que aún se aplican en la cooperación internacional al desarrollo.

Así es que, a pesar de los objetivos compartidos en función de la protección y defensa de los DDHH y el desarrollo sostenible, reconocimos que ese encuentro no siempre es posible, por lo menos en el campo salud. Particularmente tomamos para validar esta afirmación a las organizaciones más representativas en perspectiva latinoamericana de las estrategias de CID. Desde allí la observación de las políticas impulsadas desde la OPS/OMS y el análisis histórico de cada construcción teórica, nos permitieron explicarnos porqué en la práctica el enfoque de DDHH y la CID siguen, en gran medida, siendo temas que se tocan desde perspectivas diferentes y entender que esto también guarda relación con los actores que hegemonizan cada campo.³⁶ Por otro lado, se suma la cuestión de que aún es difícil operativizar el enfoque de DDHH en los proyectos de cooperación al desarrollo y como mencionan Galán y otros³⁷ existe un riesgo de que dicho enfoque quede sólo en un plano enunciativo y que en la práctica, “en los modos de hacer cooperación” haya pocos cambios con respecto al paradigma anterior del enfoque de necesidades.

I.C El “Proyecto Organización Panamericana de la Salud”³⁸

El espacio de encuentro de este grupo fue el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, institución donde se formulan y ejecutan Políticas Públicas de Salud que alcanzan todo el territorio provincial. Nuestro primer punto de cruce fueron tareas compartidas que dieron origen a vinculaciones personales. Eran actividades previstas dentro del plan de trabajo del Ministerio pero que se inscribieron luego en un Proyecto de Fortalecimiento de la Salud Pública surgido de un Convenio de Cooperación Internacional entre el Gobierno provincial y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con financiamiento de ambas organizaciones.

³⁶ Chiara, M., Arcidiácono, A. (2013). *Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS/OMS en América Latina*. En: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=402837816005>

³⁷ *Ibidem*. Pág. 95.

³⁸ Descripción organizada en torno al relato en entrevista abierta de la Dra. Raquel Musso quien fuera Directora Provincial de Planificación Estratégica e Información para la Gestión del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe entre diciembre del 2007 y diciembre del 2015, complementada con aportes del Dr. Miguel Cappiello (Ministro de Salud 2007-2013) y la Lic. Misel Carnino (Dirección de Coordinación de Proyectos 2007.2015) y de la sección noticias del Portal de Gobierno de la Provincia de Santa Fe.

Más allá de las posiciones relativas de cada una respecto a la organización y los actores con los que interactuamos, coincidimos en valorar las posibilidades para la producción grupal que nos ofreció la experiencia, una convocatoria hecha desde la salud entendida como un Derecho Humano y nuestro alojamiento en un equipo de gestión que estimulaba nuestra autonomía y promovía nuestra circulación por canales transversales a los que estaban demarcados por estructuras más rígidas.

A continuación reconstruimos el proceso de elaboración y puesta en marcha del Proyecto que permitió ese primer encuentro a partir de datos oficiales publicados en el portal provincial, en noticias y fundamentalmente en la información brindada por referentes clave del Ministerio de Salud provincial con mayor relación con él.

I.C.1 Hacia la construcción del “Proyecto”

En el 2008 asumieron nuevas autoridades políticas a nivel provincial que proponían en su plataforma promover la conformación de un sistema provincial de innovación. Para eso, a poco de asumir firmaron un acuerdo marco de cooperación internacional con las Naciones Unidas en Argentina³⁹, en que se establecen lazos de colaboración mutua con diferentes programas y organismos dependientes de la ONU. La intención era impulsar iniciativas tendientes a favorecer el desarrollo humano y social a partir de la expansión de las capacidades provinciales y locales en el territorio. De este acuerdo marco se desprendieron luego una serie de acciones, una de las cuales fue la concreción del convenio con la OPS para la ejecución del Proyecto mencionado.

De las entrevistas, ubicamos un primer momento del proceso de planificación y gestión de dicho proyecto en una escena previa al encuentro formal del Gobierno provincial con la OPS. El Gobierno provincial buscaba lanzar un proceso de planificación estratégica y regionalización con divulgación internacional de su propuesta política para tener un soporte externo a las innovaciones que iban a ser propuestas y fundamentalmente legitimar a los funcionarios de Gobierno que asumían recientemente. Luego de la formulación de los documentos sectoriales de salud que fijan líneas de acción y prioridades propis del Gobierno de la Provincia de Santa Fe se avanzaría procurando Cooperación Internacional. Aunque esos documentos previos tenían diagnósticos y propuestas macro construidas con apoyo internacional a modo de cooperación

³⁹ https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=372:agencias-onu-firmaron-acuerdo-cooperacion-2010-2014-argentina&Itemid=225. Consultado en diciembre 2019.

horizontal desde ONGs extranjeras con instituciones partidarias como el Centro de Estudios Municipales y Provinciales (CEMUPRO) que se vinculaba con organizaciones vinculadas con fuerzas políticas afines al Partido Socialista como el Partido Socialista Obrero Español (PSOE), el Frente Amplio Uruguayo (FAU) o el Partido de los Trabajadores (PT) brasilero entre otros. Esas relaciones se establecen desde la gestión en la ciudad de Rosario y en momentos previos a la asunción del Gobierno provincial.⁴⁰

Aproximadamente en el año 2010, se iniciaron oficialmente las gestiones que conducirían a la concreción del “Proyecto OPS”, entre otros que vinculan al Gobierno provincial con organismos internacionales. Las que más rápidamente avanzan hacia acuerdos de cooperación son las que se establecen con organizaciones de la Comunidad Europea, en especial españolas. Mientras que con los organismos multilaterales las relaciones comienzan siendo de acercamiento y de orden esencialmente diplomático buscando construir viabilidad para firmar algún convenio.

La administración provincial no tenía a priori una idea de Proyecto. No existía una necesidad real de asistencia técnica y dicha búsqueda estaba básicamente movilizadora para sumar visibilidad y respaldo técnico para las políticas que se habían comenzado a implementar, ya que implicaban transformaciones a construir en un marco de múltiples resistencias⁴¹.

Desde instancias centrales dependientes del Gobernador Hermes Binner (2007-2011), como la Secretaría de Gobierno y Reforma del Estado a cargo del Dr. Antonio Bonfatti y la Subsecretaría de Cooperación Internacional, cuya titular era la Lic. María del Huerto Romero, se asumen contactos e intercambios de carácter diplomático con distintas organizaciones, entre ellas la ONU y la OPS. Respecto a estos espacios super-estructurales de negociación, quien fuera Directora de Planificación Estratégica e Información para la Gestión del Ministerio de Salud, expresa en la entrevista *“los cuadros intermedios de gestión no participábamos de dichos espacios hasta que hubiera algún nivel de avance en el acuerdo político”*. Menciona también que en el marco del “Proyecto OPS” sólo había acompañado a la entonces Secretaria de Relaciones

⁴⁰ Análisis de la entrevista realizada al Dr. Miguel Cappiello quien fuera Ministro de Salud de la Provincia de Santa Fe entre diciembre de 2007 hasta diciembre de 2013, quien se había desempeñado como Secretario de Salud de la Municipalidad de Rosario en dos oportunidades.

⁴¹ Entrevista realizada a la Dra. Raquel Musso, Directora Provincial de Planificación Estratégica e Información para la Gestión del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe entre diciembre del 2007 y diciembre del 2015.

Internacionales, Lic. María Julia Reyna (2012-2015) a algunos encuentros previos en la Sede de la OPS Argentina. Explica que habitualmente fue convocada a dichos encuentros “para jugar en un rol técnico”, como por ejemplo para presentar y describir las cuestiones institucionales, contar las propuestas políticas de salud provinciales y fundamentalmente argumentar a favor de ellas intentando construir alianzas de orden técnico con miembros de las áreas internas de la OPS que con igual rol se sentaban en la mesa de negociación por la contraparte.

I.C.2 Proceso de Formulación del Proyecto

En principio, alrededor de 2013, el Gobierno provincial solicitó apoyo a la OPS para la gestión de un proyecto intersectorial, más integral, dependiente directamente del Ministerio de Reforma del Estado. La misma entrevistada refiere que eso no fue posible porque en el marco de la ONU cada organismo o agencia tiene sus propias estrategias de trabajo, líneas de prioridad y una historia de no superposición, similar a la forma en que se organiza el Estado⁴². En síntesis, desde la OPS/OMS no se podía disponer financiamiento para desarrollar políticas integrales que incluyeran acciones de orden cultural, recreativo o de desarrollo humano, sino exclusivamente sanitarias del mismo modo que desde un Ministerio hay dificultades y resistencias para afectar presupuesto a otras dependencias de la misma administración. Con un fuerte peso puesto en la comunicación social del Proyecto y su relación con los ODM⁴³, las líneas de acción predefinidas para cooperar con Argentina se centraban en: sistemas de información en salud, construcción de evidencias, bioética en la investigación y fundamentalmente capacitación del personal de salud en ciertas líneas temáticas orientadas a una reorganización del sistema nacional como “Seguro Federal de Salud” (Plan Federal I y Plan Federal II).

En este marco poco flexible y en ciertos puntos en franca contradicción con las políticas enunciadas por el Gobierno provincial, fue necesaria una secuencia posterior de

⁴² La Dra. Musso comenta que como agravante a las cuestiones de estructuración histórica aparecieron otras que luego se explicaron al comprender que los técnicos tanto internacionales como de la sede local de OPS que fueran afectados a los Proyectos de Cooperación como consultores o docentes serían remunerados con fondos procedentes del Proyecto, lo que reproducía la puja distributiva de recursos materiales entre sectores del Estado Argentino.

⁴³ La OPS orienta sus acciones de cooperación en cada país según estrategias quinquenales definidas de acuerdo a los objetivos sanitarios globales establecidos por la Asamblea Sanitaria Panamericana y las necesidades específicas planteadas por el gobierno del país. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio fueron los 8 propósitos de desarrollo fijados en la Agenda 2000.

encuentros, discusiones y negociaciones entre los equipos técnicos de la OPS Argentina y el Ministerio de Salud hasta lograr un documento de consenso con descripción de los componentes del Proyecto, los objetivos, las metas y las responsabilidades relativas de ambos actores. Posteriormente, a fines de 2014, éste se elevó para su firma y aprobación en el Gobierno provincial (Ministerio de Gobierno, Ministerio de Economía y luego de tramitar el aval del Ministerio de Salud de la Nación se remitió desde la OPS Argentina a la sede central de la OPS/OMS (WDC) para su autorización definitiva.

Para la implementación del Proyecto, la OPS sugería la conformación de una unidad ejecutora ad-hoc, que no se constituye como tal, quedando a cargo un equipo técnico-político mínimo integrado por representantes de distintas áreas en tanto organismo ejecutor y de la Secretaría de Relaciones Internacionales como área de apoyo.

Posterior a la firma, se dio una instancia de trabajo conjunto de planificación operativa y programación entre equipos técnicos del Ministerio de Salud y de la OPS argentina, pares en términos de especificidades temáticas. En esos espacios los equipos técnicos construyeron las líneas de acuerdo por componente del Proyecto. Según las entrevistas realizadas, los actores institucionales conscientes de las tensiones teóricas y metodológicas que dicho trabajo implicaba, buscaron la mayor funcionalidad posible para el fortalecimiento de las políticas provinciales de salud, sin romper con los marcos formales. Eso obligó a los equipos a ser creativos, enmarcando en la agenda de Proyectos promovidos por la OPS/OMS aquellos que movilizaban intereses provinciales. La autoridad técnica de la OPS y la referencia a compromisos marco con la agenda sanitaria Nacional eran los argumentos expuestos por el organismo internacional en las discusiones, pero los verdaderos elementos de condicionamiento, en palabras de la referente de Planificación del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, estaban ya de algún modo contenidos en los instrumentos de programación. Respecto a estas instancias, relata que más allá de las voluntades personales estos procesos implicaban un trabajo de planificación arduo para lograr el encuentro conceptual y metodológico entre los integrantes de los equipos técnicos. Al respecto, Musso señaló en la entrevista, que más allá de los afectos y las coincidencias, nosotras atravesaríamos un proceso similar, dando cuenta de las diferencias disciplinares cuando quisiéramos meter nuestro Proyecto en una plantilla de aparente neutralidad como las que se usan en la

cooperación internacional donde lo político-ideológico, en el sentido expresado en este capítulo, podría entrar en conflicto.

I.C. Ejecución del Convenio

Recién en noviembre del 2014 se firmó el acuerdo de cooperación técnica entre la OPS y el Gobierno de Santa Fe⁴⁴ con los objetivos de fortalecimiento de la salud pública en la provincia. Según lo publicado en el portal provincial el entonces gobernador de Santa Fe, Antonio Bonfatti, suscribió este convenio con el representante interino de la OPS/OMS en Argentina Alejandro Gherardi.

Este último fue señalado como el principal facilitador tanto para la gestión del aval nacional como para dirimir diferencias de objetivos con equipos de OPS Argentina. Posiblemente existieran otras relaciones con este actor ya que era un militante del Frente Amplio de Montevideo con el que el Frente Progresista Cívico y Social de Santa Fe se vinculaba estrechamente desde la experiencia rosarina. Fue así como a partir de estos relatos que poniendo énfasis en las personas y las relaciones, comprendimos que aún en los rígidos marcos que caracterizan a la CID son las personas como actores institucionales las que en definitiva optan por flexibilizar o no las reglas de juego para que sean posibles los proyectos.

Así, el “Proyecto OPS”, como era conocido en la gestión provincial, se propuso fortalecer la capacidad de investigación en salud pública y la gestión de servicios de salud apoyando el desarrollo local de sistemas informáticos, potenciar la producción y gestión del conocimiento en bioética, capacitar para tutorías y por último apoyar el abordaje interdisciplinario e intersectorial en situaciones socio-sanitarias complejas. El Proyecto constaba de una duración inicial de 14 meses aunque luego se extendió debido a que el proceso de devaluación que vivió Argentina generó un aumento de los fondos disponibles ya que los mismos se encontraban en dólares. En total el Proyecto duró 38 meses (noviembre 2014-diciembre 2017).

Con posterioridad a su firma y previo al inicio de las actividades que implicaban ejecución de fondos, se realizaron otros encuentros entre los equipos de especificidad por componente del proyecto del Ministerio de Salud y la OPS Argentina a efectos de la

⁴⁴ https://www.santafe.gov.ar/conv_int/item.php?id=134447&cod=ddc65d2a08db776221b34f50c20c20ba Consulta noviembre 2019.

planificación operativa, una descripción más detallada de las actividades y el establecimiento del cronograma de ejecución. En síntesis, el cuerpo del Proyecto preveía muchas actividades en el marco de las líneas de cooperación técnica acordadas con el Gobierno de la Nación, aunque también incluía la construcción de guías clínicas de abordaje intersectorial adecuadas a la realidad provincial y la realización de capacitaciones para integrar la mirada de los distintos sectores en torno a problemas complejos como la violencia de género, los consumos problemáticos o las cuestiones de niñez y juventud. Esas fueron las actividades que dentro del Proyecto comprometían en la tarea de dos de nosotras representando al área de Comunicación y al Gabinete Joven respectivamente.

El arribo de la compañera estudiante de Relaciones Internacionales, surge de una condición de Proyecto establecida por la OPS que requería de un coordinador general debido a la magnitud de áreas temáticas involucradas, el volumen de actividades y el presupuesto implicado. Aunque convocarla fue una decisión tomada por el Gobierno Provincial a propuesta del Ministerio de Salud, sus funciones serían relacionarse con el Proyecto en un marco general en tareas de gestión, administrativas, de confección de informes periódicos, rendiciones y articulación entre distintas áreas ejecutivas.

Generalmente en Proyectos de cooperación internacional los “consultores” son financiados por la entidad internacional y elegidos por la contraparte local. Estos mecanismos, habitualmente acordados, construyen por un lado el reaseguro de cierto control político del proceso de ejecución para la administración provincial y las garantías de contar en tiempo y forma con la información requerida para la evaluación y control del desarrollo del Proyecto por parte del organismo externo. Además de este modo la administración evita asumir compromisos contractuales con personal supernumerario cuya función está acotada a la ejecución del Proyecto. Es importante destacar que la OPS/OMS al ser un organismo multilateral que recibe sus fondos de funcionamiento de parte de los Estados miembros, debe rendir el uso de dichos fondos con cierta periodicidad para que continúen los desembolsos.

Con las primeras contrataciones, la comunicación oficial de la firma del Convenio y la apertura de una cuenta bancaria especial para la transferencia se da inicio formalmente al proceso de ejecución. Como en la mayoría de los Proyectos específicos planificados de este modo, además de una doble dependencia de los consultores y técnicos, suele

aparecer un paralelismo de gestión. Los objetivos de los Proyectos injertados en la dinámica de las instituciones de salud suelen diluirse en una agenda más amplia donde hay muchas urgencias, otros proyectos y una rutina de funcionamiento burocrático que sostener. Con frecuencia esto fue un punto de tensión interna contenido en la esencia del “Proyecto OPS”, que debía resolverse en la práctica, en el inter-juego cotidiano de los actores.

CAPÍTULO II

EL RUMBO:

Acuerdos Conceptuales

en torno al Derecho

II. A Políticas Sociales

Desde el siglo XVIII, en el modo de organización social del mundo capitalista se registran distintas demandas respecto a necesidades para la supervivencia de las personas, tanto materiales como socioculturales. El modelo económico ha generado una disociación entre lo que las comunidades y las personas que las conforman producen y las condiciones objetivas de vida de las mismas. Como resultante el acceso a los beneficios derivados de la renta nacional es desigual y cuestiones relacionadas con DDHH como por ejemplo la educación, la salud, o la asistencia básica cobran carácter público, es decir que dependen de acciones gubernamentales para su regulación ya que en el libre juego del mercado no se resuelven las desigualdades sociales⁴⁵.

Estas acciones gubernamentales dan forma a una construcción institucional que se denomina políticas sociales, las que se ocupan de cuestiones regulatorias y la producción de bienes y servicios públicos. Aunque corresponde considerar que son decisiones del Estado no solamente las acciones que se definen en esas políticas sino también las omisiones que se realizan en los procesos de priorización. Su planificación y ejecución es una función indelegable del Estado, que en un determinado contexto territorial e histórico debe atender a necesidades poblacionales generadas por el proceso de desarrollo del conjunto de la sociedad que lo configura. Se las conceptualiza como procesos que articulan definiciones, decisiones y acciones legítimas desde el Estado para responder a problemas que afectan al colectivo social. Resultan de actos de Gobierno, pero se construyen y legitiman con consenso de las mayorías en cada situación social, política y económica en particular.

Es preciso señalar que existen políticas sociales de distinto tipo. Por un lado están las que surgen de una acción colectiva o gubernamental que puede beneficiar a todos sin provocar pérdida para ninguno de los miembros de la sociedad. Como ejemplos se pueden mencionar una campaña de vacunación para enfermedades transmisibles o intervenciones urbanas para mejorar las condiciones ambientales, asegurar servicios públicos, etc. Por el otro, las que responden a necesidades sociales de un beneficiario

⁴⁵ Ausburguer, C., Gerlero, S., Taboada, E. (2013). *Glosario*. Instituto Lazarte. Distribuido en el Seminario: "Teorías sociales. Lo público. El papel del sector Salud en la construcción de ciudadanía" organizado por la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.

individual o de grupo exigiendo políticas específicas que implican concesiones por parte de los otros grupos.

En el segundo grupo se ubican las que cobran interés para el presente trabajo, ya que la propuesta pone énfasis en una población de Personas Mayores⁴⁶ en situación de vulnerabilidad, aunque son entendidas como una línea de acción política específica dentro de una estrategia general que garantice la igualdad y universalidad de todos los ciudadanos respecto a sus derechos, donde la especificidad se deriva del principio de equidad. Las políticas mencionadas derivan de lo que se denomina la función redistributiva del Estado, a partir de la que se han generado los sistemas de protección social para los individuos o grupos a los que la sociedad les reconoce mayor vulnerabilidad o necesidad.

A grandes rasgos, las políticas sociales que se fueron diseñando pueden responder a tres modelos teóricos: residual, meritocrático e institucional/redistributivo.⁴⁷ En nuestro país coexisten, se superponen y disputan lugar, líneas de pensamiento que se corresponden con cada uno de ellos a predominio del meritocrático, dando lugar a un modelo híbrido en el que la fragmentación y la segmentación son los principales rasgos constitutivos. Dentro de esta clasificación, el grupo se identifica ideológicamente con el tercer modelo conceptual por su relación con la perspectiva de DDHH.

El modelo residual es el difundido por el pensamiento liberal clásico y contemporáneo y está basado en la premisa de que existen dos canales para la solución de demandas de supervivencia: la familia y el mercado. En este modelo las instituciones de protección social actuarían en la eventualidad de falla de estos canales naturales, como sucede en los Estados Unidos, por ejemplo.

El segundo o modelo meritocrático también subordina el sistema de protección social a una racionalidad económica suponiendo que los individuos son aptos para resolver sus

⁴⁶ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS/ONU), concordando Convención Interamericana sobre Derechos Humanos de Personas Mayores, se define como adulto mayor a toda persona que supera los 60 años. Aunque hay otras categorizaciones que corren el límite hasta los 65, a efectos de este trabajo decidimos utilizar la mencionada porque es el que más vigencia tiene en la literatura y las entidades estatales. En casi todos los espacios institucionales recorridos se dice Adulto Mayor para referirse a las personas mayores de 60 años y se sancionan vocablos que están generalizados en el lenguaje coloquial como podrían ser “viejo”, “anciano” o “abuelo” por su carácter discriminatorio, peyorativo o prejuicioso.

⁴⁷ Ausburger, C., Gerlero, S., Taboada, E. (2013). *Glosario*. Instituto Lazarte. Distribuido en el Seminario: “Teorías sociales. Lo público. El papel del sector Salud en la construcción de ciudadanía” organizado por la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.

propias necesidades a través de su relación con el mercado, dependiendo sus capacidades de su renta individual. En este modelo las políticas gubernamentales de provisión de los servicios sociales son complementarias y se dirigen a corregir las imperfecciones del mercado dirigiendo beneficios especiales para los más pobres, los que no pueden pagar por ellos.

El tercero o modelo institucional-redistributivo es el que más se aproxima al concepto de ciudadanía o de derechos sociales, es el que dio origen al Estado de Bienestar. La protección social en este modelo es concebida como una acción colectiva para incorporar a todos los miembros de la comunidad nacional a un patrón de vida considerado adecuado para vivir en sociedad. Para ello el Estado provee servicios y beneficios sociales de modo universal e integral sin que esto dependa de la situación del individuo en el mercado de trabajo. Se organiza sobre la base de principios ajustados a los derechos iguales, los que son iguales para todos. Se trata de un modelo que pretende compensar y poner límite a las desigualdades sociales desde un pacto social traducido en un código de derechos y deberes igualitarios.

II.B Políticas Sociales y Enfoque de DDHH

Las desigualdades del mundo actual, con la complejidad que lo caracteriza, obligan a buscar incesantemente mecanismos que procuren el bienestar humano y social. Esto, que tiene un lugar central en el debate político llevó a distintos campos de conocimiento a revisar críticamente sus conceptos y métodos. A pesar de las diferencias en torno a las ideas de Estado, Mercado y Sociedad implícitos en cada corriente, hay una coincidencia general en la necesidad de dejar modelos asistencialistas para implementar las políticas públicas apelando a nuevos paradigmas. En todos los discursos reconocer la complejidad para pensar la integralidad de las respuestas se presenta como una obligación, ya que los esquemas de interpretación clásicos no han servido para consolidar políticas que garanticen efectivamente DDHH, incluso dentro de sistemas democráticos.⁴⁸

Con la consolidación de la democracia como sistema político dominante a nivel mundial, se ha profundizado el reconocimiento de los DDHH, conquista de las luchas sociales,

⁴⁸ Ferrer, M. (2007) *La aplicación del enfoque de derechos humanos a los fenómenos de población: oportunidades y desafíos*. Río de Janeiro: Revista Latinoamericana de Población, año 1, nº 1.

desde una visión integradora. No habría democracia posible sin el ejercicio de los DDHH. Esto ha detonado un proceso de construcción de respuestas institucionales a las demandas sociales diferentes a las tradicionales. Estas aún se presentan como propuestas “alternativas” y suelen requerir fundamentación desde un marco normativo de carácter internacional para ser legítimas en nuestro medio.

La ONU⁴⁹ considera que los DDHH son la base para alcanzar principios como paz, justicia y libertad. Con su reconocimiento pretendió legitimar esta concepción y avanzar proporcionando instrumentos para la construcción de políticas públicas que revaloricen el Derecho para la integración política, social y cultural. Su marco normativo es explícito y claro, ha atravesado el debate público y ya no se discute en términos éticos ni como garantía de mejores resultados. Dentro del mismo organismo otros enfoques metodológicos también han ganado legitimidad mundial como del Desarrollo Sostenible o Sustentable,

El Enfoque de DDHH es entonces un conjunto de principios y reglas que tiene aceptación internacional con el fin de orientar las acciones públicas al respeto y la protección de los DDHH. También se entiende como un enfoque que podría ayudar para llevar poder a los sectores más pobres y excluidos. Se afirma en la interrelación entre políticas públicas y DDHH y entiende a las políticas como un Derecho en sí mismas, no sólo como medio para. Por eso para muchos, este enfoque es un verdadero paradigma más que una definición instrumental, que por cierto está teniendo mucho impacto en el mundo intelectual.⁵⁰

Para aplicarlo en el campo de lo social primero hay que reconocer el papel del Estado como garante del acceso a bienes y servicios colectivos que no pueden quedar en manos del mercado, tal como lo plantea la tendencia neoliberal⁵¹. Son políticas públicas

⁴⁹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD (2004). *El desarrollo basado en un enfoque de los derechos humanos: hacia una comprensión colectiva entre las agencias de las Naciones Unidas*, http://www.undp.org/governance/docs/HR_Guides_Common. Consulta junio 2019

⁵⁰ Güendel, L. (2000). *La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los derechos humanos. La búsqueda de una nueva utopía*, en Reuben, S. (comp.) *Política social: vínculo entre Estado y sociedad*. San José, Costa Rica: UCR, pp. 169-218.

⁵¹ D'Elia Y., coord. (2002). *Estrategia de promoción de la calidad de vida. La construcción de políticas públicas por la calidad de vida desde una perspectiva de derecho y equidad. Documento de Trabajo*. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Agencia de Cooperación Alemana GTZ; 2002. En: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000156&pid=S1657-7027200800010000800015&lng=en

orientadas por los DDHH las que tienen espíritu redistributivo porque se las entiende como acciones destinadas a superar las desigualdades, incluir y distribuir el poder para que todos tengan un ejercicio pleno de sus derechos. Siempre implican participación como instrumento para construir una nueva cultura social e institucional. Además, al trabajar con grupos vulnerables los incluyen garantizando sus derechos individuales de la manera clásica como para todos los ciudadanos y se combinan con otras líneas de acción que a partir de reconocer desigualdades respecto a otros grupos instrumentan medidas de priorización o discriminación positiva para que puedan superarlas. Se diferencia del enfoque tradicional de la política social porque busca construir una ciudadanía distinta, consciente y autónoma que participe de las decisiones del Estado, por eso enfatiza en la construcción de los problemas y las soluciones que serán objeto de las políticas en el nivel local y con mecanismos participativos.

En el análisis de las políticas sociales hay ciertos rasgos que permiten entender si su construcción ha procurado aplicar el enfoque de derechos entendiendo al mismo no como una norma sino como una guía para una construcción cultural progresiva que iría modificando el Estado y la Sociedad.

Estos rasgos son:

- Adopción explícita del marco normativo internacional de DDHH, reconocimiento de desigualdades para orientar las acciones
- Descripción multidisciplinaria de la complejidad y de las problemáticas sociales.
- Revisión profunda de fundamentos conceptuales e instrumentos para la adecuación de los mismos a nuevos fines sociales.
- Análisis crítico de las situaciones con lenguaje politizado, en tanto no existe la neutralidad en el enfoque de Derechos como puede haberla en ciertos discursos de la ciencia o en la diplomacia.
- Búsqueda de abordajes integrales e integradores de la manera lo más colectiva posible.
- Universalidad de las políticas sociales con priorizaciones para grupos específicos con base a criterios de equidad
- Responsabilización del Estado más allá de la disponibilidad de recursos

- Transparencia y difusión de la información tanto de los problemas, las políticas, sus resultados y su financiamiento
- Por último descentralización y participación como mecanismos democráticos y de distribución de poder.⁵²

II.C Políticas de Salud

El Derecho a la Salud constituye uno de los DDHH fundamentales, o sea que existiendo con anterioridad a la sociedad y al Estado corresponde a la persona humana por su condición de tal, por el sólo hecho de existir. Como otros DDHH, el Estado lo debe asegurar a todos los ciudadanos por igual de manera universal y en perspectiva integral. Desde el enfoque de Derechos el Estado es el responsable y garante. Su responsabilidad es indelegable.

Entendemos que esta perspectiva suele ser la primera que se tensiona con algunas recomendaciones de organismos internacionales como la OMS/OPS ya que estos enfatizan en la función de “rectoría”⁵³ del Estado respecto a su relación con otros actores que juegan en las reglas del mercado, mientras que el Enfoque de Derechos se propone “regular”, o sea conducir y controlar para garantizar igualdad de derechos y eso implica siempre redistribución.

Aunque la responsabilidad del Estado sea indelegable y lo expresen las declaraciones internacionales, la Constitución Nacional y muchas normas de última generación de nuestro país como la Ley de Derechos del Paciente o la Ley de Salud mental debe entenderse que su construcción es un proceso histórico y social.⁵⁴ Su defensa requiere ser permanente tanto en la definición de prioridades y la formulación de políticas como en la gestión de su aplicación, por ejemplo al momento de la asignación de recursos. También implica una lucha para mejorar y adecuar las políticas existentes en todos los niveles de ejecución mediante la gestión, lo que es especialmente en lo micro-político, donde en definitiva se produce el cuidado, la exclusión o el abandono. Por eso creemos que no se puede pensar en intervenciones para el cuidado individuos, grupos o

⁵² Barahona, Manuel. (2006). *Políticas públicas y combate a la pobreza y la exclusión social: hacia políticas públicas inclusivas*. En: http://flacso.or.cr/fileadmin/documentos/FLACSO/CLMB-FLACSO-Feb_2006.ppt.

⁵³ Artaza Barrios, O., Báscolo, E. y otros. (2017). *Funciones Esenciales de Salud Pública: Su implementación en Argentina y Desafíos hacia la Salud Universal*. Buenos Aires: OPS/OMS.

⁵⁴ Para acceder a los textos completo de las leyes ir <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos>

comunidades sin que el enfoque de derechos sea el que encadene todas las acciones que implica el proceso de formulación y ejecución de las políticas de salud.

Sonia Fleury, una importante referente brasilera en el tema, dice que el fin de las políticas de salud es la reproducción y el desarrollo de los individuos y las comunidades. Esto implica entender que en el campo sanitario, donde estas se construyen es un espacio social complejo lleno de determinaciones, contradicciones y con una diversidad de actores con intereses en tensión. Por eso el sistema de salud y su modelo de cuidado se transforman constantemente tomando la forma que se define en el juego de los actores. Ella descentra la idea cuidado de lo que tradicionalmente se entiende como “atención” (sea médica, de enfermería, de psicología, de trabajo social...). La diferencia de la concepción asistencialista.

En la realidad pudimos observar que las instituciones existentes, más allá de los discursos de sus referentes terminan expresando el pensamiento asistencialista, que es el hegemónico y tenemos que entender que esta construcción que se da en la cultura actúa directamente sobre ella y la realidad social en sentido reproductivo.

Otra cuestión a considerar desde la perspectiva de Derechos es que todos los derechos están relacionados. Entonces, las políticas de salud⁵⁵ son los modos en que desde un Estado completo se organizan las respuestas a efectos de esas garantías. No cuentan sólo las que se implementan desde el sector salud que es quien presta servicios específicos de prevención, control y tratamiento de enfermedades de manera directa. Hay que entender la política de salud como algo que es transversal a la investigación, la formación de recursos humanos, la producción de bienes, las políticas de hábitat, las alimentarias, las intervenciones en el ambiente o la cultura y todo aquello que pueda procurar alcanzar mayores niveles de salud. En síntesis, siguiendo a Fleury, una política de salud es una política social de carácter público que tiene como objetivo fundamental generar las condiciones que aseguren mantener y mejorar el estado de salud de toda la población.

En el caso de la Argentina, en tanto país federal, la función regulatoria es fundamentalmente nacional, mientras que la prestadora tiene mayor peso en el Estado provincial, aunque ante el progresivo corrimiento de los estados provinciales en los 60

⁵⁵ Fleury, Sonia. (1997). *Estado sin Ciudadanos. Seguridad Social en América Latina*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.

hubo desarrollos municipales, algunos muy importantes como en el caso de la ciudad de Rosario. Esto es así porque hubo cuestiones de salud no delegadas por las provincias a la nación⁵⁶ al momento de la conformación del Estado Nacional y posteriores procesos delegativos desde los gobiernos provinciales a los municipales y la comunidad. Por eso se pueden observar diferencias significativas en las políticas de salud según las provincias que vinculan con cada contexto y el juego de los actores que las construyeron.

En la práctica, más allá de lo jurídico, las políticas de salud involucran a los gobiernos de los distintos niveles estatales y todas sus instituciones, a organizaciones de la sociedad civil y también al sector empresarial. Son una síntesis de los intereses de los actores que se fueron expresando y tensionando en su proceso de construcción.

Al respecto Ludwig Güendel⁵⁷ dice que la política de salud en tanto política pública, es el resultado de un acuerdo de los distintos actores sociales interesados e involucrados. Promueve el uso del enfoque de derechos definiéndolo como *“El esfuerzo orientado a articular una nueva ética con políticas públicas a nivel social...”*, a ser pensado para el campo sanitario. Según este autor no deberían aparecer contradicciones dentro del campo sanitario ya que habría un encuentro natural entre la perspectiva de derechos y la que se identifica como del desarrollo sustentable que es la que predomina en el sector salud, especialmente cuando de Cooperación Internacional se habla. Dice que el enfoque de los DDHH procura

“...un orden centrado en la creación de relaciones sociales basadas en el reconocimiento y respeto mutuo y en la transparencia, de modo que la satisfacción de las necesidades materiales y subjetivas de todas las personas y colectividades, sin excepción alguna, constituya una obligación jurídica y social”.

En ese sentido el enfoque de DDHH debería ser el que oriente el Desarrollo y su sustentabilidad tendría como base *“una nueva ética del desarrollo humano”* que se aleja

⁵⁶ Nuestro país es una República Federal que se constituye a partir de la preexistencia de Estados provinciales autónomos que al momento de la primera norma constitucional delegan a la Nación muchas competencias y conservan otras. La salud se encuentra entre las no delegadas, aunque hay que considerar que en esos momentos el sistema de salud no existía como tal.

⁵⁷ Güendel, L. (2000). *La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los derechos humanos. La búsqueda de una nueva utopía*, en Reuben, S. (comp.) *Política social: vínculo entre Estado y sociedad*. San José, Costa Rica: UCR.

de la perspectiva mercantil de sus orígenes que permanece en el discurso internacionalista de los países centrales.

Por último podemos caracterizar la política de salud a través de tres componentes. El primero lo constituyen todas las intervenciones públicas, políticas, económicas y culturales dirigidas a mantener, mejorar y fortalecer la salud como bien colectivo de la sociedad. Se trata de las acciones que actúan sobre los determinantes sociales, por ejemplo una medida económica dirigida a reducir desigualdades como fue la AUH o las jubilaciones sin aportes son componentes de la política de salud.

Un segundo componente incluye intervenciones dirigidas a los individuos, ya sea para la recuperación (atención de padecimientos) o para la generación de las condiciones particulares y singulares que sirvan para prevenir enfermedades o procurar una vida saludable en grupos o personas.

El tercer componente sería el que vincula a los otros dos estableciendo relaciones entre responsabilidades colectivas e individuales. Se trata de intervenciones dirigidas a construir equidad a partir de esfuerzos colectivos para abordar desigualdades sociales, intervenir sobre determinaciones o riesgos para la salud con intención de proteger o privilegiar a cierto grupo.⁵⁸ Lo cierto es que el campo de salud está muy atravesado por lo social, por las desigualdades y entonces el rol del Estado es establecer una política pública con entidad de derecho para que todos puedan hacer un ejercicio real de sus derechos individuales. Es así como se desplaza la idea tradicional de necesidad y beneficiario por el enfoque en donde sujetos sociales y sujetos de derechos son una unidad tal como lo plantea la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe⁵⁹ en un documento que habla de la necesidad de redefinir las políticas, de construir una nueva cultura institucional. El mismo informe menciona la existencia de desigualdades de hecho que impiden el ejercicio de la ciudadanía como el desempleo, la marginación o la pobreza entre otras cuestiones que requieren un estado presente controlando los

⁵⁸ Navarro, V. (2006). *¿Qué es una Política Nacional de salud?* Barcelona, España: Recitado del Glosario de Políticas Sociales y Salud, Instituto Juan Lazarte.

⁵⁹ Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe (2018). *Políticas Sociales y Derechos Humanos a nivel local. Evaluación del estado de avance en Rosario en 2017*. Rosario. Pág. 21. Literalmente dice: “Los sujetos titulares de derechos (sujetos activos/portadores de derechos humanos) y los derechos (facultades legítimas exigibles) son, en esta nueva matriz, el centro de las políticas ya no lo son los tradicionales beneficiarios (sujetos pasivos) y las necesidades (objetos políticos discrecionales), propias de visiones anteriores [...] crear un sujeto activo e integrado y una cultura social e institucional con capacidades receptivas y sensibles a este cambio. Pensar en políticas con enfoque de derechos supone instalar una visión integral de los problemas sociales, y no sectorial”.

procesos que generan las desigualdades “*complejas*” tanto al definir leyes y como al fijar políticas. Este posicionamiento se deriva de reconocer la inseparabilidad de los derechos y la complejidad de los problemas y por otro del marco de desigualdades en el que se construyen. Estas cuestiones que son descriptas y analizadas por las nuevas corrientes de pensamiento invitan a superar la fragmentación de las prácticas de planificación y gestión.

II.D La complejidad del Campo Salud

Si entendemos el campo salud como un espacio enmarañado e incierto, tal como propone interpretar la realidad Edgar Morín, podríamos describir la complejidad del campo con sus palabras como “*...tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico [...] la complejidad se presenta con rasgos inquietantes de lo enredado, del desorden, de la ambigüedad de la incertidumbre...*”⁶⁰ Sin embargo, al momento de procurar la intervención en dicho campo, no alcanza con describir la complejidad para explicar la realidad, porque quien planifica y gestiona siempre pretende controlar la incertidumbre⁶¹. Necesita tornar aprehensible lo complejo y tratar de construir la mayor integralidad posible en el abordaje. Para eso tiene buscar y combinar los elementos metodológicos que otorguen la mayor racionalidad posible a las decisiones pero siempre cuidando de no perder esa complejidad y responder a lo incierto ajustando los planes sobre la marcha.

Sabemos que la salud incluye no sólo aspectos biológicos sino también emocionales, subjetivos, históricos y sociales y tiene que ver con el modo de vida y el contexto. Según cada sociedad hay hábitos considerados más saludables que otros, y en general siempre tienen que ver con la búsqueda de bienestar. Como la búsqueda de bienestar es constante, la salud se trata de un proceso continuo en el que las personas atraviesan momentos de enfermedad y de salud a lo largo de toda su vida con percepciones muy heterogéneas de las dolencias o el malestar que tienen que enfrentar. Por eso nos quedamos con el concepto de Salud que solía expresar la Dra. Débora Ferrandini, quien al retomar al Dr. Floreal Ferrara lo enunciaba como “*capacidad individual y colectiva de*

⁶⁰ Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Northampton: Gedisa. Pág. 32-33. Parte 1.

⁶¹ Viera Silva, J. (2017). *La teoría del juego social de Carlos Matus y los estudios de políticas públicas: exploraciones teóricas*. En: *Mundosplurales Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública* - Vol. 4 No. 2 FLACSO Sede Ecuador. • ISSN 1390-9193 • pp. 33-58

luchar contra las condiciones que limitan la vida".⁶² Este permite leerla como proceso, el "salud-enfermedad-atención-cuidado". Este proceso, en cada sociedad se relaciona con cuestiones socioeconómicas y culturales, tiene que ver con las condiciones de vida y las trayectorias históricas de los sujetos.

Sin embargo, la salud tiende a seguir siendo entendida como "ausencia de enfermedad". Aún en la definición más reciente de la OMS el enunciado es positivista y conduce a intervenciones fragmentadas cuando la conceptualiza como el "completo bienestar físico-mental y social"⁶³.

Cuando analizamos el polo de atención/cuidado de este proceso coincidimos con Hugo Spinelli cuando afirma que describir las respuestas institucionales como "sistema de salud" como se hace en los documentos sanitarios de los organismos internacionales es funcionalista y simplifica su complejidad.⁶⁴ Por eso nos propusimos entender como un "campo" tal como lo hace Spinelli, utilizando el vocablo sistema sólo para referirnos a la dimensión institucional-organizativa dentro de dicho "campo". Este autor retoma el concepto de Bourdieu que entiende como tal a "...la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales"⁶⁵. Según este y otros autores, especialmente en Argentina, se caracteriza por su gran complejidad y por eso las intervenciones que quieran ser efectivas también tienen que ser complejas.

A efectos de la intervención política lo describe como un espacio compuesto por múltiples instituciones (familias, organizaciones propias de la comunidad, hospitales, centros de salud, escuela, centros de desarrollo o asistencia social, clínicas, universidades, ministerios, etc.), en el que participan en mayor o menor grado distintos actores (médicos, enfermeros, trabajadores de la salud en general, otros trabajadores del estado, empresas, usuarios, etc.) que disputan intereses para que sus ideas tengan legitimidad, prestigio y autoridad en dicho campo. Así es cómo la delimitación del objeto de conocimiento no es algo menor al momento de la distribución del poder en el campo

⁶² Ferrandini, D. (2011). *Algunos problemas complejos de salud*. Rosario.

⁶³ OMS. Portal digital [Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/] Consulta mayo 2019.

⁶⁴ Spinelli, H. (2010). *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. Buenos Aires, Argentina. En: <https://doi.org/10.18294/sc.2010.285>.

⁶⁵ Bourdieu, P. (1997). *Espacio social y espacio simbólico*. En: Razones Prácticas. Barcelona: Anagrama.

con las profesiones “no específicamente sanitarias.” No es lo mismo si el objeto es sólo la enfermedad o se abre a la idea del proceso salud- enfermedad-atención-cuidado. Ubicando el objeto en esta segunda interpretación es necesario aplicar una mirada socio histórica de cada realidad, no reducirla a las dimensiones biológica. Así las intervenciones se pensarán con (y no sobre) una comunidad o un sujeto determinado socialmente donde existen vínculos y redes, los problemas y las soluciones se construyen interdisciplinariamente.

II. E Salud Internacional/Salud Global

Como en otros lugares del mundo, las políticas de salud de nuestro país están fuertemente determinadas por los organismos internacionales que influyen más a través del “*poder técnico*”⁶⁶ que ejercen a través de su asistencia científica y tecnológica, que por el peso relativo del apoyo financiero que en algunas ocasiones ofrecen para la ejecución de proyectos o la existencia de una relación de dependencia formal. A diferencia de las cuestiones de DDHH los compromisos que asumimos los países con los organismos internacionales de salud no son vinculantes, salvo que se firmen acuerdos.

A mediados del siglo XX, la ONU creó la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo responsable de establecer la agenda de investigaciones prioritarias en salud, articular opciones de política, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales, estableciendo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como su oficina regional en las Américas. Estas instituciones se han constituido hace tiempo en autoridades sanitarias y marcan las agendas internacionales que comprometen las acciones de gobierno de cada región y de los países en ellas.

Así se observa como desde una aparente asepsia ideológica, la geopolítica de las relaciones internacionales influye cada vez más en las agendas locales de salud, las que van quedando cada vez más determinadas. La nueva disciplina en el campo sanitario mundial denominada “Salud Internacional”, cuya formación fue brindada y auspiciada en sus inicios por estos organismos cobra cada vez más relevancia. Como campo de conocimiento; de gestión y de gobierno se construyó con base a los conceptos dominantes en el espacio sanitario. Como explicaría Antonio Gramsci ⁶⁷ciertos actores

⁶⁶ Testa, M. (1997). *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Editorial Lugar. En este texto el autor habla del poder en el campo sanitario como una construcción con tres dimensiones: técnica, política y económica.

⁶⁷ Gramsci, A. (1966). *La cuestión meridional*. Roma: Editora Riuniti.

construyeron por décadas un conjunto de tramas simbólicas, culturales y políticas que en tanto "*hegemónicas*" reproducen narrativas totalizantes y logran instalar un conjunto de ideas, creencias, valores e intereses que son las que hoy sostienen la estructuración de los sistemas de salud y las prácticas de salud en el mundo.

Estos elementos conceptuales son la base de las representaciones que se construyen a partir de supuestas grandes "*verdades*" de la salud pública internacional. De este modo las ideas, los métodos de estudio y fundamentalmente las técnicas y herramientas que se proveen para las prácticas de los trabajadores que ejecutan políticas de salud son ejes disciplinadores del comportamiento de los sistemas de salud en todo el mundo. La denominada Salud Internacional, como disciplina, área de conocimiento o especialidad en la actualidad conforma una oferta que incluye cursos, seminarios y hasta carreras de post-grado como maestrías que combinan contenidos de control de epidemias, aspectos normativos de la Salud Internacional y también Cooperación Internacional. En general replican programas formulados en países centrales que responden al modelo positivista que venimos criticando.

Todas las ofertas explicitan objetivos como generar competencias y habilidades para poder intervenir y mejorar la salud de las comunidades en contextos precarios, frente a emergencias, catástrofes y también los de ofrecer ayuda humanitaria a los problemas de salud que emergen en los países en desarrollo en el marco de un mundo globalizado. También a todas las vertientes le preocupan temas como la accesibilidad a los bienes y servicios de salud en tanto "*determinantes sociales de proceso salud-enfermedad y de las desigualdades sociales*". Sin embargo, según Asa Cristina Laurell "*los sistemas y políticas de salud son núcleos donde se disputa el sentido y la matriz de las banderas de cambio de los países de la región*". Para ella los escenarios mundiales y regionales posteriores al cambio de siglo muestran que en cada Estado y Sociedad, la joven disciplina llamada Salud Internacional tampoco juega de manera "*neutral*" ya que no existe un único modelo de abordaje y comprensión histórica, conceptual y metodológica de los temas de salud. Esa "*no neutralidad*" es particularmente notoria cuando se analizan experiencias de Cooperación Internacional de sentido vertical o Norte/Sur o experiencias de Cooperación horizontal o Sur/Sur.

Así como los países centrales fortalecen el control sobre las políticas de los países con los que "*cooperan*" unificando discursos y ofreciendo tecnología para la gestión local a

cambio de transferencias de información, en los países latinoamericanos se está registrando la necesidad de coordinar los mecanismos de integración y cooperación regional de manera de generar proyectos que atiendan a las particularidades e intereses de este bloque de países, con énfasis en las políticas sociales, en particular a través del lente de la salud.

De este modo, recientemente, comienzan a aparecer también ofertas educativas en Medicina Tropical y Salud Internacional en perspectiva latinoamericanista. Algunas generadas en el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) están llegando a los trabajadores de salud promovida por entidades como por ejemplo Médicos del Mundo Argentina (AMMA), Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) y la Asociación Gremial de Trabajadores de Salud de la Argentina (CICOP), auspiciadas por entidades académicas.

En esta corriente se renuevan preocupaciones por temas que tienen impacto en la economía de los sistemas estatales y fundamentalmente la vida de las personas, como el desempleo, las migraciones, los desastres ambientales y las epidemias. Mientras que bajo el slogan de la universalidad los organismos internacionales han venido promoviendo y ayudando a instalar modelos securistas en toda América Latina como fue el Seguro Federal de los 2000 o la versión más reduccionista que se anticipó con una resolución que hablaba de la CUS en Argentina durante el gobierno de Macri.

Vemos así como el campo de las políticas de Salud es un ejemplo paradigmático con una unidad aparente (en las prioridades) construida desde una perspectiva técnico científica de consenso, que ha encontrado en la cooperación la posibilidad de ofrecer instrumentos para reproducir y fortalecer el modelo económico vigente o de impulsar cadenas de políticas públicas alternativas con enfoque de derechos. De este modo, el internacionalismo hoy representa un conglomerado de estrategias y proyectos comerciales, políticos, y sociales que se tensionan y esas tensiones también se expresan al interior de los organismos.

Lo cierto es que desde el enfoque de DDHH hoy toda intervención en las políticas de salud es parte del desafío redistributivo, mientras que desde el enfoque de Desarrollo Sostenible sin contradecir el enunciado de DDHH aún se usan y operativizan conceptos como *“capital humano”, “salud global”, “políticas mundiales para el desarrollo”* o *“gestión*

basada en la evidencia". Estas diferencias que toman cuerpo y rostros en los espacios cotidianos de práctica del campo salud explican muchas dificultades y conflictos al momento de planificar y ejecutar políticas en distintos espacios institucionales. Esto es especialmente notorio en Proyectos que surgen en el marco de la CID o Cooperación Centralizada cuando los actores "asistidos" quieren aplicar el enfoque de DDHH.

Sin embargo, muchas veces estas contradicciones pueden ser trascendidas o hasta ignoradas en la práctica. En la micro-política de lo local a veces el encuentro de sujetos con ideas e intereses compartidos y actitud creativa salta las grietas disciplinares o institucionales y a veces sin saberlo alimenta desde la base la potencia de una posible construcción "sur-sur" en el sentido que le otorga la reciente corriente de Salud Internacional. La homogeneidad de pensamiento de los referentes de la Salud Internacional no es tal y en su interior desde el Enfoque de Derechos van apareciendo también posiciones críticas que se nutren de la Medicina Social y la Salud Colectiva, las que valorizan y recogen las experiencias locales alternativas.

Gonzalo Basile, un experto en Salud Internacional, quien siendo sociólogo preside la organización llamada "*Médicos del Mundo*" en Argentina" plantea que ni salud internacional ni panamericanismo son modelos para el abordaje y la comprensión de lo internacional y la salud, sino instrumentos de geopolítica que cristalizan, representan y reproducen relaciones de bloques de poder global, moldeando así las profesiones y la diplomacia para la reproducción y administración de lógicas y agendas enlatadas⁶⁸. Reconoce que el universo de sujetos y grupos que participan de las definiciones de la Salud Internacional es heterogéneo, diverso y dinámico y en ese sentido estimula la participación de profesionales porque cree que una nueva experiencia vinculada a la Cooperación Internacional no necesariamente debería ser como como se plantea desde el pensamiento hegemónico en el campo.

Desde esta perspectiva, Basile afirma que el proceso político-social abierto en las últimas décadas en la región latinoamericana sin duda está intentando divulgar la crítica para "*desnaturalizar las matrices conceptuales-epistémicas del discurso dominante en salud como un ejercicio colectivo estratégico que daría centralidad a un debate clave*

⁶⁸ Basile, G. (2018). *La salud internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico*. La Plata: De La Comarca IDEP-ATE. FLACSO-CLACSO Colección II Dossiers Salud Internacional Sur / Sur. En: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190320033726/II_DOSSIERS_DE_SALUD_INT_SUR_SUR_GT2019.pdf

sobre la producción de una nueva salud internacional Sur Sur” y que con ese sentido se rescatan experiencias aisladas, territorializadas que dan cuenta de que existen otros modelos para pensar y ejecutar las políticas de salud en Latinoamérica.

II. F Cooperación Internacional para el Desarrollo y Descentralizada

II.F.1 Acercamiento al concepto de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Una de las primeras definiciones de cooperación internacional se encuentra en la Carta de las Naciones Unidas⁶⁹ donde es considerada como un instrumento para resolver los problemas económicos, sociales, culturales y humanitarios internacionales, concebida desde el respeto a los DDHH y las libertades fundamentales. Sin embargo, esta definición reviste una amplitud e imprecisión que hace que un sinnúmero de acciones muy diversas pueda ser entendida como cooperación al desarrollo. Por ejemplo la cooperación militar en operaciones de mantenimiento de paz. A partir de allí se han desarrollado distintos conceptos de cooperación internacional, dependiendo del enfoque, los actores intervinientes y los propósitos.

La concepción más clásica de “asistencia oficial al desarrollo”, hace referencia principalmente a la ayuda financiera y siempre parte de la cosmovisión del “país donante”. Este concepto de ayuda utilizado por organismos como la OCDE⁷⁰ es mucho más reducido y no contempla otros tipos de cooperación. La idea tradicional de cooperación nacida en la segunda posguerra entra en crisis a finales del S. XX al no poder dar respuesta a las necesidades de un mundo cada vez más complejo y globalizado donde aparecen nuevos actores estatales y no estatales en escena. Es así que surgen nuevos intentos de conceptualización de la cooperación internacional al desarrollo.

Una de las definiciones más extendidas es la que presentan Gómez Galán y Sanahuja, que expresa textualmente:

“La cooperación internacional al desarrollo comprende el conjunto de actuaciones, realizadas por actores públicos y privados, entre países de diferente nivel de renta con el propósito de promover el progreso

⁶⁹ https://www.oas.org/36ag/espanol/doc_referencia/Carta_NU.pdf .Consulta junio 2019

⁷⁰ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Disponible en: <https://www.oecd.org/centrodemexico/laocde/> Consulta junio 2019.

económico y social de los países del Sur de modo que sea más equilibrado en relación con el Norte y resulte sostenible.”⁷¹

Aunque para este trabajo consideramos más pertinente la definición de la cooperación para el desarrollo que brindan Alonso y Glennie⁷² quienes establecen propósitos y características que deben cumplir las acciones para ser consideradas como tales. En cuanto a los propósitos que debe perseguir la cooperación al desarrollo señalan los siguientes:

1. *“apoyar y complementar los esfuerzos de los países en desarrollo dirigidos a facilitar las normas sociales básicas universales a sus ciudadanos, como medio para que ejerzan sus DDHH fundamentales;*
2. *promover la convergencia de los países en desarrollo (en especial de los más pobres) con niveles superiores de renta y bienestar, corrigiendo las desigualdades internacionales extremas;*
3. *apoyar los esfuerzos de los países en desarrollo con miras a participar activamente en la provisión de los bienes públicos internacionales.”⁷³*

Asimismo, estos autores, para identificar una acción como cooperación para el desarrollo, señalan que se debe cumplir con 4 criterios fundamentales:

1. Propósito expreso apoyar las prioridades de desarrollo nacionales e internacionales. En este sentido los Objetivos de Desarrollo Sostenible⁷⁴ (ODS) se presentan como una guía de las acciones que pueden enmarcarse en este contexto.
2. No persigue el lucro, ya que ha de buscar corregir las deficiencias del mercado.
3. Discrimina en favor de los países en desarrollo, en tanto solo las actuaciones que persiguen deliberadamente crear nuevas oportunidades para los países en desarrollo, de forma discriminatoria, y tienen en cuenta las trabas estructurales

⁷¹ Gómez Galán, M. Y Sanahuja, J. (1999). *El sistema internacional de cooperación al desarrollo. Una aproximación a sus actores e instrumentos*. Madrid: CIDEAL. Pág. 17. [Disponible en: https://www.academia.edu/546351/El_sistema_internacional_de_cooperaci%C3%B3n_al_desarrollo_una_aproximaci%C3%B3n_a_sus_actores_e_instrumentos] Consulta: julio 2019.

⁷² Alonso, J. Y Glennie, J. (2015). *¿Qué es la cooperación para el desarrollo? Informes de política para el Foro sobre Cooperación para el Desarrollo de 2016*. ECOSOC Development Cooperation Forum, Febrero de 2015, nº 1.

⁷³ Alonso, J. y Glennie, J., Op. cit. Pág. 1.

⁷⁴ ONU, “Objetivos y metas de desarrollo sostenible”. [Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>] Consulta: julio 2019.

que limitan el desarrollo de los países pobres pueden considerarse cooperación para el desarrollo.

4. Se fundamenta en relaciones de colaboración que intentan mejorar la implicación de los países en desarrollo en tanto debería establecerse relaciones no jerárquicas entre socios internacionales que complementen sus recursos y capacidades en función de los objetivos de desarrollo respetando la soberanía de los países y aumentando el margen de maniobra de los países en desarrollo.⁷⁵

Por último los autores señalan también que existen tres tipos principales de cooperación para el desarrollo: transferencias financieras (y contribuciones en especie); apoyo a la capacidad y cambio normativo⁷⁶. Asimismo, clasifican el apoyo a la capacidad en tres sub categorías específicas: recursos organizativos y humanos, cooperación tecnológica y puesta en común de experiencias normativas. Las iniciativas propuestas en este trabajo combinan estas tres categorías.

II.F 2 El rol de los gobiernos locales en la Cooperación para el Desarrollo: la Cooperación Descentralizada.

Como señalamos anteriormente, la cantidad y la variedad de actores que juegan un rol en la cooperación internacional ha aumentado. De este modo tanto actores no gubernamentales como gobiernos provinciales y locales pueden desarrollar acciones de cooperación internacional. La cooperación descentralizada es el ámbito donde los gobiernos provinciales y municipales encuentran su espacio como actores de la cooperación para el desarrollo. Siguiendo a Romero:

*“La cooperación descentralizada local es el conjunto de iniciativas de cooperación oficial al desarrollo que, bajo el liderazgo de autoridades locales, procura estimular las capacidades de los actores de base territorial y fomentar un desarrollo más participativo”.*⁷⁷

La autora también señala que los actores de la cooperación descentralizada pueden pertenecer tanto al sector público como privado cuando dice

⁷⁵ Alonso J. Y Glennie J. Op. Cit. Pág. 2.

⁷⁶ Alonso J. Y Glennie J. Op. Cit. Pág. 2.

⁷⁷ Romero, M. (2006). *Análisis de la cooperación descentralizada local. Aportes para la construcción de un marco de referencia conceptual en el espacio de las relaciones Unión Europea-América Latina*. En: Anuario del Observatorio de la Cooperación Descentralizada Local. Montevideo/Barcelona: Observatorio de la Cooperación Descentralizada Local Unión Europea-América Latina. Pág. 53.

“Son todos los agentes o instituciones que no forman parte del gobierno central: poderes públicos locales; organizaciones no gubernamentales, agrupaciones profesionales y grupos de iniciativas locales, cooperativas, sindicatos, organizaciones de mujeres o jóvenes, instituciones de enseñanza y de investigación, iglesias y todas las asociaciones no gubernamentales que puedan aportar al desarrollo.”⁷⁸

Por otro lado, tomando la definición de la Agencia de Cooperación e Inversión de Medellín y el Área Metropolitana (ACI), la cooperación descentralizada es la ayuda al desarrollo que se canaliza desde las administraciones locales. Es interesante el aporte de la ACI sobre la eficiencia de dicha cooperación en relación con el desarrollo humano que pueda generar y su implementación de forma democrática y participativa: *“La Cooperación Descentralizada está diseñada por dos ejes de acciones eficientes: la promoción del mejor y más eficaz desarrollo local humano y sostenible, y la aplicación de las más creativas formas de democracia local participativa y directa. Para que esos dos ejes funcionen, lo más imprescindible es la organización de la gente en asociaciones libres, como vecinos y habitantes del territorio en el que se ha descentralizado, de modo que el poder jerárquico se transforme en poder local incluyente y participativo.”⁷⁹*

II. G Las Personas Mayores y el Enfoque de Derechos.

II.G.1 Las Ideas y las Normas

La ONU y la Convención Interamericana sobre DDHH de las Personas Mayores definen como Adultos Mayores a las personas que superan los 60 años de edad⁸⁰. Hay también otras formas de referirse a este grupo poblacional como *“ancianos”, “viejos”, “abuelos”* o *“personas de la tercera edad”*. Descartando el uso de ciertos vocablos que podrían ser resistidos por considerarse peyorativos como por ejemplo *“viejos”* para este trabajo decidimos utilizar la denominación de Personas Mayores/Adultos Mayores, en tanto consideramos que en la actualidad es una de la más usada en la bibliografía, en las distintas entidades públicas y en espacios de cooperación internacional. Además aunque tenga un cierto toque de eufemismo pensamos que remite mejor al enfoque de

⁷⁸ ROMERO, María, Op. cit. Pág. 49.

⁷⁹ ACI, “Manual de cooperación internacional descentralizada. Quinta versión”. Medellín, 2012. Pág. 21.

⁸⁰ DABOVE, María. “Derechos humanos de las personas mayores en la nueva Convención Americana y sus implicancias bioéticas”. Revista Latinoamericana de Bioética, 2016. [Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1440>] Consulta: junio 2019.

DDHH que el de tercera edad o anciano y evita el rechazo que socialmente produce llamar viejos a las personas mayores, por su relación con lo descartable, sin posibilidad de aprovechamiento.

Las cuestiones relativas al envejecimiento pueden leerse en el nivel individual o colectivo. El envejecimiento de la población se define como el aumento de la proporción de personas de edad avanzada (60 años y más). También se puede ser más gráfico mostrarlo como una tendencia a la inversión en la pirámide de edades o la lentitud de crecimiento vegetativo en una curva por aumento de la esperanza de vida al nacer.

En nuestra cultura, la tendencia creciente al envejecimiento, en lugar de considerarse un éxito atribuible al desarrollo, se ha convertido en un problema que es objeto de preocupación. Como ha sido tradicionalmente la edad avanzada ha significado una etapa de carencias de todo tipo: económicas, físicas y sociales. Las primeras expresadas como problemas de ingresos, las segundas como falta de autonomía y las terceras como ausencia de roles y relaciones sociales.

El enfoque de DDHH implicó un cambio importante al promover la equidad en la distribución de recursos, la autonomía de los sujetos y el empoderamiento de los grupos tradicionalmente relegados. Esto implicó que las personas mayores se nominen como sujetos de derecho y no solamente beneficiarios de los programas y políticas de protección. Por lo tanto, sus derechos deben ser garantizados por el Estado en su condición de ciudadanos, igual que debe trabajar para su integración invitándolos a que asuman responsabilidades respecto de la sociedad de la que forman parte, sus pares, sus familiares y sus propios derechos. Esos son los temas de debate respecto a los asuntos relacionados con las personas mayores en la actualidad en la agenda política actual, tanto internacional como regional.

Podemos inferir que en la actualidad las personas mayores encuentran limitaciones para el ejercicio de sus DDHH y libertades en igualdad de condiciones que otras personas. Aunque existan normas, como las que hay en algunos países que promueven la participación social de las personas mayores no hay un contexto propicio que les facilite el ejercicio de la ciudadanía. La sociedad las segrega en razón de su edad y como grupo tienen poder limitado ya que están fuera del escenario en que se construyen las políticas. Eso genera un círculo vicioso que perpetúa una asimetría en la distribución de

los recursos que se le destina a los derechos de las personas mayores. Además las personas mayores sufren la pobreza, la soledad o la fragilidad de esta etapa de la vida, algo que también es común a otros grupos segregados de la cultura como personas con padecimientos subjetivos o con discapacidades. En todos los casos la obligación de atender sus diferencias desde el enfoque de derechos ha requerido del dictado de normas que agenda la obligación estatal; pero las normas por si solas no modifican. Eso requiere medidas para su inclusión social, cultural y política.

Respecto al envejecimiento individual existen distintas conceptualizaciones, ya que no existe un solo paradigma de la vejez y el envejecimiento. Al pretender ubicar dicho momento en el proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado es necesario intentar dar cuenta de su complejidad. El envejecimiento alude a una realidad multifacética atravesada no solo por el paso del tiempo, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales que no necesariamente se expresan simultáneamente en el proceso de construcción histórico-social de cada quien. Estas dimensiones se presentan íntimamente amalgamadas pero pueden analizarse por separado para intentar vincularlas con garantías y derechos. Ese artificio analítico no implica que al momento de formular políticas alguna de estas dimensiones se borre. La integralidad es necesaria para estar acorde al enfoque de derechos.

En realidad la vejez es una condición estigmatizante que se asocia con la dependencia y la proximidad de la muerte. Podemos hablar de una edad cronológica, una social y una fisiológica. La cronológica se refiere a la edad en años y se define por consenso con relación al momento más frecuente de aparición de limitaciones funcionales para el trabajo o el autocuidado en el total de población. Es un asunto sociocultural y cada sociedad establece el límite a partir del cual una persona se considera mayor, lo que casi siempre se relaciona con la edad fisiológica. Según la edad establecida por la mayoría de los países de la región en sus respectivas legislaciones la vejez se inicia a los 60 o 65 años, frontera que ha venido extendiéndose en los últimos tiempos. Se aplica para establecer la edad de la jubilación o retiro o el momento de acceso a beneficios de los sistemas de protección. En ese sentido según dónde vivas y cómo hayas vivido llegar a viejo podría percibirse con malestar como una etapa de pérdidas o como de plenitud para disfrutar de la vida.

La edad fisiológica se refiere al proceso de envejecimiento físico que aunque se vincula a la edad en años no es correlativa con ella y tiene que ver con aspectos biológicos como disminución del tono muscular, la fuerza, la densidad ósea, capacidades auditivas, visuales y hasta mentales que aparecen en distintos momentos cronológicos según las personas. Desde esta perspectiva se habla de vejez en términos de deterioro y de senilidad para referirse a un grado mayor que implica dependencia de cuidado, vocablos que en nuestro medio son connotados como despectivos o discriminatorios en sentido negativo.

Por último, la edad social tiene que ver con el posicionamiento de la persona en la sociedad que habita, el rol que asume en el mundo de relaciones que establece y sus percepciones sobre su envejecimiento o sea cómo se siente con la edad que tiene. Esta dimensión y la soledad son las cuestiones menos consideradas por las políticas públicas, ya que las mismas se han centrado en la provisión de bienes y servicios. Son muy raras las experiencias donde la acción pública está destinada a ofrecer los mayores estándares de vida posibles a las personas mayores por su sola condición de ser miembros de la sociedad y sus legítimas aspiraciones de ciudadanía.

El origen de esta situación reside tanto en el positivismo y asistencialismo que marca a las instituciones especiales para personas mayores, en las que las nuevas corrientes de pensamiento no terminan de desembarcar. Otras como por ejemplo los centros de salud u hospitales generales tampoco se han adaptado a la nueva composición por edades de la población y continúa funcionando en base a un imaginario asentado en la juventud, en el que la vejez indefectiblemente está asociada con las pérdidas.

Varias publicaciones de la CEPAL⁸¹ se afirman en que *“el principio de la titularidad de derechos debe guiar las políticas públicas”*. O sea que hay que orientar el desarrollo conforme al marco normativo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales plasmados en acuerdos vinculantes tanto nacionales como internacionales. Esta idea viene modificando paulatinamente la lógica de elaboración de leyes, políticas, programas y orientando la construcción de proyectos. Ya no se habla tanto de brindar asistencia como de personas con derechos que obligan al Estado y la sociedad a

⁸¹ Huenchuan, S. Y Rodríguez-Piñero, L. (2010). *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*. Santiago de Chile: CEPAL. Colección Documentos de proyectos. LC/W. Naciones Unidas.

comportarse de manera acorde. Las principales obligaciones reconocidas por los Estados respecto a los DDHH de cualquier persona (no solo personas mayores) son proteger, evitar violaciones, realizar prestaciones positivas para el ejercicio de los Derechos. Mientras que la integración de los DDHH a la perspectiva del desarrollo contribuye a señalar que las medidas puestas en práctica en esa búsqueda deban considerar la situación específica de las personas y grupos vulnerables, marginales, desfavorecidos o socialmente excluidos entre los que podemos clasificar a muchas personas mayores.

Aparecen así marcos conceptuales e iniciativas que alientan a conciliar las necesidades e intereses de todos los grupos de la sociedad para avanzar hacia una plena integración social, donde cada persona, con independencia de su edad, con sus propios derechos y responsabilidades, tenga una función activa que desempeñar. Según el documento de la CEPAL, con la integración del enfoque de derechos como orientador de las políticas de desarrollo irrumpe o se consolida un nuevo sujeto social para las políticas públicas que reclama un tratamiento particular en razón de su edad y requiere expandir, especificar y profundizar sus DDHH.

En ese sentido las estrategias para promover el enfoque de los DDHH en el abordaje de los asuntos de las personas mayores debe incluir el desarrollo y la aplicación de conceptos y contenidos particulares en base a tres dimensiones: normativa (acordes a las normativas y acuerdos internacionales), procesal (los estados deben proveer medios y recursos) y de contenidos tanto mediante la implementación de programas sectoriales o específicos dirigidos exclusivamente a las personas mayores orientados a universalizar servicios con equidad y también mediante la construcción de una perspectiva amigable para el grupo de personas mayores en el marco de la corriente general de políticas públicas.

II.G.1 a) Envejecimiento Activo y Saludable

Intentando que las dimensiones omitidas hasta ahora se integren a las políticas de salud, desde la OMS surgió la iniciativa definida como EAS. Se la entiende como instrumento para construir políticas públicas con base a un conjunto de parámetros. Muchas políticas, programas y prácticas para las personas mayores de la actualidad se referencian en ellos desde el enfoque de derechos o desde perspectivas economicistas

que valoran el ahorro en servicios de salud y cuidado. Los objetivos siempre son extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas. Por eso además entender que deben continuar siendo activos físicamente, considera que es también importante que permanezcan activos social y mentalmente participando en:

- actividades recreativas
- actividades con carácter voluntario o remuneradas
- actividades culturales y sociales
- actividades educativas
- vida diaria en familia y en la comunidad⁸².

El concepto de envejecimiento activo es integral, ya que no se centra en aspectos solamente ligados a la salud entendida como prevención de enfermedades, atención de las mismas o rehabilitación. Incluye fundamentalmente la optimización de las oportunidades físicas, sociales y mentales; de participación y seguridad; con el objetivo de ampliar la esperanza de una vida saludable, la productividad y así mejorar la calidad de vida y lograr mayor autonomía e independencia. Pone hincapié en generar condiciones para controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo a normas y preferencias. Señala que con esto contribuye a la participación continua en espacios y cuestiones sociales, económicas, culturales y cívicas. Al decir “activo” va más allá de la actividad física porque incluye la actividad política o cultural.

Son muchas las variables que se juegan en la posibilidad de tener un envejecimiento con estas características como la situación económica (ingresos); el acceso a una adecuada atención de la salud y a servicios sociales; la alimentación adecuada; un hábitat y vivienda acordes; educación continua y contar con redes de apoyo social. Esto hace que lo “activo” o “participativo” quede ligado a estrategias de inclusión social que sea cual sea el sector que las genere habrá de pensarlas de manera integral e interdisciplinarias. Envejecimiento Activo sería entonces “*el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen*”. Este aplica tanto a los individuos como a los grupos de población.

⁸² <https://www.who.int/topics/ageing/es/> (portal de OMS) Consulta octubre 2019

Los fundamentos del concepto ya aparecen en 1982, en el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento consolidándose en la década de los años 90 del siglo XX. A partir de allí surgen distintas propuestas que ponen énfasis en la importancia del entorno físico y social para el buen vivir y la participación.

El término saludable para el envejecimiento que se combina actualmente con el de activo se había utilizado para referirse a un estado positivo y libre de enfermedades. Sin embargo como con el envejecimiento la mayoría de los problemas de salud son el resultado de la interacción de las enfermedades crónicas que puedan aparecer con el proceso de envejecimiento, lo “saludable” ahora se valora con la repercusión en los hábitos de vida de estas circunstancias y la OMS modifica el concepto anterior de Envejecimiento Saludable por el actual que lo expresa como “*proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez*”. Con este nuevo concepto, envejecer de manera saludable no significa envejecer sin enfermedades. Envejecer de manera saludable para la OPS/OMS significa hoy ser capaz de hacer durante el máximo tiempo posible las cosas a las que damos valor, o sea que se interviene no sólo para prevenir o controlar enfermedades sino también para asegurar dignidad y autonomía.

II.G.2 b) Las viviendas u hogares compartidos

En la línea de pensamiento del EAS, además de las instituciones tradicionales en los sistemas de servicios de salud están apareciendo otras, más integrales que ni siquiera se pueden definir estrictamente como establecimientos de salud o pertenecientes al sector. Como se mencionaba más arriba, al envejecer, muchas personas se quedan solas ya que van perdiendo su entorno de relaciones (enviudan, sus hijos se mudan lejos, sus familiares permanecen la mayor parte del día fuera del hogar, etc.) En estas circunstancias, el alejamiento de la familia núcleo que por otra parte aparece asociada a otras cuestiones entre las que se destaca el retiro de la vida laboral y tal vez la aparición de dificultades funcionales trae consigo la sensación de falta de comunidad, falta de propósito y de objetivos como sentirse útil para otros. También el envejecimiento puede traer consigo cierta pérdida de autonomía en la movilidad de las personas (disminución de los reflejos, de la visión, pérdida de la licencia de conducir, dificultad para relacionarse con las TICs, etc.). En sociedades con poblaciones más envejecidas, como es

el caso de algunos países europeos en los que la población de Personas Mayores comenzó a crecer antes, estas problemáticas aparecen con más fuerza ya que afectan a gran parte de la población. Para afrontar dichos problemas, surgen iniciativas destinadas a subsanar distintos aspectos de la soledad y la pérdida de vínculos. Pueden ser entendidas como dispositivos dentro de políticas públicas integrales destinadas a Personas Mayores en los huecos que dejan los sistemas de protección o como una nueva oferta de mercado frente a necesidades y demandas que surgen del modo de vida actual. Algunas de estas llegan a las Políticas Públicas del sector de desarrollo social, de hábitat como un modo de institucionalización de los mayores, pero más moderno. Otras surgen de la asociación de personas con similares necesidades y se las suele mencionar como propuestas de Covivienda u hogares compartidos. También están las construidas básicamente desde el interior del sector salud como propuestas para la intervención del Estado en la promoción y prevención de la Salud que se organizan como programas o actividades a ejecutar dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud orientadas en la iniciativa de EAS.

No existe una única definición para ninguna de ellas. Respecto a los hogares compartidos, como construcciones sociales recientes van tomando forma diferente en la realidad en la que se producen y también toman distintas denominaciones. Tampoco existen muchas investigaciones científicas sobre lo que denominamos vivienda compartida o “covivienda”, para adaptar la traducción al castellano de su denominación en inglés “co-housing”. Por esos motivos apelamos a la definición del diccionario que lo conceptualiza como:

“una clase de comunidad intencional compuesta de casas privadas complementadas y agrupadas con extensos espacios comunitarios. Una comunidad de co-vivienda está planeada y manejada por su residentes propietarios o usuarios, que son grupos de personas que anhelan mayor interacción con sus vecinos.”⁸³

Como podemos apreciar detrás de esta definición aparece una figura de reciente aparición dentro del mundo capitalista, que implica iniciativa y financiamiento privado, derechos garantizados y autonomía para las decisiones a efectos que cada individuo pueda paliar los efectos de aislamiento social o soledad que le afectan. Algunas experiencias con base en ese modelo están apareciendo en nuestro medio en la

⁸³ <https://habitatge.barcelona/es/acceso-a-vivienda/covivienda> Consulta agosto 2019.

actualidad como proyectos asociativos de grupos de personas que se conocen previamente o como emprendimientos inmobiliarios que ofrecen su adquisición por distintos medios de comunicación, aún en cuotas como aseguramiento del espacio para el futuro. Las experiencias de Covivienda apuntan principalmente a la población de Personas Mayores autoválidas con capacidad de pago. Hoy en día, en los hogares compartidos los Personas Mayores comparten con otros no sólo un lugar para vivir, sino también espacios de sociabilidad entre pares.

Las primeras experiencias no fueron para Personas Mayores, comenzaron en Dinamarca en los años 60 y 70 orientadas a familias jóvenes y surgieron como una manera de distribuir las tareas del hogar y el cuidado de los hijos viviendo en comunidad. De ellas se desprenden los principales objetivos que en sus inicios fueron:

- responsabilidad compartida entre hombres y mujeres
- interrelación con los vecinos
- el acceso a instalaciones compartidas

A principios de los 90 comienzan a darse algunas experiencias para Personas Mayores en Estados Unidos y algunos países de Europa y en Dinamarca, allí fue encontrando cada vez mayor interés entre la población de Personas Mayores⁸⁴. Se fueron extendiendo como práctica pero no cuentan aún con un marco legislativo o regulatorio propio. La mayoría de las iniciativas existentes, surgen desde agrupaciones de la sociedad civil o compañías inmobiliarias como emprendimientos privados. En algunos casos son promovidas por asociaciones civiles de Personas Mayores que se agrupan directamente con la idea de EAS.⁸⁵ También hay organizaciones importantes que buscan inscribir en los gobiernos las particulares necesidades de las personas mayores como por ejemplo la asociación civil danesa que nuclea a personas mayores llamada Aeldre Sagen⁸⁶ la que define su misión como:

“La misión de DaneAge es bregar por una sociedad en la cual todos puedan vivir una buena y larga vida. Una sociedad en la cual la persona sea más importante que su edad, en

⁸⁴ Egero, B. (2014). *Puzzling patterns of cohousing in Scandinavia*. En:

<http://kollektivhus.nu/pdf/Bertil%20Lidewij%20article%20corr%20aug%2014.pdf> Consulta: agosto 2019.

⁸⁵ BBC News, En un artículo define el “*Senior cohousing*” como *la tendencia a envejecer rodeado de amigos como alternativa a las residencias (y por qué es bueno para la salud), ...“Se trata de comunidades formadas por viviendas donde personas mayores comparten servicios comunes, actividades sociales y recreativas y, sobre todo, disfrutan de la vida con sus parejas y amigos. Las personas mayores pueden vivir en un hogar propio y mantener su independencia”*. [Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-44859680>] Consulta: julio 2019.

⁸⁶ Aeldre Sagen, [Disponible en: <https://www.aeldresagen.dk/>] Consulta: agosto 2019.

*la que sea posible vivir y madurar en los propios términos y donde el apoyo y el cuidado está disponible para quienes lo necesitan”.*⁸⁷

Vemos entonces que el principal objetivo reivindicatorio de las asociaciones de personas mayores parece ser bregar por los derechos en la definición de políticas, la compañía y la socialización ya que otros derechos parecerían estar garantizados. Los países escandinavos como Dinamarca y Suecia son los que más han desarrollado experiencias de Covivienda, pero con modalidades diferentes. En el caso de Suecia, surgen como una forma colaborativa de repartir el trabajo más equitativamente entre hombres y mujeres y presentan distintas formas organizativas. La asistencia estatal a esta necesidad está avanzada: algunas son propiedad de empresas municipales de vivienda, otras pertenecen a cooperativas y otras están bajo “regímenes especiales de tenencia”. Se crearon en los años ochenta y la tendencia fue que funcionaran con una lógica de hotel, aunque los proyectos iniciales por estar demasiado institucionalizados no funcionaron.

La experiencia danesa es la más difundida y evolucionada. Desde 1987 aproximadamente hasta la fecha se conformaron más de 250 comunidades de covivienda para Personas Mayores en Dinamarca. Un estudio realizado recientemente reveló aspectos de la experiencia de los residentes, la capacidad de adaptación e integración a la comunidad. A pesar de haber experimentado desafíos, las personas consultadas afirman que pudieron adaptarse al nuevo entorno y tienen mayoritariamente una consideración positiva sobre el modo de organización grupal de la covivienda⁸⁸.

⁸⁷ Traducción propia de: “*The mission of DaneAge is to fight for a society in which all can live long and good lives. A society in which the individual is more important than their age, it is possible to live and flourish on their own terms, and support and care is available for those who need it*”. Aeldre Sagen, [Disponible en: <https://www.aeldresagen.dk/>] Consulta: agosto 2019

⁸⁸ Pedersen, M. (2015). *Senior Co-Housing Communities in Denmark*. En: Journal of Housing For the Elderly. N° 29. Pág. 126-145.

CAPÍTULO III

LA GUÍA DE VIAJE:

Instrumentos y Técnicas

III.A Sorpresas en el Camino y decisiones tomadas

Tal como expresamos en la presentación, uno de los objetivos específicos de este trabajo fue la consolidación de un documento de anteproyecto de intervención territorial “*en borrador*” con fines prácticos. Obviamente el Proyecto implicaría más que lo que ese documento podría expresar y no habíamos previsto el modo de comunicarlo.

En este punto del viaje, antes de elegir herramientas primero tuvimos que entender que ese documento final no sería más que un instrumento normativo dentro de una idea-proyecto que potencialmente podría construirse en territorio y sin nuestra participación.

Aunque éramos conscientes de que se utiliza el término planificación con dos sentidos diferentes no habíamos registrado que la acción orientada en cada una conducía a diferentes acciones. Por un lado la planificación como elaboración de planes, programas y proyectos en su momento normativo y por otro la planificación como proceso y estrategia.

Como bien lo explica Matus, “*debemos entender la planificación como una dinámica de cálculo que precede y preside la acción, que no cesa nunca, que es un proceso continuo que acompaña la realidad cambiante*”.⁸⁹ Desde esa acepción cuando hablamos de Proyecto hacemos referencia a un Proyecto Político, una visión compartida del mundo y las ideas generales de su construcción y era eso lo que teníamos que expresar en tanto el TIF se iba a presentar en la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales.

Ese fue nuestro principal problema a destrabar porque recurrentemente tendíamos a “*poner el carro antes del caballo*” y el documento normativo del Proyecto se convertía en el “*Proyecto de intervención en la política pública*” y hasta en “*la tesis*” en sí misma. Así los objetivos superpuestos se nos confundían.

Cuando presentamos el Proyecto de Tesis el objetivo de la interdisciplinariedad había quedado subordinado a la correcta elaboración de una propuesta que permitiera su uso para solicitar Cooperación internacional para una problemática puntual que tenía actualidad bajo el supuesto erróneo que no requeriría tanta investigación ni discusión. Aún sin querer hacerlo lo habíamos pensado en clave normativa y ese documento o anteproyecto era el fin en sí mismo.

⁸⁹ Matus, C. (2008). *Política, Planificación y Gobierno*. Caracas: Fundación Altadir.

Recién pudimos avanzar cuando comprendimos que eso sería sólo un documento en el que se sintetizarían y simplificarían las ideas a efectos de mostrar a los actores territoriales la lógica de confección que predomina en nuestro país y resulta imprescindible cuando interviene la Cooperación Internacional. Allí salimos de la disyuntiva que nos obligaba a elegir entre la planificación estratégica y la normativa de manera tal que si elegíamos la estratégica no habría documento de proyecto y si elegíamos la normativa habría una fuerte incoherencia discursiva con el marco teórico que estábamos construyendo.

Acordamos entonces en acercar, a trazos muy gruesos, ideas para una propuesta de intervención. DDHH, complejidad, salud colectiva y planificación estratégica serían nuestras referencias para interpretar la realidad y dar forma a un Proyecto Posible. Este debía buscar integralidad en las políticas y ocuparse de algunos de los principales problemas que afectan a los Personas Mayores en un espacio dato que aún no habíamos escogido. Su intención sería tratar de sumar viabilidad técnica para la eventual gestión de financiamiento o apoyo en el caso que los actores reales decidieran avanzar en ello.

La cuestión metodológica no había sido definida totalmente de antemano. Solo se establecieron los objetivos y las fuentes de información para comenzar con las búsquedas. Aun previendo una metodología híbrida, el mestizaje se fue dando en el paso a paso de manera muy artesanal. Avanzábamos en distintas dimensiones mientras nos metíamos en el tema y componíamos la situación problemática echando mano a referencias conceptuales para pensar o a métodos y técnicas para sistematizar.

Lo que parecía más sencillo no resultó así. La metodología denominada EML⁹⁰ por definición aparecía como la más adecuada para el diagnóstico y la formulación del Proyecto porque se aplica en casi todos los ministerios del Gobierno nacional, tiene amplia difusión en salud desde la OMS/OPS y fundamentalmente es la sugerida por organismos donantes en la Cooperación Internacional al Desarrollo.

Al intentar aplicarla pudimos ver sus profundas diferencias con lo que Carlos Matus denominó Planificación Estratégica Situacional (PES)⁹¹ o la versión más simplificada de este como es el Método Altadir de Planificación Popular (MAPP)⁹², también visitada en

⁹⁰ Camacho, H., Camara, Cascante R., Sainz, H. (2001). *El Enfoque del marco lógico: 10 casos prácticos. Cuaderno para la identificación y diseño de proyectos de desarrollo (Acciones de Desarrollo y Cooperación A.D.C)*. Madrid: Fundación CIDEAL, Acciones de Desarrollo y Cooperación.

⁹¹ Matus, C. (2008). *Política, Planificación y Gobierno*. Caracas: Fundación Altadir.

⁹² Matus, C. (2015). *Método Altadir de Planificación Popular. MAPP*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

la carrera de Trabajo Social, ya que pudimos ver que aunque ambos usaban técnicas como la construcción de mapas de actores o árbol de problemas no eran lo mismo. Tal vez a esas dificultades se hayan referido los tutores cuando al inicio mostraron reparos para esta construcción conjunta. Mientras que el EML la perspectiva técnica neutraliza el posicionamiento convirtiéndose en un fin en sí mismo que privilegia una secuencia de procedimientos, lo técnico, especialmente lo técnico “normativo” desde el PES es politizado, su uso es intencionado y para nada aséptico porque toma un lugar meramente instrumental.

Antes habíamos tenido que aceptar que la planificación estratégica como la habíamos estudiado, sea cual fuera su variante, no iba a ser una opción para nosotras por el carácter del ejercicio. No sólo no éramos un actor, sino que nuestro mayor acercamiento a la escena real y capacidad de influir sobre ella quedaba limitada a los recorridos por el espacio y los pocos intercambios con los referentes que entrevistamos.

Nos resistimos y complicamos buscando la síntesis entre lo estratégico y normativo porque deseábamos que nuestro esfuerzo en reconocer la situación y sistematizar los elementos del proyecto tuvieran valor práctico para alguien más. La resultante de este trabajo “debería” ser una tesis y también un proyecto, para tener el potencial de facilitar la tarea de gestión a actores territoriales con voluntad de incorporar la idea a su agenda. Tal vez ese que fue nuestro preconcepto más persistente fuera el que nos trababa y nos desviaba del marco teórico escogido en inicio.

En algún momento comprendimos que nuestro desarrollo podía ser algo previo a la “*detonación de un proceso*”⁹³ de planificación genuinamente estratégico, por eso el enfoque de derechos y el paradigma de lo estratégico debería orientar nuestra adaptación de los instrumentos. Lo que lográramos sería algo así como un avance para un plan que podría no tener nunca comienzo o ir en un sentido muy diferente al que queríamos ponerle. Los objetivos reales de su aplicación dependerían de los actores territoriales que quizá construyeran otra “*imagen objetivo*”⁹⁴, La nuestra pudimos cerrarla a partir de lo que interpretamos de lo que algunos referentes expresaron.

Por eso, la dimensión utilitaria de nuestro ejercicio “tenía” que ser un documento en clave metodológica de EML, de manera simplificada, cuyo único valor sería ayudar a la elaboración del documento definitivo para la búsqueda de aprobación o financiamiento

⁹³ Testa, M. (1995). *Pensamiento estratégico y lógicas de Programación*. Colección Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.

⁹⁴ Matus, C. (2008). *Política, Planificación y Gobierno*. Caracas: Fundación Altadir.

que quedaría a cargo de los actores locales. Por un lado el documento debería cumplir requisitos mínimos de este tipo de planificación y por otro dejar espacio en sus enunciados de actividades para hacer lugar a verdaderos procesos participativos e integradores en el territorio durante el proceso de ejecución, si lo hubiera.

A esta conclusión llegamos después de varias búsquedas erráticas e intentos frustrados de consolidación con apoyo en varios tutores y docentes recurriendo con frecuencia a las observaciones que habíamos podido hacer dentro del Proyecto OPS.

En el análisis de situación, intentando seguir a Mario Testa valoramos en perspectiva histórica algunas determinaciones que operan en las políticas públicas, tanto sobre las organizaciones del Estado como sobre las prácticas de los trabajadores, entre ellas también las de las experiencias de CID en Argentina y nuestro medio. Además procuramos datos y sistematizamos información socio-demográficos y de recursos territoriales. Entrevistamos a referentes clave e intentamos indagar los puntos de vista, los significados, los intereses y la memoria histórica a partir de sus testimonios como actores involucrados en las Políticas de Salud de la ciudad y la provincia. Como sujetos/referentes del grupo a privilegiar escuchamos a algunas personas mayores que asistían a los talleres y actividades dentro del Hospital Geriátrico Provincial y a los con los que interactuaban. Al respecto, Vasilachis⁹⁵ afirma que a través *de los métodos cualitativos se actúa sobre contextos "reales"* y mediante ellos el observador procura acceder a las estructuras de significados propias de esos contextos mediante su participación en los mismos. Según este autor:

“el presupuesto fundamental de las metodologías cualitativas es que la investigación social tiene que ser más fiel al fenómeno que se estudia que a un conjunto de principios metodológicos, y que los fenómenos sociales son distintos a los naturales y no pueden ser comprendidos en términos de relaciones causales mediante la subsunción de los hechos sociales a leyes universales porque las acciones sociales están basadas e imbuidas de significados sociales: intenciones, actitudes y creencias”.

La necesidad de conocer la realidad y componerla como espacio de intervención, nos permitió aprender que la planificación y la gestión también aplican métodos de

⁹⁵ Vasilachis de Gialdino, I. (1992). *Métodos cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina. En: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/vasilachis_irene_metodos_cualitativos_i_los_problemas_teorico_metodologicos_.pdf Consulta: junio 2019.

investigación. Aunque no se haga de manera rigurosa, estos procedimientos son imprescindibles, pero su modo de uso siempre está conscientemente orientado a la acción, intencionado. En la elección de datos, la construcción de información y el modo de presentarla hay intenciones de los que formulan el proyecto hacia una imagen objetivo. Por último, el listado de problemas para la construcción del árbol y el mapa de actores fueron verdaderos artificios “*de escritorio*” a partir de lo que como equipo pudimos inferir de esas entrevistas, otros datos y fundamentalmente nuestras propias valoraciones y deseos.

En síntesis las decisiones estratégicas del grupo fueron:

- Pensar una intervención política de pequeña escala a nivel barrial, pero en un espacio en el que múltiples articulaciones sean viables.
- Elegir una problemática de gran relevancia y escasa visibilidad, con poco desarrollo de experiencias innovadoras.
- Construir una propuesta desde el enfoque de DDHH y orientarla a una intervención integral.
- Verificar que la problemática esté enunciada en la agenda de prioridades internacionales, nacionales y locales.
- Apelar a la lectura histórica de las políticas de salud, de Personas Mayores y de cooperación internacional para identificar en ella los canales para la inscripción de la idea.
- Aplicar distintas técnicas para el análisis de situación y la formulación del proyecto en una mistura metodológica que nos conduzca a los planteos que queremos hacer.
- Recuperar ideas y valoraciones de los actores reconocidos en el escenario real para la elaboración del Proyecto.
- Hacer un documento final respecto a algunos de los problemas identificados que podrían estar en el espacio de gobernabilidad de los actores locales.
- Sistematizar su planteo encuadrándolo en una plantilla que aplique el EML de manera que pudiera ser adaptado fácilmente a efectos de su presentación a distintos organismos nacionales e internacionales si hubiera voluntad de hacerlo.
- Flexibilizar ese documento para dejar a los actores locales el espacio de libertad necesario para la verdadera construcción del Proyecto, “en acto”.

- Entenderlo como instrumento para un momento que es efímero y formal dentro del proceso de planificación y un subproducto del trabajo de tesis.
- Entregar copia a todas las personas que fueron entrevistadas y a las instituciones que representan.

Lo teórico no fue menos intencionado ni tan sencillo, intentando buscar coherencia y respaldo autorizado consultábamos más y más bibliografía para buscar los autores que dijeran lo que nosotras queríamos decir. Aunque en lo subjetivo tal vez lo peor fue tener que aceptar los límites de nuestro esfuerzo y la entidad efímera de nuestra obra, porque no podíamos dejar de pensarnos con algún rol en la situación real.

III.B Enfoque de marco lógico⁹⁶

El denominado Enfoque de Marco Lógico es una manera de estructurar los principales elementos de un proyecto que señala los lazos lógicos entre los insumos previstos, las actividades planeadas y los resultados esperados. Con referencia a este enfoque se organizan en general las plantillas de diagnósticos y presentación de Proyectos que utiliza desde hace casi dos décadas el Gobierno Argentino en casi todos sus ministerios y fundamentalmente en aquellos Proyectos, Investigaciones y Programas en el marco de la Cooperación Internacional para el Desarrollo, porque es el que proponen las organizaciones donantes. Estas plantillas en general vienen con un instructivo o manual que sugiere las técnicas para recoger y tratar la información que ocupará las plantillas⁹⁷. Sus defensores lo presentan como una herramienta analítica para la planificación y la gestión de proyectos orientado por objetivos políticamente neutra. Destacan entre sus características fundamentales:

- La orientación por objetivos
- La orientación hacia grupos beneficiarios

⁹⁶ NORAD. (1990). *Enfoque del Marco Lógico como herramienta para planificación y gestión de proyectos orientados por objetivos*. Oslo: El manual lo realizó el Grupo de Trabajo de NORAD sobre Metodología, basándose en materiales de Samset / Stokkeland Consulting AS. En: http://docencia.unet.edu.ve/Coordinaciones/SComunitario/archivos/Manual_Marcologico.pdf Consultado en septiembre 2019.

⁹⁷ Respecto al uso del enfoque de marco lógico la Dra. Musso expresa “...la información es una construcción que media entre las ideas, las intenciones y la realidad. Todos los instrumentos de recolección o datos tiene sentido para alguien, condensan lo que quiere conocer y comunicar cada actor. El Enfoque de Marco Lógico sirve para quien controla, quien financia proyectos pero para quien tiene su propio proyecto al que se ha llegado por otro camino aparece como un trámite, desagradable, resistido porque se reconoce que condiciona durante la ejecución. Por eso en la interacción con actores que plantean otro horizonte político cuesta mucho explicar que llenar las grillas con datos de diagnóstico o proyecto o interpretar y argumentar sobre los reportes que salen de sistemas de información no son un trámite, ni fines en si mismos y mucho menos actos administrativos que serán inocuas...”

- El registro de la existencia de participación de otros actores además del organismo solicitante.
- La sencillez de su interpretación para quienes toman las decisiones
- La normalización de procedimientos para recoger y evaluar información para quienes los administran y los evalúan.
- Su fácil comunicación en términos de posibilitar rápidos intercambios a la distancia y transferencias ágiles si cambian las personas a cargo.
- Además su amplia difusión permite que se hagan estudios comparativos entre proyectos.
- Por último incorporan elementos externos a los que puede asignarse el éxito o fracaso de los Proyectos más allá de las responsabilidades de la gestión de cualquiera de las partes.

Desde el enfoque de DDHH se privilegia el pensamiento complejo en las políticas sociales por eso esta metodología no es considerada o considerada amigable por trabajadores y gestores de políticas sociales, salvo por los de las áreas administrativas. Tiene fuertes críticas en lo relativo a la planificación de política de salud o la intervención en instituciones, sin embargo es el enfoque más aceptado por las áreas como programas verticales, de vigilancia y control epidemiológico. Las características de las que son objeto de crítica son:

- Su aparente neutralidad política
- Se presenta como un fin en sí mismo
- Su rígida estructuración
- Su sesgo administrativista
- La evaluación de procesos más allá de los resultados
- Su normatividad
- Que la incertidumbre cae fuera del proyecto
- El peso relativo de los registros por sobre los verdaderos indicadores de proceso en los mecanismos de evaluación

Por esos motivos, a los efectos de este trabajo, la referencia en dicho enfoque no se plantea como metodología a utilizar para los tres primeros momentos de la planificación que Carlos Matus plantea. Sólo se recupera para enunciar algunos de los elementos del “deber ser” de la situación (momento normativo) y fundamentalmente

para enumerar actividades que sean verificables y así ofrecer mecanismos sencillos de evaluación en el momento operativo.

Se valoró su utilidad como herramienta comunicacional por distintas virtudes, por un lado: permite tener en cuenta las variables que podrían ser requeridas por autoridades superiores de la administración estatal o entidades internacionales al momento de buscar la aprobación o la Cooperación.

También hace lugar a documentos sintéticos y efectivos que son fácilmente explicables, comprensibles y sus formatos no impiden agregar variables que se consideren importantes para quienes planifican. Los modelos de elaboración y presentación son variables y en general los define la entidad que autoriza o aporta y se van simplificando o complejizando con relación a la magnitud del proyecto y la relevancia de las instituciones que lo presentan.

En este trabajo se procuró identificar un instrumento que fuera aplicable a proyectos locales, lo que permitiría su construcción en el territorio para elevar a las autoridades estatales correspondientes,

También pensamos que la utilización del EML en su carácter instrumental dentro de un proceso estratégico, generado desde el territorio y en el territorio, podría cobrar el valor de una pieza clave para la gestión y las negociaciones que de ella se desprendan al tener los actores locales un documento sobre el que podrían argumentar fácilmente con mayor o menor opacidad.

III.C Historia Institucional - Análisis Institucional⁹⁸

Ante todo corresponde aclarar que lo que denominaremos historia institucional o análisis institucional no debe ser entendido como método o técnica que se haya aplicado para la recolección de información ni su análisis. Es sólo una referencia a la perspectiva que utilizamos para tratar de ordenar y explicar de algún modo los datos obtenidos en documentos y entrevistas que se vinculaban con el proceso evolutivo de distintas instituciones.

Como en este tipo de métodos quisimos identificar tensiones internas, tendencias reproductivas y posibilidades de realizar cambios a partir de hacer una lectura histórica

⁹⁸ Kaminsky, G. y otros. (2001). *Genealogía del Análisis Institucional*. Buenos Aires: Laboratorio de Análisis Institucional. Instituto G. Germani. Facultad de Ciencias Sociales. UBA. Pág. 5.

y que considerara a las personas o grupos como actores en términos de las relaciones de poder que se establecen entre ellos (sujetos sociales, sujetos políticos, sujetos institucionales).

Consideramos como instituciones los sistemas de protección social para Personas Mayores, las experiencias de Cooperación Internacional en nuestro medio, el Hospital Geriátrico Provincial, otras organizaciones asistenciales y las políticas sociales del Estado municipal de Rosario, además de todas las organizaciones propias de la comunidad y las políticas sociales de última generación que articulan recursos municipales y provinciales en intervenciones que buscan la integralidad. No todas las que se incluyan después en el documento Proyecto serán mencionadas en este tramo del documento.

Como referencias lejanas y más bien simbólicas el "*Análisis Institucional*" remite a un movimiento teórico-práctico que nació en Francia en los años 40 y se ocupaba del estudio grupos de personas y establecimientos del campo de la salud mental. Esta corriente, que se nutre de la cultura que caracteriza al llamado "Mayo Francés" se extendió más allá de ese país y tuvo mucha influencia en el campo de las ciencias sociales y de salud. De hecho en Argentina tuvimos referentes muy destacados de esta corriente, como Enrique Pichón Riviere, quien articuló la psicología social y el psicoanálisis en distintos campos de intervención como la salud o la educación.

Mientras que la Historia Institucional es un término asociado a la investigación histórica aunque en las últimas décadas comienzan a resurgir estudios que entienden la necesidad de en el análisis institucionales se entrecruzan lo sustantivo de una institución o sea su misión o su sentido con lo histórico en términos de lo evolutivo. Nuevas corrientes pretenden trascender los lineamientos de la tradición positivista en un campo donde se entrecruzan las teorías del poder de la propuesta de Michael Foucault y la sociología institucional de Pierre Bourdieu en perspectiva histórica. El cruce entre estas perspectivas les da a los investigadores un marco metodológico dinámico para comprender la historia de las instituciones, especialmente las de salud y educación.

Aunque nos ubicáramos más próximas a ese posicionamiento, la apelación a la denominada "*Historia Institucional*" es simplemente referencial porque los objetivos de la búsqueda fueron sólo caracterizar un área y sus instituciones en sentido evolutivo para comprender las políticas como proceso. Además en muchas de las plantillas que

consultamos aparecía un punto que solicitaba una breve caracterización histórica de la institución sobre la que se intervendría y también del organismo responsable, de otras organizaciones participantes o que fueran a ser involucradas de alguna manera. Este requisito igual que la contextualización a nivel país son propios de los documentos que tienen como destino final instituciones de Cooperación Externa sin sede en Argentina.

III.D Diagnóstico de Situación/Análisis de Situación

En términos de planificación, un Diagnóstico de Situación o Análisis de Situación implica la identificación y análisis de las situaciones problemáticas que dan origen a un determinado proyecto y esto también puede ser enfocado desde distintos ángulos.

En el campo de las ciencias sociales y políticas se hace referencia a este momento del proceso de planificación como “*diagnóstico social*”, “*diagnóstico participativo*” y otras denominaciones con distintas características y significados que en su mayoría coinciden en recuperar los aportes de Carlos Matus. Mientras que en el campo salud se habla de Diagnóstico de Situación de Salud (DSS) y Análisis de Situación de Salud (ASIS) como métodos para la evaluación de sistemas de salud, descripción de problemas y definición de prioridades. A veces se presentan como sinónimos, otras como etapas de un proceso lineal. En este caso primera etapa implica la construcción de conocimiento, generalmente a cargo de expertos o especialistas sobre la problemática y la segunda incorpora la perspectiva de los actores involucrados en la ejecución de las políticas como instancias técnicas de lo que se suele llamar Planificación Operativa (PO).

Gustavo Bergonzoli⁹⁹ desde (OMS/OPS) se ha convertido en la últimas décadas en la voz más autorizada respecto a los objetivos y la metodología para la elaboración de los DSS/ASIS en nuestro país. Estos procedimientos se aplican rutinariamente a efectos de justificar proyectos y programas sectoriales en salud, especialmente si están relacionados con convenios de Cooperación Internacional. Algunos de ellos responden básicamente a compromisos nacionales de provisión de información a observatorios internacionales sobre los problemas y las políticas de salud de los países, como los de la OMS y el Banco Mundial. Mientras que otros profundizan sobre las necesidades de un grupo de edad o un problema de salud en especial y son previos al lanzamiento de

⁹⁹ Bergonzoli, G. (2006). *Sala Situacional. Instrumento para la Vigilancia de Salud. Manual de autoinstrucción*. San José, Guatemala: OPS/OMS.

programas focales o paquetes de servicios, en tanto permiten calcular las líneas de base para estimar recursos y construir los sistemas de evaluación para acompañar la evolución de dichos programas.

Entendimos que desde el Enfoque de DDHH, estas instancias técnicas debían permitir “*identificar las posibles determinaciones y relaciones causales que inciden en la producción de los fenómenos sociales y delimitar las posibilidades de acción*”¹⁰⁰, para lo cual, como resultado, debían proporcionar, tanto una visión dinámica de los procesos sociales y las determinaciones de estos, como una ubicación de los espacios estratégicos para la acción.

A diferencia de la Planificación normativa, desde una mirada estratégica, el momento de análisis o diagnóstico como punto de partida en la elaboración de proyectos sociales propone la “*explicación*” de las situaciones que dan motivo al proyecto. De este modo, la definición del deber ser o imagen-objetivo del Proyecto queda cargada de valoraciones que son diferentes según quien explica. Al igual que los problemas que se pretendan abordar, el plan que resulte del proceso quedaría contextualizado en un espacio vivo, en el que se generan las múltiples relaciones que tienen que ver con las causas de los problemas, los intereses y las ideas y eso tendrá que ver con los cursos que el Proyecto pueda tomar.

III.E Mapa de Problemas y Mapa de Actores

La confección de un árbol de problemas es una técnica de gran difusión en la planificación de Políticas Públicas. Se utiliza en contextos participativos de manera tal que permite ordenar la explicación de la realidad a efectos de planificar intervenciones sobre ella. Junto a otras al ser aplicada en espacios multiactorales, permite operativizar la tarea de investigación necesaria definir objetivos e indicadores del Plan o Proyecto. Se considera como problema la distancia existente entre una situación real y la deseada por el actor que planifica, y simplificando al extremo las proposiciones de Carlos Matus esa situación deseada es la que se construye como la representación de los resultados esperados de la intervención y se denomina “*imagen objetivo*”.

Se parte siempre de alguno de los problemas que surgen en el primer acercamiento a la realidad, y las dificultades para decidir desde cuál están relacionadas con la tensión

¹⁰⁰ Pichardo Muñoz, A. (1993). *Planificación y programación social*. San José de Costa Rica: Humanitas.

existente entre relevancia (importancia del problema) y pertinencia (posibilidad del actor de incidir sobre el).

A partir de la identificación del problema y de un recorte del mismo se inicia un ejercicio de análisis explicativo de la realidad a efectos de la formulación. Se van identificando problemas asociados a partir de la información que el grupo posee y se van relacionando entre sí como causas, efectos, condicionantes o determinantes.

Se ubican en el plano considerando simultáneamente tres niveles o campos horizontales y en tres columnas verticales, sin contar una cuarta en la que ciertos problemas por observables se considerarán indicadores o descriptores de los de las otras columnas en tanto consecuencias visibles.

Los niveles superpuestos hablarán de la posibilidad de intervención del actor que planifica con relación a los objetivos del Proyecto, hablarán de su poder relativo en el campo donde se juegan las definiciones respecto a lo que el mismo identifica como un problema. En el plano inferior se colocarán los problemas para los que se tienen valores que se tienen capacidades o recursos para actuar y allí quedará delimitado lo que se denomina “espacio de gobernabilidad”, Por encima en el espacio adyacente quedarán los problemas cuyos resortes de intervención están en manos de un actor sobre el que se puede influir, mientras que en el espacio superior se ubicarán los que queden por fuera del alcance del actor. Como una metáfora de la geopolítica mundial como “norte y sur” o de la escalera burocrática como “arriba y abajo” van quedando establecidos los límites del campo de juego para el actor que se proponga transformar la realidad. Estos límites no implican que sea imposible actuar a contracorriente, sino que el éxito tendrá mucho que ver con el análisis de gobernabilidad del actor que planifica a efectos del Proyecto y las alianzas que pueda construir. La gobernabilidad se analizará siempre con relación con el actor que va a llevar a cabo la intervención. Se puede entonces definir la gobernabilidad como la relación de peso entre las variables que controla y no controla un actor con relación a su plan. En síntesis, esta revisión en función de nuestra idea inicial, fue de utilidad para comprender más claramente que desde el plano local o barrial y fuera de la situación era un disparate técnico y político proponer intervenciones inalcanzables (no por eso menos deseables) y plantearlas como Proyecto.

En esta tabla de doble entrada en las respectivas columnas se van ubicando los problemas y vinculándolos con flechas que representan relaciones causales. La

cantidad de problemas y fundamentalmente de flechas de relación que se observen darán cuenta de la complejidad de la situación problemática y de la profundidad del análisis explicativo.

Para estructurar el análisis de los procesos causales, puede clasificar a los problemas como “Reglas”, “Acumulaciones” y “Flujos”. Reglas serán las cuestiones que determinan el marco de lo posible. No deben ser interpretadas como normas legales únicamente; hay reglas de hecho muy importantes en las instituciones, como afirmaciones teóricas, métodos o técnicas para hacer las cosas, generalizaciones, cuestiones naturalizadas que condicionan conductas y relaciones que no son espontáneas, por detrás de ellas hay determinaciones políticas, económicas, culturales y sociales más generales. Luego, las acumulaciones refieren a variables más estructurales de la situación que se analiza o de los actores algo que es de ese modo y no parecería ser algo que pueda ser modificado en lo inmediato porque lleva tiempo así, mientras que los flujos son hechos que señalan tendencias que aún no se estructuran definitivamente sobre las que la intervención podría tener más posibilidades de éxito. Los problemas los ubica el actor en una posición dada y los enlaza entre sí según interpreta estas relaciones. Las líneas de relación son múltiples y pueden mostrar determinaciones en dos direcciones. Hacia abajo, desde los niveles de análisis más generales a los singulares y de izquierda a derecha (de las reglas a los flujos, atravesando las acumulaciones). De este modo se conforma un entramado en el que algunos problemas serán atravesados por más líneas a los que se suele denominar “nudos o puntos críticos”.

Este ejercicio es la primera representación de la complejidad del problema según el análisis del actor. Es de suma utilidad en la planificación participativa porque armar gráficas de síntesis de manera colectiva permite conocer y confrontar las distintas perspectivas de los participantes, discutir sobre ellas y construir una visión de consenso que siempre será más amplia que la que se pueda lograr desde una sola visión. De la explicación se desprenderá el árbol de problemas que para Carlos Matus sería un nuevo momento de síntesis de la situación¹⁰¹ que ya conduce a la intervención. En espacios de planificación local o popular con frecuencia la simplificación de este

¹⁰¹ Matus, C. (1985). Planificación, libertad y conflicto. Venezuela: Cuaderno de IVE-PLAN. En: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/3_carlos_matus_los_cuatro_momentos_de_proceso_de_planificacion_situacional_.pdf “Una explicación situacional es una reconstrucción simplificada de los procesos que generan los problemas destacados por el actor, de tal manera que los elementos constituyentes de dichos procesos aparecen sistemáticamente interconectados en la generación de tales problemas y de sus características particulares.”

instrumento aplica la figura de un árbol que en sus raíces tiene las reglas, en el tronco las acumulaciones y en la copa los flujos desprendiéndose los descriptores (indicadores) como frutos o flores. En el caso del MAPP¹⁰² se sugiere una simplificación del flujograma situacional al que se llama árbol explicativo que parte del o los problemas priorizados, identifica causas y consecuencias y en el centro coloca los Vectores Descriptores a partir de cuya modificación se puede inferir la situación objetivo que se buscará. Se asemeja mucho a la lógica de construcción de árbol de problemas que se propone en los manuales que instruyen sobre la elaboración de proyectos desde el EML, aunque en este se traducen en relaciones lineales de causa y efecto.

Otro elemento que ambas propuestas metodológicas comparten es el Mapa de actores. Este se aplica en ambos enfoques toma un sentido diferente. La planificación estratégica se plantea como un juego o disputa de poder para ejecutar o no un proyecto en la arena política. Allí instituciones o personas son actores sociales con capacidades para incidir en él favorablemente o negativamente. Por eso el instrumento se utiliza para avanzar en la construcción de alianzas estratégicas (para el proyecto) o tácticas (para un objetivo en particular) y para construir escenarios posibles a partir de predecir el juego de otros actores. Por eso en el mapa de actores además de identificar el actor estima su posición relativa respecto al proyecto o uno de sus objetivos. Esto se muestra asignado un valor (alto, medio o bajo) al interés o la motivación. También se señalan con mayor o menor precisión los recursos que este actor dispone o controla, los que se han considerado necesarios para el éxito del Proyecto. De este modo, en la planificación estratégica el mapa explicativo y el mapa de actores son documentos que quedan reservados para el actor que planifica, no toman cuerpo documental como las definiciones del momento normativo.

En el caso de la aplicación del EML el mapa de actores remite a los distintos actores que participarán del Proyecto y pone el centro en los compromisos tomados por cada quien respecto a recursos financieros o humanos, compromisos de acción. El organismo de cooperación o el Programa vertical que aportará a su realización queda así incluido en el mapa de actores y con frecuencia reserva las funciones de “asistencia técnica” y evaluación del proyecto.

¹⁰² Matus, C. (2015). *Método Altadir de Planificación Popular*. MAPP. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Así vemos como el sentido que toman los instrumentos mencionados al ser aplicados es definido por el actor y es lo que marca las principales diferencia entre ambas metodologías. Estas radican en que para el enfoque de marco lógico la intervención se da en un espacio regulado con poca o nula incertidumbre, lo técnico y lo político se leen como cuestiones separadas, y en el caso de la planificación estratégica se trataría de un juego libre con final abierto que puede darse en distintas situaciones o escenarios.

CAPÍTULO IV

FOTOGRAFÍAS DEL TERRITORIO:

Datos e Información

IV.A La localidad¹⁰³

La ciudad de Rosario, está en el área metropolitana más importante de la provincia de Santa Fe, al sur de la misma, dentro del territorio nacional de la República Argentina. Se encuentra en una posición geoestratégica en relación al Mercosur, en el extremo sur del continente americano. Cabecera del Departamento homónimo, es el centro del Área Metropolitana y está a 300 km de la capital nacional. Ocupa una superficie total de 178,69 km², de la cual la superficie urbanizada es de 120,37 km².

Desde el año 1995 está organizada en 6 Distritos definidos para el proceso de descentralización en la ciudad que comenzó en ese año. Este proceso tuvo una repercusión importante como operación de re-estructuración urbana general en torno a los Centros Municipales de Distrito. Este diagnóstico de situación focaliza particularmente en un barrio del Distrito Sur de la ciudad denominado catastralmente Barrio General San Martín aunque es más conocido como La Tablada.

IV.B El Barrio La Tablada

Es uno de los barrios más antiguos y poblados de la ciudad de Rosario. Está ubicado al norte del Distrito Sur, delimitado por el Bv. 27 de Febrero al norte, Av. San Martín al oeste, Bv. Seguí al sur y el río Paraná al este¹⁰⁴. Fue desde sus inicios un barrio con identidad propia en cuya constitución lo más representativo fueron los mataderos y luego las tabladas como actividades productivas que dieron origen al asentamiento de viviendas. Una marca histórica de este barrio es la importante capacidad de organización de la comunidad que comienza con la conformación de instituciones como las vecinales o la Biblioteca C.C. Vigil y la instalación de servicios públicos de transporte (tranvía a caballo, ferrocarril), de salud, de educación y de seguridad a partir de demandas generadas por los vecinos a través de las mismas.

Esto habría comenzado luego del golpe de 1930 en un contexto general que de alguna manera orientaba a la población a buscar canales de participación que no fueran político-partidarios como vecinales, bibliotecas, clubes, etc. Pero, también tuvo que ver luego con los cambios en la estructura productiva, el crecimiento vegetativo de la población y los cambios culturales propios de cada época. Así fueron conformándose

¹⁰³ Rosario.gov.ar/información territorial

¹⁰⁴ Malla, Jorge D. (2006). *Historia del barrio Tablada y de la Biblioteca C.C. Vigil*. Rosario: Editado por la Vecinal AVROSE.

nuevas redes sociales, que articularon a diferentes grupos de ciudadanos. Según su vinculación con el mercado laboral los movilizados a estos fines en los 30 fueron los trabajadores más calificados como empleados públicos, maestros, profesionales o pequeños comerciantes, luego se suman grupos de obreros y más recientemente los trabajadores desocupados.

Fueron las vecinales y las bibliotecas las que se ocuparon de llenar los vacíos culturales del mismo modo que hicieron con el deportivo los clubes sociales. En cuestiones de asistencia social la ubicación en su entorno de los primeros asilos de la ciudad incidieron en la cultura del Barrio. Primero se instaló el de Mendigos y Dementes, después el Buen Pastor y por último el San Vicente de Paul, los que con transformaciones propias del tiempo transcurrido aún existen.

En términos de instituciones de asistencia de la salud, antes de que la idea de Atención Primaria de la Salud apareciera en escena y en Rosario alcanzara el desarrollo actual los todavía llamados por la gente *"dispensarios"*, Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) *"Villa Manuelita"* y *Centro de Salud Municipal (CSM) "Luis Pasteur"* eran puestos en funcionamiento respectivamente desde la administración provincial y municipal a pedido de las vecinales.

El proceso de desindustrialización de los 80 y las sucesivas crisis económicas políticas y sociales fueron impactando en la estructura y la cultura del barrio La Tablada. En la medida que avanza y se consolida el modelo neoliberal se van ampliando los asentamientos irregulares y se empiezan a observar problemas que dan cuenta de las desigualdades sociales, su impacto en la estructura urbana y las relaciones entre las personas y las instituciones. Es así como quedan espacios degradados en medio de una trama urbana desarrollada, personas sin empleo o que sobreviven del trabajo informal, surgen necesidades de vivienda y estructura básica, por aumento vegetativo de la población. Acompañando estas cuestiones aparecen problemas de convivencia entre vecinos, de seguridad, hechos de violencia, personas en situación de calle, problemas relacionados con el consumo y tráfico de drogas y un nuevo modo de organización de la vida de las personas y de las relaciones sociales que deja a los AM solos y con dificultades de acceso a los servicios. Esto sucede en el marco de políticas públicas locales y regionales que priorizan problemas coyunturales más orientados a las necesidades de niños y adolescentes y a la resolución de problemas emergentes.

IV. C Principales datos duros

Según los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del 2010 en la ciudad de Rosario habitaban 948.312 habitantes. Desde esta información, la Dirección General de Estadística construye sus propias estimaciones y las publica anualmente. En el año 2018, a través del Anuario Estadístico de la Municipalidad de Rosario se comparten las siguientes estimaciones de los datos poblacionales más gruesos:

- Población estimada 2018: 995.497 habitantes.
- Mujeres: 52,5%
- Varones: 47,5%

Con datos de la misma fuente el Set de Indicadores N° 1 que forma parte del Análisis de Situación de Salud de la ciudad para Programa Municipios Saludables muestra que esta población habitaba en 29.582 Hogares, de los cuales los que tenían NBI representaban en el 2014 el 6,01%. Como en todo el país, esta cifra vino decreciendo desde el 2010, volviendo a tener una tendencia ascendente en los últimos cinco años. Los valores de Rosario son notablemente inferiores a la media argentina que eran de 12,5 % y también significativamente más baja que la media provincial que era de 9,3%. Esto se explica porque la ciudad se encuentra en una de las regiones más ricas del país, la que nivel provincial da cuenta de mejores condiciones de vida. Sin embargo en el interior de la ciudad las proporciones son muy diferentes según Distrito. En la posición quedaría el en el que se ubica el Barrio La Tablada con 11,66% de hogares con NBI en un rango que va entre el 3,43 % en el Distrito centro y el 21,06% en el Oeste. Sin datos numéricos que consultar, a simple vista en las recorridas pudimos observar que esas desigualdades se expresan aún más al interior de los distritos lo que suponemos dejaría al Barrio La Tablada en la situación de ser el que mayor concentración de Hogares con NBI tiene en el Distrito Sur si se calculara este índice por barrio.

El mismo organismo, con cálculos propios con base a sus estimaciones poblacionales para el 2018 y datos del Registro Civil los hechos vitales de residentes rosarinos registrados en la ciudad de Rosario dan origen a estos indicadores básicos:

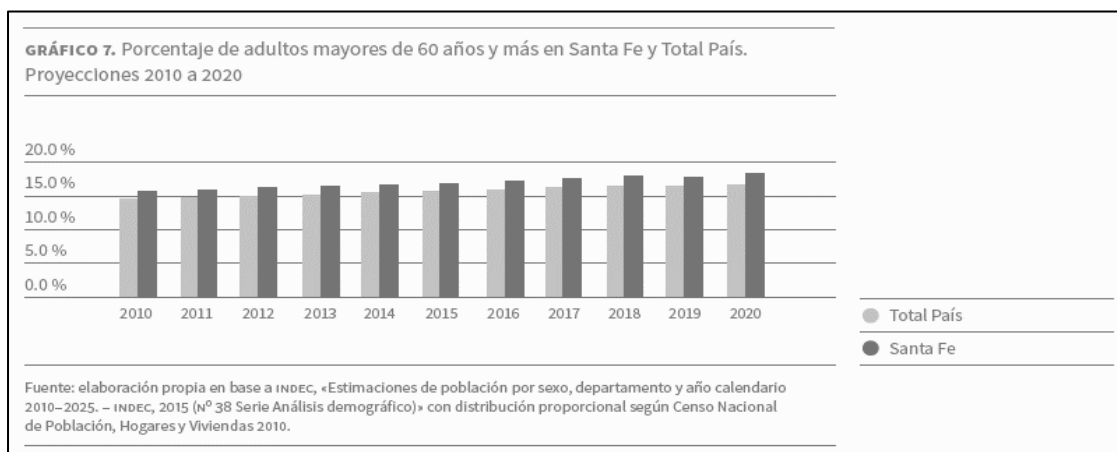
- Tasa bruta de natalidad: 13,94 por mil.

- Tasa bruta de mortalidad: 9,08 por mil.
- Tasa de mortalidad infantil: 7,64 por mil.

IV C 1 Población de Personas Mayores

La provincia de Santa Fe está alineada con la tendencia mundial de envejecimiento poblacional. Como observamos en el cuadro N°1, las proyecciones demográficas señalan un crecimiento de la población de Personas Mayores. A su vez, se puede ver que el porcentaje de Personas Mayores de la provincia de Santa Fe está por encima de la media nacional.

Cuadro N°1



Fuente: Políticas sociales y DDHH a nivel local. Evaluación del estado de avance en Rosario en 2017. Defensoría del Pueblo de Santa Fe.

No fue posible obtener otras fuentes secundarias diferentes a las mencionadas donde hubiera datos con mayor desagregación relativos al envejecimiento de la población en la ciudad de Rosario.

Respecto a este tema, para la ciudad de Rosario la Dirección General de Estadísticas de la Municipalidad de Rosario informa que en el 2015 habitaban 173.122 personas de más de 60 años y que la cifra representa el 17,6% del total de la población de la ciudad¹⁰⁵.

¹⁰⁵ Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe. (2018). *Políticas Sociales y DDHH a nivel local. Evaluación del estado de avance en Rosario en 2017*. Rosario. En <https://www.defensoriasantafe.gob.ar/articulos/publicacion/informe-politicas-sociales-y-derechos-humanos-nivel-local>

Otro indicador que señala la magnitud relativa del envejecimiento de la población en nuestro medio es la Esperanza de Vida al Nacer. Como se puede apreciar en el Cuadro N° 2 el índice de la ciudad de Rosario es más alto que el provincial, también está por encima del valor de la provincia en su conjunto y como se puede apreciar en el cuadro es más alto que la media nacional.

Cuadro N° 2

CUADRO N°3.2: Esperanzas de vida al nacer

e_0^0 (en años)	Total	Mujeres	Varones
Argentina	75,34	78,81	72,08
Prov. Santa Fe	75,10	79,13	71,31
Rosario 2017	76,03	80,37	72,61

Fuente: Total país y provincia de Santa Fe: "Tablas abreviadas de mortalidad por sexo y edad 2008-2010" - INDEC 2013 (N°38 Serie Análisis demográfico). Rosario: elaboración propia DGE.

Fuente: Anuario de Población y Estadísticas Vitales. Dirección General de Estadística, Municipalidad de Rosario, 2017.

IV.D Las Políticas y las Organizaciones en Territorio

En nuestro país con el marco de su estructura federal y un Estado nacional débil coexisten, se superponen y tensionan construcciones políticas que se corresponden respectivamente con distintos modelos (residual, meritocrático o redistributivo) dando lugar a una construcción híbrida y compleja en la que fragmentación y segmentación son los principales rasgos constitutivos.

Jurídicamente en el caso de la Argentina la función regulatoria es fundamentalmente nacional, mientras que la prestadora tiene mayor peso en el Estado provincial. En la práctica las políticas sociales forman un entramado que involucra a los gobiernos de los distintos niveles estatales y todas sus instituciones, como así también a las organizaciones de la sociedad civil que representa los diversos intereses de la población.

A diferencia de otros grupos sociales, para el caso de los Personas Mayores, la cobertura sanitaria está garantizada desde el nivel nacional a través del sistema de seguridad social (INSSJP/PAMI) y posiblemente entre otras cosas dependientes de la cultura y las demandas sociales en la región eso haya determinado que las administraciones provinciales y municipales priorizaran el cuidado de otros grupos poblacionales a través de sus sistemas de salud.

En todos los casos siempre se prioriza la asistencia básica de cuestiones materiales y situaciones de enfermedad o abandono. La mayoría de los consensos para la intervención política en favor de los Personas Mayores surgen de una lectura de sus limitaciones biológicas en clave económica. De hecho el corte de edad que da inicio al grupo de las Personas Mayores marca un supuesto fin de la edad productiva de la persona y el comienzo de un proceso de deterioro psico-físico que generará cada vez mayor dependencia. Podemos ver que coincide con el ingreso al período de retiro en la mayoría de los países del mundo y con ello explica que tanto en nuestro país como en todo el mundo capitalista estas políticas hayan sido residuales y se centren en la asistencia económica, de salud.

Con la llegada de los DDHH a las políticas sociales en los últimos años la Argentina viene incorporando elementos del modelo institucional-redistributivo en términos de la protección económica. Sin embargo la estructura de servicios de salud puede

describirse con el modelo meritocrático, donde queda claro que la participación del Estado es principalmente financiador del sector privado y ocasionalmente prestador residual. De hecho desde distintos sectores del Estado hay políticas que procuran dar respuesta a necesidades que son específicas de los Personas Mayores conformando un complejo sistema de protección. En su mayoría se concentran en las áreas de desarrollo social y salud siendo en el sector salud donde la presencia del Estado Nacional es más significativa a través del ANSSES y el INSSJP.

En la fragmentación institucional que caracteriza al sistema de salud, vemos que en Argentina coexisten tres sectores: público, privado y de la seguridad social, los que conforman un sistema de flujos complejo por el que circulan usuarios, trabajadores y dinero. También podemos ver como desde diferentes áreas y las tres jurisdicciones de es principalmente el “sistema” estatal el que instituye políticas para intervenir en materia de vejez en la ciudad, el que se complementa con iniciativas de organizaciones propias de la comunidad como Asociaciones Vecinales o Centros de Jubilados y “ compra” a empresas privadas servicios sanitarios y de alojamiento asistido.

En la ciudad de Rosario esta situación es aún más compleja que en otros espacios porque el sector público tiene un importante desarrollo de políticas sociales con el enfoque de Derechos. Estas son más notables en salud por la magnitud de su desarrollo, la antigüedad del proceso instituyente, lo que hace contraste con lo avanzado en otras áreas. Muchas iniciativas locales fueron diferenciando la salud pública de la ciudad, algunas que tuvieron apoyo en la Cooperación Internacional tanto centralizada como horizontal han tomado otra escala haciendo que las políticas de salud de la ciudad se hayan convertido en modelo de las propuestas provinciales de la última década.¹⁰⁶

En este punto, trataremos de describir y analizar someramente y con cierta historicidad algunas expresiones institucionales de las políticas públicas que se entrecruzan en el territorio de la ciudad según lo que pudimos relevar. Para eso, tras analizar la información recogida ordenamos la descripción de lo hallado con relación a tres grandes categorías de Política Pública que tienen relación directa con los modelos antes planteados para su análisis: las de promoción, de asistencia y las asilares.

¹⁰⁶ Capiello, M. A. (2019). *La conquista de la Salud Pública: 30 años de gestión en Rosario y Santa Fe*. Rosario: Edición independiente.

IV.D.1 Políticas públicas de promoción¹⁰⁷

Si bien en distintos sectores y en las tres instancias de gobierno aparece algún tipo de política de promoción de derechos, es la Dirección de Adultas y Personas Mayores de la Municipalidad de Rosario la que concentra la mayor oferta en ese sentido. Se orienta en la iniciativa de EAS de la OMS apareciendo como otra dimensión del cuidado que complementa la de los servicios de salud en una perspectiva integradora.

Dentro de este grupo incluimos los espacios que se dedican a realizar actividades culturales, deportivas, educativas, artísticas, recreativas, de cuidado integral en distintos puntos de la ciudad financiadas por la Municipalidad. También hay otras actividades de este tipo que a nivel barrial se organizan desde el sector salud, pero no tienen un alto grado de formalización. Se plantean como actividades propias de un Centro de Salud u Hospital que en general a iniciativa de sus equipos articula con otras instituciones barriales. En su mayoría representan espacios de promoción de una vida saludable vistos como instrumentos de prevención de enfermedades crónicas.

Mientras tanto, de la Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad a través de la Dirección de Personas Mayores dependen:

-Dos Centros de Día: Se trata de espacios donde se desarrollan actividades socio recreativas diurnas dirigidas a personas mayores autoválidas. Respectivamente son, el Centro de Día Asturiano ubicado en calle San Luis N° 644 y el Centro de Día Castilla ubicado en calle Pago Largo N° 197. Ambos fueron creados con apoyo de organizaciones españolas a través de mecanismos de cooperación horizontal.

-Treinta Centros de Actividades Integrales Recreativos, Educativos y culturales para Adultos Mayores Auto válidos (CAIAM): Están distribuidos en todos los distritos de la ciudad y en la actualidad participan sistemáticamente de ellos más de 2000 personas. En el barrio La Tablada los CAIAM son cuatro: el Centro Cultural y Social (Calle Sánchez de Thomson N° 48), Hogar de mayores (Av Grandoli N° 3450), Club Aurora (Necochea N° 4200), CMD Sur Rosa Ziperovich (Uriburu N° 637).

¹⁰⁷ Entrevista a Pablo Urbaitel, ANEXO.

-Colonias de vacaciones: son espacios de esparcimiento y socialización que se desarrollan durante los meses de diciembre, enero y febrero de cada año con actividades al aire libre y propuestas acuáticas. Se ofrecen en distintos barrios de la ciudad, en el barrio La tablada se ubican en el Polideportivo 9 de Julio (Dorrego N° 3339).

-PROFOPAM: es un programa que integra toda la oferta destinada a la formación sobre la problemática de adulto mayor dentro de la Municipalidad de Rosario, entre ella la formación profesional específica de dentro de la Escuela de Gerontología, la formación de Asistentes Gerontológicos y Cuidadores de ancianos . También se ofrecen talleres para las Personas Mayores. Funciona en la Escuela Municipal de Gerontología “Dr. M. Berezovsky”, dependiente de la Dirección de Adultas y Personas Mayores, de la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de Rosario.

-Talleres Centralizados para Adultos Mayores Autoválidos: Están disponibles en la Dirección Municipal de Adultas y Personas Mayores, de la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de Rosario. Son propuestas socio-educativas, culturales y recreativas similares a las de los CAIAM. Aunque en estos espacios hay talleres gratuitos y otros que están arancelados.

-Articulaciones con el área de cultura: para la organización de jornadas especiales, como por ejemplo el festival de cine “Una mirada mayor”

Por otra parte, desde la nación también aparece una oferta encuadrada en ese discurso en la web del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Allí se mencionan como actividades de promoción: actividades culturales, talleres de diversos temas, turismo así como también actividades específicas en relación a la prevención de enfermedades. Sin embargo, para la realización de estas actividades el Instituto funciona como un financiador, por eso las mismas se prestan con enfoques que son variables. A veces van en el sentido de los derechos y otras se presentan como servicios de mercado dirigidos a jubilados que están subsidiados por el Estado. Se ofrecen a través de convenios con centros de día del sector privado o con Centros de Jubilados. Al indagar sobre estas ofertas en las entrevistas tanto profesionales como personas

mayores señalan como problema que las actividades son de difícil acceso o no están disponibles en la práctica¹⁰⁸.

Con respecto a las políticas de promoción de parte del nivel provincial, la Dirección Provincial de Personas Mayores dependiente del Ministerio de Desarrollo Social no cuenta con espacios propios de actividades recreativas o de promoción. Sus funciones son de asesoría y orientación a otras áreas del Gobierno como Cultura o Educación y fundamentalmente acompaña las iniciativas de Gobiernos Locales¹⁰⁹ subsidiando a los municipios y comunas en casos excepcionales.

-Protección Económica: Según los datos dados a conocer por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), en la actualidad, en Argentina la cobertura previsional ha alcanzado al 97% de los Personas Mayores. O sea que del total de Personas Mayores el 97% de la población tiene una jubilación y/o pensión contributiva o no contributiva (a la vejez), que además de garantizar un ingreso, le garantiza cobertura médica y otro tipo de apoyo. La cobertura de salud se realiza básicamente a través del PAMI que funciona como un seguro de salud. Esta cobertura fue significativamente menor durante décadas hasta que durante el período Kirchnerista comenzó a avanzar hacia la universalidad. Disposiciones del Gobierno nacional a través del ANSES permitieron el acceso al beneficio jubilatorio a personas que por haber trabajado de manera informal o no reconocida no podían acreditar aportes, como por ejemplo amas de casa, empleadas domésticas, trabajadores formales con aportes incompletos con períodos de desocupación.

Si bien no tenemos datos precisos de esta situación en el barrio La Tablada, en la referencia de entrevistados existirían personas en condiciones de acceder al beneficio jubilatorio o una pensión que no lo han hecho. Lo explican a través de cuestiones como que viven en una situación de exclusión en la que por ejemplo hay: ausencia de demanda por desconocimiento del derecho, dificultad para disponer de la documentación necesaria, problemas para la comprensión como el analfabetismo, carencia de apoyo familiar para los trámites, carencia de apoyo estatal para lo mismo, etc. En términos económicos, los entrevistados refieren que la situación ha cambiado

¹⁰⁸ Entrevista a Gustavo Ríos, ANEXO.

¹⁰⁹ Entrevista a Trabajadoras Sociales, ANEXO.

desde que muchos pobres estructurales han accedido a pensiones o jubilaciones mínimas, pero señalan que muchos de ellos aún no alcanzan a cubrir sus necesidades básicas y ese problema viene creciendo. En un escenario de empobrecimiento, marcado por la inflación y el desempleo como el actual muchas veces ese ingreso se constituye en el principal soporte de la familia ensamblada.

Otras expresiones de asistencia económica no tienen lógica redistributiva, como por ejemplo los programas especiales que tanto a nivel nacional, provincial como municipal subsidian necesidades materiales de personas extremadamente vulnerables, entre ellas los Personas Mayores, donde el enfoque es claramente el de la beneficencia.

IV.D. 2 Políticas Públicas de asistencia

Más allá de la existencia de ciertas diferencias entre la oferta estatal y desde otras instituciones colocamos las políticas de salud en esta categoría porque los Personas Mayores que ingresan al sistema previsional tienen cobertura en salud por un sistema propio: el del PAMI.

Los entrevistados del sector salud pública de la ciudad confirman que el uso de los establecimientos públicos de salud de los Personas Mayores es bastante bajo y lo atribuyen al importante número de Personas Mayores que tiene cobertura desde el PAMI. Sin embargo, señalan que además del grupo de Personas Mayores sin cobertura que demandan al sector público, algunas personas beneficiarias del PAMI utilizan también los servicios estatales, especialmente centros de salud y hospitales de mediana complejidad. Lo explican por distintas variables de acceso, como cercanía, mecanismos de turnos facilitados, existencia de una relación previa a la jubilación con la institución o los profesionales, no necesidad de trámites posteriores para recibir un medicamento o hacer un estudio, garantía de medicamentos gratuitos y extracciones de sangre en el mismo lugar en que son atendidos, libertad para elegir profesional o establecimiento, solicitud de pago de plus por parte de las entidades conveniadas con PAMI, u otras cuestiones afectivas y culturales propias de cada usuario.

En Rosario el funcionamiento de este seguro se diferencia de otras ciudades donde el PAMI solo es financiador. Existen dos establecimientos propios con importante desarrollo. Estos ofrecen servicios grupos de afiliados que fueron delimitados con criterios geográficos. Además tiene prestadores ambulatorios dependientes en distintos

puntos de la ciudad que utilizan sus propias instalaciones de consultorio y, además de convenios con empresas sanatoriales para garantizar servicios de segundo y tercer nivel de complejidad. Respecto a las necesidades que quedan por fuera del paquete de cobertura desde el PAMI son cubiertas generalmente por instituciones públicas de salud donde primando el enfoque de derechos y sin la mediación de intereses económicos la universalidad se privilegia.

El sistema público de salud, entendido como el entrelazamiento de dos redes estatales cuenta con una diversidad de establecimientos que escalonan su complejidad desde el territorio para todos los ciudadanos. Como primer nivel están los Centros de Salud, los que entre municipales y provinciales se acercan a los 100. Entre ellos, en el territorio elegido para la formulación del Proyecto se ubican: el Centro de Salud Pasteur ubicado en calle Ayolas N° 270 de dependencia municipal y el Centro de Salud Villa Manuelita ubicado en calle Tafi al 4000 de dependencia provincial.

Dotados de equipos interdisciplinarios y mediante un mecanismo de responsabilización por las distintas dimensiones de la salud de individuos y familias al que llaman adscripción ambos, con sus diferencias, ofrecen atención integral a todas las personas de su área, la que no está definida como área de focalización sino más bien como espacio de alcance posible para establecer la relación de adscripción entre ciudadanos y equipos. Desde allí estos equipos apelan a otros establecimientos y dispositivos del sistema público para garantizar los servicios de cuidado requeridos según cada situación. A diferencia de otros grupos poblacionales como los niños, las mujeres o las personas que padecen alguna enfermedad física no existen programas de especificidad para Personas Mayores en dichas redes, aunque en la provincial si se ejecutan algunos que se vinculan con esta población por su condición de ser portadora de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, renales y otras.

Entre otras instituciones que conforman estas redes hay hospitales de distintos niveles de complejidad, el CEMAR, redes de soporte en emergencias, en medicamentos, en laboratorio, en salud mental, para estudios de imágenes dando forma a una oferta territorial que es bastante importante especialmente cuando se la compara con otras áreas de la provincia. La referencia más frecuente desde los Centros de Salud del Barrio tampoco tiene especificidad y son el CEMAR y el Hospital Provincial de Rosario. Enclavado en el mismo barrio se encuentra el único establecimiento con internación

monovalente para Personas Mayores de la ciudad: el Hospital Geriátrico Provincial de Rosario.

Hospital Geriátrico Provincial (HGP)

Ubicado en calle Ayolas N°141, en pleno Barrio La Tablada el HGP ha tenido grandes cambios a través del tiempo. Sus inicios datan del año 1888 cuando fue creado por iniciativa de la Sociedad de Beneficencia de Rosario, con el propósito de brindar amparo a enfermos y mendigos sin hogar. En su fundación se denomina “Asilo de Mendigos y Dementes del Sagrado Corazón de Jesús” y se lo ubica en terrenos donados por Camilo Aldao.

En 1889, la planta alta de la institución fue inaugurada con aportes económicos de procedencia pública y privada. Una vez finalizadas las obras de construcción de la iglesia contigua y la escuela del Barrio en el año 1943 cambia de nombre y pasa a denominarse “Hogar de Ancianos”.

En 1950 el estado nacional y la Fundación Eva Perón suspenden la personería jurídica de las Damas de Beneficencia, las que vuelven a retomar el dominio de los bienes en 1963 pero el establecimiento queda con dependencia y administración a cargo del estado provincial. Vemos como esta institución según su historia, nace y se desarrolla bajo concepciones asilares, donde la función primordial era satisfacer necesidades fisiológicas y de seguridad física: casa y comida de los asilados.

Recién a mediados del siglo XX comienza a incorporar el concepto de rehabilitación y a así a procurar que la capacidad funcional de los residentes se encuentre atendida para lo que era necesario brindar tareas de rehabilitación cuando esto era necesario. Según expresa José Villamil en la entrevista realizada, fue en la década del noventa cuando se comienza a pensar en términos de promoción de la salud y el enfoque de Derechos orienta hacia el cuidado integral de la persona que se detona un proceso de transformación importante. Los residentes pasaron de dormir en pabellones a habitaciones de tres personas y se fueron incorporando servicios profesionales a los médicos y enfermeros existentes. Además de kinesiólogos, psicólogos y fonoaudiólogos, se sumaron también más médicos y enfermeros. Ese sería el momento en el que el HGP pasó a ser un hospital en el sentido estricto de la palabra definiendo un perfil orientado a enfermos crónicos al que el Director califica como de segundo nivel de complejidad

aunque esa clasificación a la que remite sólo sea aplicable a hospitales generales. El Dr. José Villamil agrega que el Geriátrico es un hospital

*“...entre primer y segundo nivel complejidad, con médico de guardia interna las 24 hs, dos médicos por sala en cuidados generales y tiene una unidad de cuidados paliativos de 9 camas... se fue priorizando como propuesta desde la misma institución el cuidado asistencial crónico”.*¹¹⁰

El HGP interna a personas dependientes, es decir, que necesitan cuidados asistidos permanentes y eso lo convierte en un hospital de crónicos. Pero desde el equipo se organizaron también distintas opciones de talleres para residentes que fueron siendo abiertos a la comunidad como: cine, radio, computación, pintura, lectura, bingo.

Para el ingreso cuenta con un comité de admisión que está compuesto por una trabajadora social, psicólogo y un médico. Como hacen los geriátricos del sector privado realiza internaciones en las que PAMI e IAPOS son los principales financiadores, aunque también interna personas sin cobertura alguna, las que según el mismo referente son muy pocas desde la universalización de la cobertura a jubilados. No tramitan las externaciones, porque no las hay. Si el paciente agrava lo derivan a un hospital de alta complejidad o donde corresponda por su cobertura social.

El Director comenta *“...Hace 25 años atrás eran más las personas autoválidas.”*¹¹¹ y explica la priorización de crónicos por sobre auto válidos como una decisión en función de la equidad o necesidad relativa, aunque hace una referencia económica diciendo que se podía hacer porque el costo/cama no difería mucho del que ocasionaba la internación de autoválidos.

Destaca que a las Personas Mayores autoválidas por norma les corresponde la oferta de Desarrollo Social y que esta es insuficiente. En la primera entrevista no menciona que la internación de enfermos permite el recupero del costo de prestaciones por PAMI o IAPOS, que eso sólo es posible si la institución se habilita como hospital y se acredita por historia clínica las necesidades de cuidado en internación por grado de dependencia del adulto. Tampoco se menciona el contexto institucional de las políticas de salud provinciales en los 90, cuando como el Dr. menciona ingresaban los conceptos de

¹¹⁰ Entrevista a José Villamil. ANEXO.

¹¹¹ Entrevista a José Villamil. ANEXO.

rehabilitación y promoción de la salud y se reciben fondos para la adecuación edilicia que permiten la posterior habilitación como institución de salud coincide también con el momento en que en Santa Fe se implementa un proceso de descentralización hospitalaria que buscaba que cada establecimiento procure su autofinanciamiento. Algunos datos que interpretan la evolución de manera diferente a lo que el Director expresa, fueron proporcionados por otros trabajadores que solicitaron no ser mencionados en este trabajo.

El Director también lo define como “*un hospital de puertas abiertas*”, aunque en el sentido de que el horario estipulado para que el paciente reciba visitas es más amplio que en otros entre las 9.00 a las 20.00 horas. Cuenta aproximadamente con 350 trabajadores de la salud con turnos rotativos.

En síntesis, más allá de sus rasgos de apertura el HGP de Rosario es una institución con características semejantes a la denominada “institución total”, concepto ideado por el sociólogo Erving Goffman: “*...un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos de igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente...*”¹¹² Entendemos que aunque la dependencia de sujeto del cuidado profesional en términos biológicos o subjetivos sea alta, la incorporación del adulto mayor a una institución geriátrica funciona de manera similar a la de un hogar asilar para auto válidos.

En ambas tipologías hay lógicas institucionales tan fuertes que aíslan al ser humano de su medio social y lo coloca en un lugar de cuidado que homogeniza al grupo afectando su identidad y restringiendo autonomía con objetivos estrictamente institucionales. Esto se opone a la idea de sujeto que implica aplicar el enfoque de Derechos.

IV.D. 3 Políticas Públicas Asilares

Respecto a las instituciones de cuidado con perfil más marcadamente asilar en la ciudad de Rosario nos encontramos con una amplia oferta en el sector privado habilitadas por salud como instituciones monovalentes especializadas en geriatría ya que ofrecerían tratamiento a enfermedades o cuidados especiales que son requeridos por la senilidad.

¹¹²Goffman, E. (1972). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrourtu Editores.

Estas reciben personas contra el pago directo de sus familiares o desde terceros pagadores de la seguridad social entre los que se destacan el PAMI y la Obra Social provincial IAPOS.

Otras son habilitadas por la Municipalidad como hogares o residencias para ancianos. Estas ofrecen sólo alojamiento y cuidados para personas mayores sustitutivos de la función familiar. Se financian con fondos privados del adulto o la familia, y en algunos casos la administración provincial subsidia la internación de personas sin recursos.

Teniendo en cuenta esta información entendimos que la oferta de cuidado para esta población está en su mayoría en manos del mercado, sea por propuestas directamente privadas o por convenios de tercerización en las cuales el Estado financia o subsidia. Así las definiciones políticas del tipo de oferta quedan en manos de quien las lleva adelante y en ese sentido el acceso es variable según la capacidad adquisitiva del “cliente” perdiéndose la noción de derecho.

En las instituciones del Estado la perspectiva de Derechos hace poco que ha comenzado a permear efectivamente el modelo de funcionamiento de los asilos. Dependiendo de la Dirección Municipal de Adultas y Personas Mayores de la Municipalidad existe una sola residencia para personas autoválidas. Este se denomina el “Hogar de mayores” y también está ubicado el espacio territorial seleccionado entre las calles Grandoli y Ayolas.

Existe desde la década del '50, tuvo en sus primeros años una impronta de gerontocomio. Es decir era francamente asilar y sólo ingresaban Personas Mayores a 65 años. Según lo que relatan los referentes entrevistados con el tiempo se fue transformando en dos instituciones que responden a lógicas diferentes; por un lado “el refugio” donde habitan temporalmente personas en situación de calle (sólo varones) y por otro lado “el hogar de mayores” donde habitan de forma permanente 16 personas adultas las que no sólo son Personas Mayores. En palabras textuales de Pablo Urbaitel *“De gerontocomio se cambió a hogar, la idea es que sea más abierto y para personas autoválidas con talleres y actividades. Viven pero no hay cuidados intensivos... desde que se universaliza la jubilación hay grandes cambios en la demanda”*. El hogar en la actualidad funciona con pocas habitaciones, que comparten 3 o 4 personas, es un lugar agradable, con mucho verde. De los 16 residentes la mayoría son personas en situación

de calle que no llega a los 60 años. Tienen un régimen libre de estancia, entran y salen, pueden ir a cuidar coches, a pasear, a hacer una changa. Como si fuera una vivienda compartida con su espacio, sus cosas y una oferta de talleres y acompañamiento en trámites o para ir al médico por ejemplo.

La diferencia con el refugio es que ese es una oferta coyuntural, está en épocas puntuales. La admisión se hace desde Desarrollo Social y es de tránsito aunque a veces hay gente que queda más tiempo. El entrevistado nos cuenta el ejemplo de un hombre que se había jubilado de empleado de comercio y no le alcanzaba para alquilar, entonces utilizó un tiempo el refugio porque estaba en la calle.¹¹³

Al interrogar sobre cómo se resuelven situaciones de vulnerabilidad de los Personas Mayores sin vivienda, nos explica que esas situaciones son tomadas por el equipo de abordaje social *“Hay casos que la gente no tiene donde ir a vivir y se les tramita hoteles temporales, hay hoteles de muy bajo costos, algunos se les paga el geriátrico, no tantos porque eso le corresponde a PAMI”*¹¹⁴.

Mientras tanto, la administración provincial tiene un solo establecimiento de este tipo en Rosario como alojamiento de puertas abiertas o “asilo” entre los 19 que hay en todo el territorio provincial. Aunque esta institución no está en funcionamiento en la actualidad. Según la persona entrevistada *“...está cerrado por reformas desde diciembre de 2017, la obra está terminada, se tiene que reabrir. Todos las Personas Mayores que estaban fueron reubicadas”*. La misma referente nos cuenta que la admisión a este espacio está centralizada en la Dirección Provincial de Personas Mayores”.

Formalmente se lo denomina “Gerontocomio Jorge Raúl Rodríguez” y depende del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe. Tenía alojadas a 46 personas entre hombres y mujeres mayores de 60 años hasta que se cerró por reformas en el año 2017 y no ha vuelto a abrir sus puertas a la internación. Nos refieren que al momento del cierre se analizó cada caso mediante entrevistas para definir la derivación teniendo en cuenta la realidad de cada una de las personas. Para lo cual se habrían evaluaron los vínculos familiares, problemas de salud (para considerar el hospital de referencia) y otras particularidades y todos los residentes fueron reubicados en diferentes hogares provinciales de la Región Sur.

¹¹³ Entrevista a Pablo Urbaitel. ANEXO.

¹¹⁴ Entrevista a Pablo Urbaitel. ANEXO.

En cuanto a los Personas Mayores que acuden con demandas a ese espacio, una TS de la Dirección nos explica que se trata de personas con muchas carencias que no tienen vínculos familiares, no pueden seguir pagando alojamiento en pensiones o espacios alquilados y están en situación de calle. Algunos vivían desde antes en la calle pero no quieren ya seguir así. Dice la TS que en muchos de los discursos aparecen frases como *“la calle esta terrible, no es lo mismo hace 10 años que ahora”*. Un tema que le preocupa es el de las adicciones y comenta que el consumo de alcohol para quien estuvo *viviendo* en la calle durante 20 años es un problema frecuente y de difícil abordaje. También nos cuenta que como no hay oferta local, cuando llega alguien a buscar asilo antes de responder con la búsqueda de una plaza en otra localidad hay que indagar bien sobre los vínculos y si la persona está dispuesta a ir a un lugar fuera de Rosario para que no pierda también los escasos vínculos que pudiera tener.¹¹⁵

Por último, dependiendo de la administración nacional se ha recabado que el PAMI no posee instituciones asilares ni geriátricas propias. En su función de seguro de salud, se limita a cubrir la internación de sus afiliados en geriátricos privados conveniados. Tal como lo explica Gustavo Ríos la prioridad institucional es la atención de la salud *“Para un anciano lo más delicado es la salud, y es de lo que se encarga PAMI, que es una obra social...”*, también asume que para situaciones como falta de vivienda también se participa en situaciones límite financiando la internación en geriátricos privados pero que son muy estrictos evaluando pertinencia de dicho pago porque la asistencia es al afiliado cuando no hay familiar responsable que pueda brindarla. También comparte que pretenden ser estrictos controlando las condiciones de los geriátricos pero que el tema significa un gran problema. Al respecto textualmente afirma *“... en los papeles, en los cuadernos, tiene que estar todo bien. Después la realidad es otra cosa no? No funcionan como deberían...”* Lo que en realidad quiso decir es que se auditan cuestiones formales y ciertas condiciones de estructura como elementos que garantizarían o no la calidad, pero no se evalúan ni registran cuestiones relativas a la calidad o integralidad del proceso de cuidado, aunque si se conoce que no son las más adecuadas.

IV. F El sentido de la Cooperación Internacional en Santa Fe y Rosario

¹¹⁵ Entrevista con Trabajadoras Sociales. ANEXO.

Simplificando el proceso podría decirse que el ingreso de la provincia de Santa Fe como actor político con cierta autonomía en el escenario de la Cooperación Internacional en Salud comienza en el 2007, momento que coincide con el acceso al Gobierno Provincial del Dr. Hermes Binner. Anteriormente el vínculo del Gobierno provincial con la comunidad internacional en cuestiones de salud era mediado por el Ministerio Nacional o las entidades académicas, a diferencia de lo que pasaba en otras áreas como el comercio exterior por ejemplo.

Era el Gobierno central el que construía las relaciones con organismos dependientes de las Naciones Unidas (ONU) como la OPS/OMS, con otras entidades como la CEPAL o aquellas de crédito como el BIRF, BID y el PNUD. En el territorio se llevaban a cabo programas verticales por medio de convenios en los que el actor político era la autoridad nacional y el provincial órgano ejecutor, responsable del cumplimiento de objetivos y también co-financiador. Las relaciones mediadas por instituciones académicas se referían a objetivos de capacitación o investigaciones que atravesaban el sistema de salud provincial a cargo de docentes o investigadores expertos que podrían ser o no funcionarios del Ministerio Provincial. A este nivel no existía ninguna instancia regulatoria para cuestiones formativas o de investigación impulsadas por entidades de reconocimiento internacional y avaladas por el gobierno nacional.

Las relaciones internacionales más recientes de la provincia de Santa Fe se enmarcaron en contexto de fuertes cambios en la arena internacional caracterizados por la emergencia de nuevos actores, mayor protagonismo de municipios y gobiernos regionales en el que Santa Fe se inserta mediante una estrategia orientada a buscar apoyo y dar impulso a las políticas provinciales. A nivel nacional, con el Kirchnerismo aparece un intenso protagonismo de Argentina en espacios internacionales orientados en la perspectiva de DDHH como UNASUR, desde el que se abre el proceso de construcción de vínculos horizontales con otras instancias nacionales y organismos internacionales del área salud que formaban parte del Consejo de Salud de dicha entidad. Muchos de los autores citados en capítulos anteriores son las principales voces de esos espacios (Rovere, Basile, Chiara, Asa Cristina Laurell, Sonia Fleury) que interpelan los conceptos y métodos de la clásica Salud Internacional y se plantean el desarrollo de la Cooperación Sur/Sur.

Ese es el sentido en que se venía trabajando en la ciudad de Rosario desde fines de los 80 para poder desplegar, (especialmente en salud y desarrollo urbano) ciertas líneas de acción política con acompañamiento desde la Cooperación Internacional en el marco de una estrategia de internacionalización¹¹⁶. De este modo se propiciaron relaciones de cooperación en función de ciertos objetivos de desarrollo de la ciudad cuidando su concordancia con los objetivos mundiales de desarrollo, aunque se priorizaban los que más significado cobraban en la agenda local. Sobre esta base se identificaban aquellos actores internacionales que compartieran los mismos intereses para desarrollar intercambios de conocimientos y/o captación de recursos. Así y se fue construyendo un mapa de aliados de la ciudad para la gestión de cooperación internacional. Esto sucedía sin que la ciudad se auto-excluyera de la participación en programas que en el marco de cooperación vertical arribaran a la ciudad a través de instancias nacionales y provinciales, en términos mantener un equilibrio en las relaciones internas en situaciones de mucha tensión entre el proyecto político municipal y los que se llevaban a cabo a nivel nacional o provincial en los 90. El Gobierno de la ciudad priorizó las relaciones Sur/Sur, muy particularmente con aliados de la Red de Merco-Ciudades, la Red Latinoamericana de Secretarios de Salud y ciertas organizaciones de la sociedad civil o de Gobiernos locales con afinidad política a través de las cuales se triangulaba una relación con la OMS o la OPS prescindiendo de la mediación nacional o provincial.

Según los casos, estos aliados han sido:

- Gobiernos locales/regionales de otros países a través de cooperación descentralizada, sea en forma bilateral o multilateral (a través de redes de ciudades).
- Organismos internacionales de diverso tipo (como la Corporación Andina de Fomento, el sistema de Naciones Unidas, la Unión Europea, o el BID).
- Gobiernos nacionales (través de sus agencias de cooperación o embajadas).

Viendo los logros de la experiencia Rosarina en términos de construcción de una identidad propia coincidimos con lo expresado en el portal provincial sobre el tema, en términos de que la Cooperación Descentralizada Pública debe priorizarse como modalidad porque que pone en contacto directo a actores del territorio con experiencia

¹¹⁶ <https://www.rosario.gob.ar/web/gobierno/intendenta/internacionales/cooperacion-internacional>. Consultado noviembre 2019

en políticas públicas locales o regionales, a lo que bajo nuestra exclusiva responsabilidad agregaríamos siempre y cuando tengan cosmovisiones e ideas políticas compatibles.

CAPÍTULO V

INTERPRETANDO EL PAISAJE,

CASI SOBRE LA META:

Los Problemas y los Actores

V.1 Mapa de Actores

Se estaba terminando el tiempo de juego para este ejercicio de planificación y nos acercábamos a la estación donde había que consolidar una propuesta. Ya teníamos bastantes datos de la problemática, principalmente en sus dimensiones más generales, una posición tomada y una panorámica del escenario con los potenciales actores. Ya habíamos tomado algunas decisiones con sentido estratégico y correspondía entonces ponerse a trabajar para completar el proceso técnico de la planificación, ese que tendría un producto tangible.

Saltando pasos, antes de que comencemos a explicarnos la problemática para enunciar bien los objetivos, nos vimos en la necesidad de definir en el rol de quien/quienes tomaríamos para elaborar el documento de Proyecto en el que plasmaríamos las operaciones. Eso nos llevó a construir algo así como un mapa de actores. Si bien el proyecto/papel no estaba formulado ya teníamos una idea menos borrosa del mismo. De hecho este documento se trata de contar el proceso por el que nos fuimos acercando a ella.

Nos dijimos que por tratarse de una intervención territorial de nivel local el actor escogido debería tener presencia en el territorio, de preferencia no solamente institucional sino también física. Debíamos suponerle interés en intervenir sobre la problemática, la mayor coincidencia posible con el enfoque que pretendíamos darle a la propuesta, control sobre algunos recursos y tener capacidades para influir sobre las decisiones de otros actores.

Fue así que de esa primera gran lista descartamos todas las organizaciones provinciales de niveles centrales como los ministerios o las dependencias de los mismos que funcionan en la capital provincial, dejando dentro del espectro provincial únicamente al Nodo Regional Rosario, el Centro de Salud Villa Manuelita y el Hospital Geriátrico Provincial. El primero fue descartado porque estaba siendo objeto de una reestructuración derivada del cambio de gobierno, al Centro de Salud Villa Manuelita no le reconocimos autonomía ni política ni administrativa para dar inicio a un proyecto local por la excesiva centralización de las estructuras provinciales. Así el Hospital Geriátrico Provincial quedaba siendo el único que ofrecía como ventajas la autonomía administrativa, la pertenencia al sector salud, la especificidad en las cuestiones de

cuidado de personas mayores, la disponibilidad de recursos humanos y una preocupación por disminuir las demandas de internación de personas autoválidas y (entre paréntesis) sin cobertura de obra social. Más allá del interés explícito de los referentes entrevistados tuvimos reparos derivados del análisis de su historia institucional la que además de permitirnos entender sus rasgos asilares y mercantiles señalaba su tendencia a reproducirlos aún en actividades orientadas teóricamente con el enfoque de DDHH. Lo que quedaba claro era que la institución no debería quedar por fuera del proyecto y se procuraría involucrarla de manera activa.

En el ámbito municipal aparecían varias instituciones cumpliendo las condiciones requeridas para configurar el actor. Entre ellas , representando a distintos sectores del Estado, se destacaban algunos actores más centrales con el rango de Secretarías o Direcciones, otros distritales como la Dirección o las Coordinaciones de Distrito y por último los más barriales como el Centro de Convivencia Barrial (CCB) La Tablada, el Centro de Salud Luis Pasteur, el Hogar Municipal o inclusive la Mesa Barrial del Plan ABRE. Entendiendo la intervención como una política intersectorial de salud para actuar sobre sus determinantes y considerando los avances en el proceso de descentralización cualquiera de estos actores aparecía como un potencial actor y entre todos componían uno de mayor jerarquía que era el Estado municipalidad de Rosario. Por la especificidad del Proyecto la Secretaría de Salud, la de Promoción Social y el Servicio Público de la Vivienda y Hábitat de Rosario aparecían como los más potentes por sus recursos y capacidades, su especialización respecto a alguno de los que serían los componentes del Proyecto y por el interés relativo que le suponíamos respecto a la intervención. Fue así como surge la idea de un Proyecto Modular donde uno de estos actores a cuenta de un Estado Municipal integrado podría asumir la responsabilidad administrativa y otro de ellos la técnica. Si eso no fuera posible por obstáculos administrativos, burocráticos o relacionales cada módulo podría ser transformado en un Proyecto sectorial y la ejecución simultánea permitiría la construcción de la integralidad en el territorio.

Luego aparecían muchas instituciones de otros sectores del Estado y de la comunidad las que iban siendo descartadas por su posible indiferencia o por escaso poder relativo en la dimensión administrativa o financiera, aunque muchas de ellas pudieran ser consideradas luego al momento de la operación como aliados o con alguna participación en las actividades (por ejemplo las Asociaciones Vecinales, las Bibliotecas,

las instituciones barriales dependientes de las secretarías involucradas como el Centro de Salud Pasteur y el Hogar Municipal de Adultos Mayores y el equipo territorial del Proyecto Nueva Oportunidad si ese proyecto continuara vigente¹¹⁷. En síntesis el actor a encarnar sería de la Municipalidad de Rosario a través de una asociación necesaria entre la Secretaría de Salud Pública Municipal, la Dirección de Hábitat Municipal o la Dirección de Personas Mayores Municipal. La Dirección del Geriátrico Provincial, que se había planteado de inicio como un potencial actor planificador, cambiaría de rol. Debería entenderse como un participante necesario y un aliado táctico por la cantidad y especificidad de los recursos que dispone y controla. Además su Consejo de Administración (entidad interna con autonomía por adhesión del Hospital a la Ley 10608/91 de Hospitales Descentralizados) al igual que la Asociación de Damas de Beneficencia de Rosario y la Asociación Cooperadora del HGP podrían facilitar gestiones en procura de Cooperación Internacional Descentralizada.

V.I.1 Selecciones del Mapa de Actores según potencial función en el Proyecto

¹¹⁷ El cambio de autoridades a nivel provincial, además de ser la causa de la reestructuración de la organización del Nodo Regional Rosario de Salud aparece en las noticias como una amenaza a la continuidad de dicho Proyecto.

Posibles Actores Planificadores

ACTORES	RECURSOS	INTERES	COMENTARIOS
Secretaría de Salud Pública Municipal	Financieros, Técnicos, Políticos	Alto	La propuesta se encuadra en sus líneas de trabajo territoriales, dispone de recursos técnicos descentralizados y una red de soporte. Alto poder relativo al interior del Gabinete Municipal. Coordina Gabinete Social.
Secretaría de Desarrollo Social Municipal	Financieros, Técnicos, Políticos	Alto	Concentra toda la política para Personas Mayores de la Municipalidad. Es el espacio que más recibe las demandas de institucionalización o requerimientos de asistencia. La propuesta se encuadraría en sus líneas o directrices. Las instituciones de alojamiento (Hogar y Refugio) dependen de ella.
Servicio Público de la Vivienda y Hábitat de Rosario	Financieros, Técnicos, Políticos	Alto	Participa activamente del Plan Abre. La vivienda para grupos vulnerables es una prioridad dentro de las líneas de intervención. Tiene experiencia en proyectos de articulación intersectorial e integrales. Tiene capacidad de gestión de recursos frente a organismos nacionales, provinciales e internacionales. Su participación como actor planificador podría ser el punto de encuentro en la disputa histórica entre salud y promoción social.

Fuentes: Elaboración propia a partir de datos relevados.

Participantes Barriales Necesarios

ACTORES	RECURSOS	INTERES	COMENTARIOS
Dirección del Hospital Geriátrico Provincial	Financiero. Técnico. Político	Mediano	Los Personas Mayores son su prioridad. Dispone de recursos humanos y reconocimiento barrial, se enfrenta a la problemática cotidianamente, están revisando el enfoque asistencialista y asilar que los marca tratando de volcarse a la comunidad. No internan personas autoválidas o dependientes funcionales. "Posible Actor planificador
Centro de Salud Pasteur	Técnico	Débil	Los Personas Mayores no son su prioridad, podría ser comprometido a partir del facilitamiento a la estrategia de adscripción que es de su incumbencia y el seguimiento de pacientes.
Centro de Salud Villa Manuelita	Técnico, Político	Mediano	Los Personas Mayores no son su prioridad, podría ser comprometido. Podría funcionar como puente con la administración central de Salud a nivel provincial. La adscripción es de su incumbencia. Trabaja en un sector más pobre que el CS Pasteur y tiene una relación más próxima con organizaciones barriales del mismo.
CCB La Tablada	Técnico y Político	Bajo	Los Personas Mayores no son su prioridad aunque de él se desconcentran servicios algunos de ellos para AM, Tiene un CAIAM Sería un espacio a comprometer por las autoridades municipales.
Hogar Municipal para Personas Mayores	Técnico	Mediano	Los Personas Mayores son su prioridad. Tiene agotada su capacidad de respuesta. No tiene mucha experiencia en espacios de articulación intersectorial ni organiza servicios puertas afuera. Debería ser comprometido por la Dirección Municipal de Personas Mayores

Fuentes: Elaboración propia a partir de datos relevados.

Potenciales Aliados o Participantes (Nivel Local)

ACTORES	RECURSOS	INTERES	COMENTARIOS
Mesa local del Plan Abre	Técnico y Político	Débil	Los Personas Mayores no son su prioridad. Sería un espacio a comprometer por las autoridades de las respectivas áreas de trabajo que allí se concentran para movilizar actores locales al trabajo integrado.
Centro Comunitario República de Tablada	Político	Mediano	Se inserta en el espacio territorial más vulnerable, tiene conocimiento de los problemas de la población y capacidad de movilización, se ha involucrado en el Plan Abre y otros planes y proyectos municipales, provinciales y nacionales.
Vecinal AVROSE	Político	Mediano	Podría ser motivado. Tienen actividades dirigidas a Personas Mayores. Su capacidad mayor consiste en el conocimiento del barrio y la posibilidad de movilizar a sus asociados influyendo en la comunidad
Vecinal La Tablada	Político	Bajo	Podría ser motivado. Tienen actividades dirigidas a Personas Mayores. Su capacidad mayor consiste en el conocimiento del barrio y la capacidad de movilizar a los asociados influyendo en la comunidad
Biblioteca Pocho Lepratti	Político	Bajo	Podría ser motivado. Tienen actividades dirigidas a Personas Mayores ya que allí funciona un CAIAM. Su capacidad mayor consiste en el conocimiento del barrio y la capacidad de movilizar a la comunidad. Articula otros proyectos con la Municipalidad y la Provincia.
Biblioteca Constancio C Vigil	Financiero, Político	Mediano	Se está refundando. Próximamente recuperara inmuebles expropiados. Podría ser motivado. Tienen actividades dirigidas a Personas Mayores. Articula con el Estado y tiene capacidad de movilizar a la comunidad

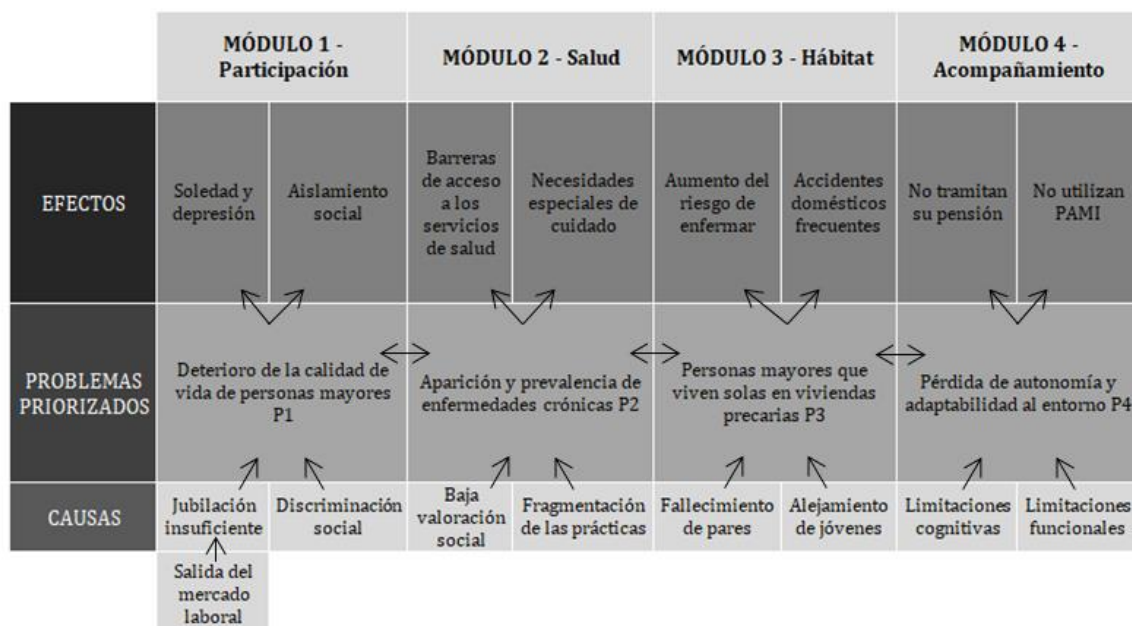
Fuentes: Elaboración propia a partir de datos relevados.

Habiendo circunscripto el Actor Planificador dentro del Mapa de actores continuamos con el ejercicio desde esa posición imaginaria. Habíamos realizado una primera lectura de datos cuantitativos, de conceptos, revisamos luego los cualitativos extraídos de la bibliografía y de las entrevistas respecto a las expresiones de la problemática en el barrio La Tablada y también teníamos un juicio sobre la adecuación de la respuesta institucional frente a ella. Luego de algunas secuencias de lluvia de ideas, preguntas, respuestas y varias tablas de doble entrada para intentar profundizar en la explicamos la situación de la que emergían los problemas relativos al deterioro de las condiciones de vida de los AM caímos en cuenta que esa tarea estaba cumplida. Lo que nos daba trabajo era graficarlo en su complejidad.

Queríamos construir un mapa explicativo de la situación con referencia en la metodología propuesta por Carlos Matus para desprender de él el Árbol de Problemas que utilizaríamos en la propuesta. No logramos consolidarlo para su presentación en este documento y frente a la necesidad de cerrar el proceso nos ganó el pragmatismo del EML.

Respecto a los borradores podemos comentar que eran muchos más los enunciados de problema de los que se ven en la gráfica y que partíamos desde un espacio de determinación donde identificábamos muchas reglas relacionadas entre sí como el neoliberalismo, la globalización de la economía, el envejecimiento de la población, la cultura exitista, el positivismo, el modelo médico hegemónico o el asistencialismo las que a su vez determinaban acumulaciones como realidades institucionales (fragmentación del sistema de salud, de las políticas, del Estado, burocratización de prácticas, desinterés por los asuntos de la vejez) y también relativas al grupo social elegido. Escogimos cuatro problemas que estuvieran en lo que supusimos espacio de gobernabilidad de los actores planificadores en los que el entrecruzamiento de causas y consecuencias fuera notable, aunque escogiendo deliberadamente que cada uno de ellos requiriera de ciertas especificidades que se correspondieran con distintas áreas de trabajo.

V.II Problemática y priorización



(Matriz simplificada de situación problemática construida a partir de 4 nudos críticos)

El momento de definición de objetivos es importante también para ambos enfoques metodológicos. Es lo que da forma a la imagen objetivo en el enfoque estratégico y lo que se constituye el núcleo principal del enfoque de marco lógico, que justamente por eso se da también en llamar “planificación por objetivos”. Desde ese enfoque el despliegue del proyecto hasta la descripción minuciosa de las actividades que se desprenden de los objetivos suele implicar varias gráficas. Algunas han sido incluidas en el borrador del Proyecto y otras fueron obviadas. Los motivos de esta decisión fueron varios. Entre ellas podemos explicar que el esfuerzo que implicaba perdía sentido tratándose de una simulación ya que no se podría lograr un Proyecto acabado y que generalmente no aplican para proyectos locales de poca envergadura en las instancias estatales de nuestro país. Para que tuvieran sentido su construcción aún desde el enfoque de marco lógico requerirían de una mínima participación de los actores que se verán comprometidos.

CAPÍTULO VI

JUNTO AL BOCETO DE LA OBRA

VI.1 RESUMEN EJECUTIVO DE LA IDEA/PROYECTO

A continuación compartimos un punteado mediante el que describimos someramente las características estructurantes del borrador del Proyecto, que pretendía ser anexo pero finalmente colocamos como parte del TIF. Si bien no ha perdido la importancia que para nosotras tenía ha perdido la centralidad que al principio le habíamos asignado en el marco del relato del proceso que hemos hecho para poder producirlo. Por otra parte, aunque su inclusión implica que gran parte de la información (especialmente del diagnóstico de situación) se repita, consideramos que debe estar disponible ya que es parte del proceso de creación propia.

Hemos intentado una construcción estratégica del mismo especialmente al momento de sintetizar y comunicar la información en la plantilla que simplifica la presentación de información que representa un proceso de planificación aplicando el denominado Enfoque de Marco Lógico. Siguiendo ese esquema y jugando entre sus limitaciones, intentamos construir la integralidad posible que la complejidad de la problemática y la perspectiva de DDHH exige a partir de seleccionar cuatro problemas que tienen algún correlato con distintas dimensiones de la situación analizada lo que condujo deliberadamente a una estructuración modular. La promoción de la integración de los módulos en el momento de la ejecución la buscamos incluyendo actividades que son comunes a más de un módulo o son interdependientes.

En dicho documento desarrollamos la Idea/Proyecto hasta el nivel de las actividades e instrumentos de verificación. Aunque existen ítems que presentamos como plantillas a completar en caso de que el ejemplo fuera utilizado para una situación real de planificación. Los datos faltantes son principalmente los relacionados a los actores y a la programación presupuestaria, justamente porque son los que tienen mayor carga de incertidumbre.

SÍNTESIS DE LOS ASPECTOS FORMALES DE LA PROPUESTA

- 1- **Tipo de Proyecto:** Ejecutivo
- 2- **Nivel de Intervención:** Local (a escala Barrial)
- 3- **Título:** "Vivienda compartida para Personas Mayores Autoválidas en el Barrio la Tablada de la ciudad de Rosario".
- 4- **Carácter:** Experiencia Piloto- Creación y puesta en marcha de una nueva modalidad institucional en la Red Pública de Servicios de Salud de la Ciudad de Rosario.
- 5- **Enquadre Normativo**

Declaración Internacional de los Derechos del Hombre
Convención Internacional de los Derechos de las Personas Mayores
Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento
Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos
Resolución de la XL Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos: Envejecer con derechos
Resoluciones del Ministerio de Justicia y DH de la Nación Argentina 2950/2008 y 1871/2009
ODS/ONU 2030
Plan Estratégico Provincial (PEP)
Plan Estratégico Municipal de Rosario (PER)

6- **Objetivos de Desarrollo Sostenible en los que interviene**

ODS: N° 1, N° 2, N° 3, N° 11 y N° 17

7- **Ejes transversales**

Equidad, Territorialización, Innovación Institucional, Integralidad, Intersectorialidad, Interdisciplinariedad, Asociación

8- **Enquadres conceptuales posibles para solicitar autorización o cooperación**

- **Hábitat** para Grupos Vulnerables
- **Desarrollo Humano** de Personas Mayores
- Políticas de **EAS** o de **Promoción de la Salud**

9- **Tipo de Cooperación que podría ser solicitada**

- Financiamiento
- Asistencia Técnica

10- **Potenciales organismos responsables del Proyecto** (el solicitante de autorización o apoyo podría ser uno de estos organismos en forma individual o más de uno en una asociación de intereses)

Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario

Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad de Rosario

Servicio Público de la Vivienda y el Hábitat de la ciudad de Rosario

Hospital Geriátrico Provincial de Rosario

La idea también puede adaptarse para la gestión de Cooperación Internacional Descentralizada desde organizaciones de la sociedad civil con personería jurídica y relación con los intereses de la propuesta.

11- **Otras entidades que participan o avalan** (A definir en territorio).

12- **Duración estimada del Proyecto**

Dos años (dos) a contar de la fecha de inicio del mismo.

13- **Presupuesto requerido** (A definir en situación real preparación del Documento/Proyecto)

PARTE

II

Nuestro aporte a actores locales

VII.1 El acercamiento a un Proyecto



FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA
Y RELACIONES INTERNACIONALES
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

PROYECTO:

**VIVIENDA COMPARTIDA PARA PERSONAS MAYORES EN EL BARRIO LA TABLADA
DE LA CIUDAD DE ROSARIO**

ÍNDICE

PARTE A: DATOS GENERALES DEL PROYECTO

A.1 Datos Generales del Proyecto

A.2 Datos de los Responsables

A.2.1 Del Organismo

A.2.1 Del Responsable Técnico

PARTE B: DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

B.1 Contexto Geográfico

B.1.1 La ciudad

B.1.2 Caracterización del área de Intervención

B.2 Datos Sociodemográficos

B.2.1 Población de Personas Mayores

B.3 Marco Político e Institucional

B.3.1 Las Políticas Públicas Locales

B.3.1.1 Procesos Destacados por su relación con el Proyecto

B.3.2 Equipamiento Institucional y Organizaciones Comunitarias

B.3.2.1 Instituciones de Promoción y Asistencia Social

B.3.2.2 Espacio Público Parquizado

B.3.2.3 Establecimientos públicos de salud

B.3.2.4 Servicios de Seguridad

B.3.2.5 Instituciones educativas y culturales

B.3.2.6 Organizaciones de la Sociedad Civil

PARTE C: PROBLEMAS, OBJETIVOS Y ABORDAJE

C.1 Situación actual: Malestares y demandas

C.2 Situación Problemática

C.3 Enfoque y Propuesta de Abordaje

C.4 Población que se beneficiará con el Proyecto

- C.5. Estructura y Modelo de Gestión
- C.6 Síntesis de la Estrategia de Planificación Participativa
- C.7 Resumen Descriptivo del Proyecto
 - C.7.1 Matriz General de Objetivos e Indicadores
 - C.7.2 Matrices de objetivos y actividades por módulo

PARTE D: DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

D.1 Módulo I- Participación

- D.1.1 Situación problemática y objetivos
- D.1.2 Actividades propuestas en el Módulo I
- D.1.3 Cronograma de Actividades
- D.1.4 Sostenibilidad
- D.1.5 Presupuesto estimado del Módulo

D.2 Módulo II- Salud

- D.2.1 Situación problemática y objetivos
- D.2.2 Actividades propuestas en el Módulo II
- D.2.3 Cronograma de Actividades
- D.2.4 Sostenibilidad
- D.2.5 Presupuesto estimado del Módulo

D.3 Módulo III- Hábitat

- D.3.1 Situación problemática y objetivos
- D.3.2 Actividades propuestas en el Módulo II
- D.3.3 Cronograma de Actividades
- D.3.4 Sostenibilidad
- D.3.5- Presupuesto estimado del Módulo

D.4 Módulo IV- Acompañamiento Social

- D.4.1 Situación problemática y objetivos
- D.4.2 Actividades propuestas en el Módulo II
- D.4.3 Cronograma de Actividades
- D.4.4 Sostenibilidad

D.4.5 Presupuesto estimado del Módulo

PARTE E: PRESUPUESTO GENERAL DEL PROYECTO

E.1 Presupuesto General por Módulo

E.2 Presupuesto General por Organismo y Concepto

PARTE F: CRONOGRAMA DE TRABAJO Y PLAN DE INVERSIÓN

PARTE G: EVALUACIÓN Y RENDICIÓN

PARTE H: ANEXOS (a agregar en situación real de ejecución)

EJ: Fotocopias de la documentación identificadora de las instituciones y personas responsables, planos del área, planos de la vivienda y toda otra documentación formal que sea requerida por autoridad superior al solicitante y/o organismo de cooperación internacional si fuera pertinente

PARTE A: DATOS GENERALES DEL PROYECTO

A.1 Datos del Proyecto

Tipo: Ejecutivo

Título: Vivienda compartida para personas mayores en el Barrio “La Tablada” de la ciudad de Rosario.

Objetivos Generales: Creación y puesta en marcha de una nueva modalidad institucional que busca asegurar el envejecimiento activo y saludable (EAS) de un grupo de Personas Mayores en tanto sujetos de derecho. Estas personas habitan solas y en condiciones de gran vulnerabilidad en la proximidad del Hospital Geriátrico Provincial de Rosario, más precisamente en el Barrio denominado “La Tablada”.

Ubicación del Proyecto

- **Área:** Área Barrial N° 2- Distrito Sur (Según sectorización del Plan ABRE)
- **Localidad:** Rosario
- **Provincia:** Santa Fe
- **País:** República Argentina

Organismo Responsable: (a definir en territorio)

Ej.: La Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario y o el Hospital Geriátrico Provincial de Rosario (de forma conjunta o individual)

A.2 Datos de los Responsables

A.2.1 Del organismo

Nombre:

Encuadre administrativo (público provincial, público municipal, privado)

Domicilio Legal:

CUIT N°:

A.2.2 Del Responsable Técnico (podría ser externo al organismo responsable, de otra institución o contratado a esos fines)

Apellido y Nombre:

DNI N°:

Domicilio Laboral:

Teléfono N°:

Dirección de Correo Electrónico:

PARTE B: DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

B. 1- Contexto Geográfico

B. 1- 1 La ciudad

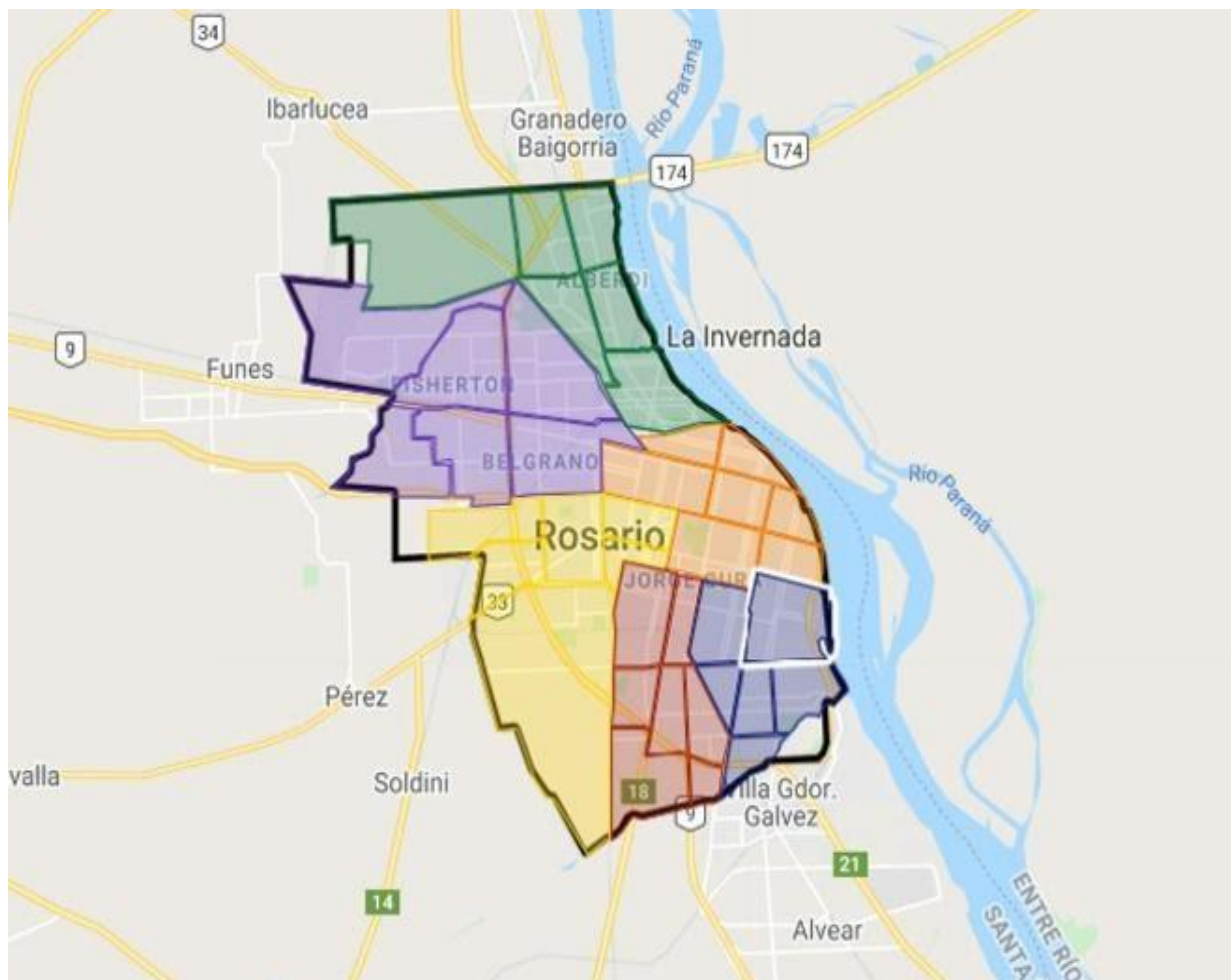
La ciudad de Rosario, está ubicada en el sur del área metropolitana más importante de la provincia de Santa Fe, en la República Argentina. Se encuentra en una posición geoestratégica en relación con el Mercosur, en el extremo sur del continente americano. Cabecera del Departamento homónimo, es el núcleo del Área Metropolitana y está a 300 km de la capital nacional.

Ocupa una superficie total de 178,69 km², de la cual la superficie urbanizada es de 120,37 km².

Desde el año 1995 está organizada en 6 Distritos definidos para el proceso de descentralización en la ciudad que comenzó en ese año. Este proceso tuvo una repercusión importante como operación de re-estructuración urbana general en torno a los Centros Municipales de Distrito que facilita la planificación local.

Este Proyecto focaliza en un área barrial del Distrito Sur de la ciudad, la N° 2. La misma fue definida por su magnitud y vulnerabilidad a efectos de una intervención integral de Política Pública para la inclusión social de ejecución conjunta entre la Municipalidad de Rosario y la Provincia de Santa Fe denominado Plan ABRE

Gráfico N: Plano de la ciudad con delimitación de distritos y áreas barriales



Fuente: www.rosario.gov.ar/distritos/participacion-ciudadana/consejos-barriales

B. 1. 2 Caracterización del área de Intervención

Se ubica en uno de los sectores más antiguos y poblados de la ciudad de Rosario. Comprende el Barrio denominado hoy Gral. San Martín (ubicado en el área norte del Distrito Sur, delimitado por el Bv. 27 de Febrero al norte, Av. San Martín al oeste, Bv. Seguí al sur y el río Paraná al este) y contiguo a él hacia el sudeste se extiende sobre la “Villa Manuelita”, que se presenta como una cuña al oeste de la Av. De Circunvalación sobre la rivera del Paraná.

Por su nacimiento y desarrollo paralelos los Barrios Tablada y la Tablada (Hoy Gral. San Martín) y el Barrio Villa Manuelita van a considerarse como una unidad a efectos de este trabajo. El Barrio Gral. San Martín es más extenso y en su interior se ven diferentes estructuras edilicias dando cuenta de una mayor pluralidad socioeconómica donde el sector más pobre se ubica en una franja llamada Cordón Ayacucho que está siendo objeto de una intervención integral con fuerte componente de infraestructura urbana y hábitat dentro del Plan ABRE. Mientras que Villa Manuelita comprende un sector de viviendas pequeño con perfil de barrio sencillo o de trabajadores, con calles sin veredas pero asfaltadas y casas de familia pequeñas, de arquitectura funcional. Al norte de la calle Spiro se encuentra un asentamiento informal. Mientras que la Avenida de Circunvalación lo separa de instalaciones portuarias y silos abandonados.

Ambos son barrios para los que en la constitución de su identidad lo más representativo fueron los mataderos y las tabladitas como actividades productivas primarias que dieron origen al asentamiento de viviendas y el posterior paso del ferrocarril. Otra marca de origen de esta área territorial tal vez sea la importante capacidad de organización de la comunidad. Hace tiempo fue conformando instituciones propias como por ejemplo las vecinales y o la Biblioteca C.C. Vigil y actualmente tiene varios Centros Comunitarios. Estas instituciones desde siempre se han comportado como actores y muchas de sus demandas fueron alojadas en la agenda del Estado municipal. Por ejemplo la instalación de servicios públicos de transporte desde el tranvía a caballo y ferrocarril, la instalación de servicios de salud o educación hasta la reciente apertura de calles y mejoras de infraestructura urbana.

Esta particularidad territorial, toma fuerza con el golpe de Estado de 1930, donde el contexto orienta a la población a buscar canales de participación social, que no fueran partidos políticos. Así se multiplica la creación de instituciones como vecinales,

bibliotecas o clubes. Posteriormente influyen en ese proceso las transformaciones en la estructura productiva de la ciudad, el crecimiento vegetativo de la población, una urbanización acelerada y cambios culturales propios de cada época. Así fueron conformándose las redes sociales que en la actualidad se entrecruzan articulando instituciones del Estado y comunitarias con mayor o menos formalización y diferentes tipos de trabajadores, calificados, no calificados y desempleados.

Fueron las organizaciones propias de la comunidad, inicialmente vecinales y bibliotecas las que se ocuparon de llenar los vacíos culturales del mismo modo que hicieron los clubes con las necesidades de recreación, socialización y actividad física.

En cuestiones de asistencia social la ubicación en su entorno de los primeros asilos de la ciudad incidieron fuertemente en la cultura del Barrio. Primero se instaló el de Mendigos y Dementes, después el Buen Pastor y por último el San Vicente de Paul, los que con transformaciones acordes a cada momento de la historia aún existen y sostienen un perfil asilar.

En términos de instituciones de asistencia de la salud, antes de que la idea de Atención Primaria de la Salud apareciera en escena y Rosario alcanzara el desarrollo sanitario actual se instalan en el área los todavía llamados por la gente "*dispensarios*": El CAPS "*Villa Manuelita*" y el CS "*Luis Pasteur*". Estos fueron puestos en funcionamiento respectivamente desde la administración provincial y municipal.

Luego del proceso desindustrialización de los 80, las sucesivas crisis económicas y políticas van impactando en la estructura y la composición social del barrio, además atravesada por la cultura global. Así, en la medida que avanza y se consolida el modelo neoliberal en esta "*comunidad*" se observan problemas derivados de las desigualdades sociales que impactan tanto en la estructura urbana como en las relaciones de las personas entre sí y con las instituciones. Así quedan espacios degradados en medio de una trama urbana desarrollada, personas sin empleo o que sobreviven del trabajo informal, surgen necesidades de vivienda y estructura básica por aumento vegetativo de la población, aparecen problemas de convivencia entre vecinos, de seguridad, hechos de violencia, personas en situación de calle, problemas relacionados con el consumo y tráfico de drogas y un nuevo modo de organización de la vida de las personas y de las relaciones sociales. Esta maraña de determinaciones sociales, en el marco de una cultura del éxito, ideales de belleza y salud es la que deja a muchos AM excluidos de la vida de relación. Algunos de ellos viven solos y a veces no acceden a los servicios que les

corresponden. Mientras tanto las políticas públicas locales y regionales priorizan problemas coyunturales más orientados a las necesidades de niños y adolescentes.

B.2 Datos sociodemográficos

Según los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del 2010 en la ciudad de Rosario habitaban 948.312 habitantes. Desde esta información, la Dirección General de Estadística construye sus propias estimaciones y las publica anualmente.

Para el año 2018 en el Anuario Estadístico de la Municipalidad de Rosario se informan las siguientes estimaciones de los datos poblacionales más gruesos:

- Población estimada 2018: 995.497 habitantes.
- Mujeres: 52,5%
- Varones: 47,5%

La misma fuente se usa para elaborar el Set de Indicadores N° 1 que forma parte del Análisis de Situación de Salud para Programa Municipios Saludables donde se muestra que esta población habita en 29.582 Hogares, de los cuales los que tienen NBI representarían en el 2014 el 6,01 %. Esta cifra, que en la ciudad como en el resto del país vendría decreciendo desde el 2010, es notablemente inferior a la media argentina que es de 12,5 % y también significativamente más baja que la media provincial que es de 9,3%. Esto se explica porque la ciudad se encuentra en una de las regiones más ricas del país, que a nivel provincial muestra mejores condiciones de vida. Sin embargo en el interior de la ciudad se pueden observar proporciones muy diferentes según Distrito. En el centro de esa variación queda el Distrito Sur, en un rango entre el 3,43 % en el Distrito centro y el 21,06% en el Oeste. Las cifras del distrito Sur, en el que se ubica el Barrio La Tablada son de un 11,66% de hogares con NBI Sin datos numéricos que consultar, a simple vista en las recorridas pudimos observar que esas desigualdades se expresan también al interior de los distritos mostrando al Barrio La Tablada como el de mayor concentración de Hogares con NBI dentro del Distrito Sur.

Por otra parte, a partir de estimaciones propias de la Dirección General de Estadística de la Municipalidad de Rosario realizadas para el 2018 para el cálculo de población y datos del Registro Civil para los hechos vitales de residentes rosarinos registrados en la ciudad de Rosario se encuentran los siguientes indicadores cifras.

- Tasa bruta de natalidad: 13,94 por mil.

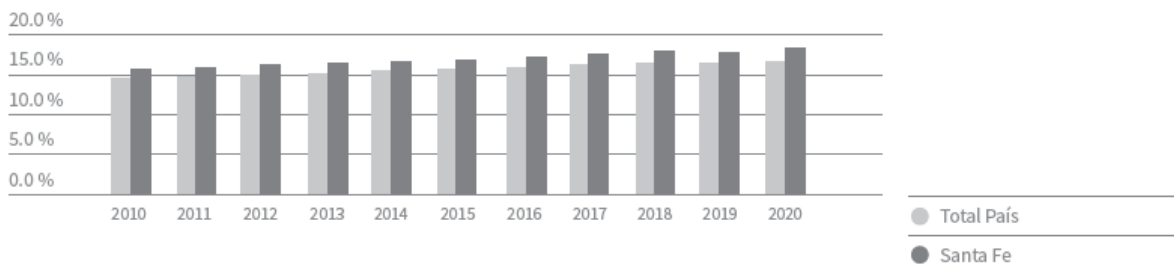
- Tasa bruta de mortalidad: 9,08 por mil.
- Tasa de mortalidad infantil: 7,64 por mil.

B.2.1 Población de Personas Mayores

En este punto se puede ver que la provincia de Santa Fe está alineada con la tendencia mundial de envejecimiento poblacional. Como se observa en el cuadro 1, las proyecciones demográficas señalan un crecimiento de la población de adultos mayores. A su vez, se puede ver que el porcentaje de adultos mayores de la provincia de Santa Fe está por encima de la media nacional.

Cuadro 1

GRÁFICO 7. Porcentaje de adultos mayores de 60 años y más en Santa Fe y Total País. Proyecciones 2010 a 2020



Fuente: elaboración propia en base a INDEC, «Estimaciones de población por sexo, departamento y año calendario 2010–2025. – INDEC, 2015 (Nº 38 Serie Análisis demográfico)» con distribución proporcional según Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Fuente: Políticas sociales y derechos humanos a nivel local. Evaluación del estado de avance en Rosario en 2017. Defensoría del Pueblo de Santa Fe.

Respecto a este mismo tema, para el nivel ciudad, la Dirección General de Estadísticas de la Municipalidad de Rosario informa que en el 2015 habitaban 173.122 personas de más de 60 años, una cifra que representa el 17,6 % del total de la población de la ciudad.

Otro indicador que señala la magnitud relativa del envejecimiento de la población en la localidad es la Esperanza de Vida al Nacer. Como se puede apreciar en el Cuadro 2 este índice en la ciudad de Rosario es más alto que la media nacional y provincial.

Cuadro 2

CUADRO N°3.2: Esperanzas de vida al nacer

e_0 (en años)	Total	Mujeres	Varones
Argentina	75,34	78,81	72,08
Prov. Santa Fe	75,10	79,13	71,31
Rosario 2017	76,03	80,37	72,61

Fuente: Total país y provincia de Santa Fe: "Tablas abreviadas de mortalidad por sexo y edad 2008-2010" - INDEC 2013 (N°38 Serie Análisis demográfico). Rosario: elaboración propia DGE.

Fuente: Anuario de Población y Estadísticas Vitales. Dirección General de Estadística, Municipalidad de Rosario, 2017.

B.3. Marco Político e Institucional

En Argentina las políticas públicas son una construcción híbrida y compleja en la que fragmentación y segmentación son los principales rasgos constitutivos. En todos los casos se ha priorizado la asistencia básica de cuestiones materiales y situaciones de enfermedad o abandono por sobre las necesidades sociales o afectivas de las personas. Conforman un entramado que involucra a los gobiernos de los distintos niveles estatales y todas sus instituciones, como así también a las organizaciones de la sociedad civil que representan los diversos intereses de la población.

En el sector salud coexisten tres sectores: público, privado y de la seguridad social, que forman un sistema de flujos complejo por el que circulan usuarios, trabajadores y recursos de financiamiento. Para Personas Mayores, la cobertura sanitaria y social de jubilados y pensionados es nacional y se brinda mayoritariamente a través del INSSJP y su Obra Social, el PAMI. Aunque eso haya condicionado que las otras instancias estatales no tomaran sus necesidades como prioridad, desde diferentes áreas las otras jurisdicciones instituyen políticas en materia de vejez que alcanzan el territorio de la ciudad.

B.3.1 Las Políticas Públicas Locales

La ciudad de Rosario en el campo sanitario se presenta como un territorio más abierto a la inscripción de nuevas necesidades y a la innovación con el enfoque de Derechos Humanos que otras ciudades de la provincia y el país. Da cuenta de procesos de planificación y ejecución de políticas públicas con objetivos sostenidos durante 30 años y el modelo de construcción se ha extendido más recientemente a la escala provincial. Con la Atención Primaria de la Salud como estrategia los servicios directos a la población se escalonan en niveles de complejidad creciente sobre los que se entrecruzan distintas redes de soporte como laboratorios, medicamentos, emergencias, salud mental, etc. Además las actividades de los equipos trascienden lo asistencial puro y se vinculan con otras dependencias del Estado y organizaciones propias de la comunidad generando políticas que surgen de verdaderos procesos participativos.

Desde esta instancia, según el Secretario de Salud, Dr. Leonardo Caruana, quien también coordina un dispositivo de enlace denominado Gabinete Social, la mayor preocupación de su gestión tiene que ver con alcanzar la integralidad de las políticas y el quehacer de los actores institucionales frente a la complejidad de los problemas actuales. En ese sentido afirma que el mayor desafío es una mayor territorialización de las políticas. En ese sentido, desde el inicio del proceso de descentralización hay surgido nuevos proyectos y dispositivos, que en su mayoría son de carácter intersectorial e interjurisdiccional para abordar problemas complejos.

Sin embargo, aunque se reconoce que la problemática generada por la necesidad de ofrecer cuidado integral de las personas mayores es un tema que requerirá un abordaje inminente, aún no se han anunciado intervenciones para el próximo período. Posiblemente, esta problemática no constituya una demanda social tan fuerte como las cuestiones de infancia, violencia o consumos y por eso no se traduce en acciones programadas dentro de la agenda prioritaria local.

B.3.1.1 Procesos Destacados por su relación con el Proyecto

Descentralización municipal

Se trata de un proceso de planificación y gestión estratégica que lleva ya más de 20 años por el que Rosario ha reorganizado la ciudad en seis Distritos. Así se produjo una transferencia de competencias desde las áreas centrales del Municipio a las áreas de gestión descentralizadas, que funcionan en el territorio como referencias del Estado

más próximas a la población. Como consecuencias del proceso se tensionó la organización del Estado poniendo énfasis en lo integrado por sobre lo sectorial y señalando las desigualdades existentes en los distintos sectores de la ciudad.

Según el portal de Gobierno, los lineamientos que orientaron este proceso fueron:

- Desconcentrar servicios y competencias hacia ámbitos de gestión distribuidos en distintas zonas de la ciudad.
- Modernizar la gestión haciéndola más transparente, ágil y con altos estándares de calidad.
- Fortalecer bidireccionalmente las instituciones de la Sociedad Civil y el Estado a través de generar ámbitos de participación.

Mientras que los tres objetivos a cumplir en primera instancia fueron:

- Acercar la administración a los ciudadanos para lograr una gestión más eficiente, ágil y directa.
- Planificar y gestionar las políticas y acciones a escala del distrito, permitiendo desarrollar estrategias para la realidad particular de cada zona.
- Coordinar y articular el accionar de cada una de las áreas municipales en una gestión única a nivel del distrito.

El avance de la descentralización fue paulatino y gradual, primeramente se crearon áreas servicios urbanos (ASUS) incluyendo obras y servicios a escala distrital, luego se produjo la descentralización administrativa, con la creación de los Centros Municipales de Distrito (CMD) donde se descentran servicios sociales como los de promoción social, deportes, educativos o de cultura y por último la descentralización política a partir de la participación social en espacios territoriales. La descentralización en de las políticas de salud fue previa a esta experiencia, se había iniciado con la definición de Atención Primaria de la Salud como estrategia.

En la actualidad el proceso está reflejando la creación de nuevas instituciones que proponiendo cambios en el estilo de gestión, y la práctica de servicios desde el enfoque de DDHH. A pesar del tiempo transcurrido el proceso no está agotado. Si bien las transformaciones en la estructura urbana y los servicios sociales son muy notables, los

resultados en términos de inclusión social de muchos ciudadanos, de convivencia o de desigualdades quedan pendientes.

Plan ABRE

El Plan ABRE se convirtió en uno de los principales elementos estratégicos de la política social del Estado provincial en la última década. Tiene anclaje en la experiencia rosarina de descentralización de las intervenciones urbanas y se propone fortalecer el territorio y abrir a la participación social desde una mirada integral. Está siendo coordinado de manera conjunta entre las diversas áreas que conforman el Gabinete Social de la provincia de Santa Fe y los gobiernos locales las ciudades en las que se ejecuta, entre las que se destaca Rosario. Impulsa el abordaje territorial de los problemas desde su interpretación hasta la construcción colectiva de decisiones entre la ciudadanía, el Estado provincial y el municipal.

Esta estrategia de intervención integral se focaliza en barrios atravesados por problemáticas sociales complejas, que responden a causas multidimensionales y están interrelacionadas. Entre ellas, dentro del Distrito Sur se ejecuta en el área barrial escogida para el presente Proyecto que comprende los barrios Tablada, La Tablada y Villa Manuelita. (Área N° 2- Distrito Sur-Plan ABRE).

Los objetivos planteados son:

- Mejorar la calidad de vida de las familias en los barrios, mediante la generación de obras de infraestructuras estratégicas y vinculadas a la mejora del hábitat, el equipamiento barrial, el saneamiento y el acceso a luz y agua seguras;
- Fortalecer las redes sociales del barrio promoviendo el encuentro, la participación y la convivencia en el espacio público, para prevenir la violencia interpersonal.
- Impulsar la participación social y ciudadana en espacios barriales, donde autoridades locales y provinciales interactúen con las y los vecinos, a fin de priorizar en conjunto los problemas a resolver;
- Abordar a las familias desde una perspectiva integral asegurando el acceso a derechos fundamentales.

Es así como el Plan ABRE se proyecta en tres ejes de trabajo centrales, que aglutinan los proyectos, programas y acciones pre-existentes que se fueron generando en el proceso de descentralización. Estos son “Infraestructura y Hábitat”, “Convivencia y Participación” y “Abre Familia”.

Programa Nueva Oportunidad

En la misma línea integrando recursos del Estado para la construcción territorial de políticas se inscribe el Programa Nueva Oportunidad. Este fue pensado para procurar la inclusión social de jóvenes en situaciones de vulnerabilidad severa y se dirige a personas entre 16 y 30 años, de ambos sexos que habiendo abandonado el ciclo de educación obligatorio no tengan empleo ni formación en oficios. Se les ofrece capacitarse para el trabajo y fundamentalmente participar de espacios de intercambio y reflexión para que adquieran herramientas de inserción laboral y hábitos de convivencia social.

Además de la gestión conjunta entre la administración provincial y municipal, involucra a organizaciones de la comunidad las que participan tanto de la planificación y evaluación del proceso, como en la ejecución del mismo. Las capacitaciones se dictan en Centros Comunitarios, Cooperativas, Centros de Convivencia Barrial, Centros de Salud, clubes, vecinales, organizaciones sociales y políticas, centros productivos de la Municipalidad, escuelas técnicas y primarias nocturnas. Ha ido logrando cada vez mayor expansión y legitimidad y su esencia según el portal provincial es

“la construcción colectiva, una mirada integral y perspectiva territorial. Estas tres líneas son las bases de un nuevo paradigma de políticas sociales para jóvenes. Esta política pública pone en el centro de la escena a las y los jóvenes y sus historias, transformándolas, multiplicando esperanzas y nuevas oportunidades”¹¹⁸

Así como en términos de organización las Casas de Medio Camino que surgen de la gestión provincial de Salud Mental como alternativa a la manicomialización se convierten en referencia del presente proyecto, la metodología de gestión del Programa Nueva Oportunidad se entiende como un modelo para su ejecución. En el mismo hay equipos interdisciplinarios trabajan en el territorio para crear lazos institucionales con los ciudadanos a los que se dirige y acompaña en la construcción de su proyecto de vida apelando a los recursos estatales de distintas áreas para garantizar así una integralidad

¹¹⁸ <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/193144>

que implica para los jóvenes capacitación, inserción laboral, cuidado de la salud y fundamentalmente participación en propuestas culturales, deportivas o sociales. En el área barrial seleccionada para la intervención tiene fuerte presencia y ha ganado legitimidad, existiendo varias organizaciones que participan como capacitadoras. Se ofrecen cursos de: serigrafía/diseño, periodismo/radio, albañilería, ayudante facturero/pizzero, talabartería, durlock, electricidad, joyería, herrería y otros.

B.3.2 Equipamiento Institucional y Organizaciones Comunitarias

B.3.2.1 Instituciones de Promoción y Asistencia Social

Centro de convivencia barrial La Tablada (CCBLT).

Es una institución de dependencia municipal. Tiene un origen muy reciente. Pertenece a un grupo que se ha conformado en el marco de la intervención conjunta de la Municipalidad y la Provincia llamada Plan Abre, que es intersectorial y está claramente orientado en el enfoque de Derechos. Se ha elegido el espacio del Barrio La Tablada para focalizar las intervenciones de dicho Plan por considerarlo uno de los que concentran mayor vulnerabilidad en la ciudad. Además del mejoramiento de la infraestructura urbana hay una multiplicidad de acciones y programas que confluyen en el territorio como propuesta del ABRE El CCBLT se encuentra ubicado en la intersección de calle Necochea y Gral. Mariano y funciona como un nodo de articulación e integración de las distintas dimensiones del Plan. En ese sentido lo atraviesan distintas iniciativas provinciales y municipales que orientadas en el enfoque de derechos que se integran en territorio en función de la equidad. Estas tienen objetivos de fortalecer los lazos familiares y comunitarios, inclusión de ciudadanos (aunque con prioridad en infancias y juventudes hasta ahora), asistencia social a las personas y los grupos más vulnerables, construcción de una red barrial de contención estimulando la asociación de distintas entidades de la comunidad. Desde él se organizan distintas actividades de capacitación, promoción de la salud, culturales, deportivas, etc.

Centros de Actividades Integrales para Adultos Mayores (CAIAM).

Se trata de espacios con oferta de servicios recreativos, educativos y culturales destinados a promover el envejecimiento activo y saludable de personas mayores en

ámbitos de socialización para ello. Se organizan y sostienen desde el área de Adultos Mayores dependiente de la Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad. Se han ido ubicando en todos los distritos de la ciudad en el ámbito físico de instituciones pre-existentes. En el entorno de los Barrios La Tablada y Villa Manuelita pudimos identificar la existencia de tres: **CAIAM Hogar de Mayores** (Abanderado Grandoli 3460), **Dispositivo Adultos Mayores CCB** (Necochea y Gral. Mariano) y **CAIAM Club Aurora** (Necochea 3265). En cada uno de ellos hay opciones para diferentes actividades a las que los Adultos Mayores que lo deseen se pueden sumar en cualquier momento del año como por ejemplo clases de gimnasia, talleres de la memoria, talleres literarios, talleres de teatro, talleres de manualidades y también actividades recreativas como mateadas, caminatas, paseos, juegos.

Hogar Municipal para Adultos Mayores.

Ubicado en calle Abanderado Grandoli al 3400 da cuenta del proceso de transformación que ha sufrido en las últimas 3 décadas lo que fuera el Asilo Municipal de Ancianos. Es una residencia para adultos varones que necesiten asistencia y contención institucional para resolver situaciones de la vida diaria. Si bien sus residentes tienen libertad para organizar las entradas y salidas y no existen horarios fijos para la recepción de visitas de familiares y amigos y a pesar de las adecuaciones edilicias a esos fines su lógica sigue reproduciendo el aislamiento y la despersonalización del original asilo. La mayor parte de las acciones están dirigidas a brindar asistencia de las necesidades básicas, atención de la salud física y mental, abordaje de adicciones como el consumo de alcohol y la reconstrucción de vínculos familiares y con la sociedad. Las actividades del CAIAM que funciona dentro de él los incluyen y además se abren a las personas en situación de calle que utilizan ese refugio en épocas invernales y a la comunidad en general. Las actividades recreativas son una herramienta para desarrollar capacidades, mantener o recuperar habilidades, promover la inserción en la comunidad y establecer nuevas redes sociales. Se desarrollan de marzo a noviembre de cada año.

B.3.2.2 Espacio Público Parquizado

Si bien no son tan próximos, existen dos parques que son accesibles para la población del área seleccionada. Por un lado el llamado Parque Italia que se ubica en Calle 27 de

Febrero al 200 bis. Se trata de un nuevo parque que abarca 3 hectáreas que fueron recuperadas para el uso público con privilegiada ubicación frente al río Paraná, donde antes existían asentamientos irregulares. Se compone de dos sectores separados por la antigua trinchera ferroviaria que llega al puerto, los que se vinculan por un puente peatonal. La realización del trabajo de parqueizado fue una elección de los vecinos en el Presupuesto Participativo con gran protagonismo de la Vecinal AVROSE de la Tablada en la defensa del Proyecto.

El otro es el Parque Hipólito Yrigoyen que se ubica como límite entre el Distrito Sur y Distrito Centro de Rosario y tiene una superficie aproximada de 18 ha. Abarca un área ubicada en una situación privilegiada, ya que forma parte de la red de espacios verdes de la ribera del río Paraná.

La restauración de un antiguo galpón ferroviario de valor patrimonial dio origen a un predio para el desarrollo de actividades deportivas. Asimismo, cuenta con un Salón de Usos Múltiples (de 30 x 15 m) para el desarrollo de actividades culturales como talleres, reuniones, conferencias, ámbitos de debate y consenso vecinal, jornadas, certámenes. Y también varios espacios deportivos

- 2 canchas de fútbol reglamentarias
- 1 cancha de baby fútbol
- playón multipropósito
- salón de usos múltiples
- oficinas y vestuarios

B.3.2.3 Establecimientos públicos de salud

En el espacio escogido para la intervención, además de varios establecimientos privados de poca magnitud existen tres instituciones de salud estatales. Dos son Centros de Atención Primaria de la Salud y otro es un Hospital monovalente especializado en geriatría.

Centro de Salud Luis Pasteur

Es uno de los centros de salud del área. Tiene dependencia municipal y es de los primeros que fueron creados por dicha administración a demanda de los vecinos, mucho antes del comienzo de la expansión del sistema de salud pública con base a la

estrategia de APS. En ese sentido todavía se muestra atravesado por la lógica asistencialista de sus orígenes y con una fuerte impronta normativa como consecuencia de los programas focalizados que se ejecutaron desde él en los 90.

Tiene un importante desarrollo, legitimidad en el barrio y ofrece atención en ambos turnos del día en distintas especialidades médicas además de otras disciplinas como odontología, psicología, enfermería y trabajo social. Muchos adultos mayores del Barrio optan por el seguimiento clínico en dicho establecimiento en lugar del médico de cabecera que PAMI les asigna. El centro se enclava en una plaza que también fuera gestionada por los vecinos sobre Calle Ayolas N° 270 y es la referencia de primer nivel para los vecinos del Barrio La Tablada a través del cual acceden a ambas redes estatales: municipal y provincial. Desde este centro de salud, sus equipos organizan actividades de promoción de la salud muchas de las cuales están dirigidas a adultos mayores procurando una alimentación saludable, la actividad física y la generación de espacios de socialización. La proximidad con el geriátrico y ciertos momentos en los que por motivos de obras de mejora o ampliación sus equipos fueron alojados en la planta de dicho hospital hace que la articulación sea estrecha más allá de las dependencias jurisdiccionales.

Centro de Salud Villa Manuelita

El otro centro de salud del área se llama Villa Manuelita y lleva el N° 10 dentro de los establecimientos de atención primaria de la salud creados por la administración provincial en los 80, cuando se lanza el programa de Atención Primaria Provincial. Se enclava en calle Taffi N° 4048 el barrio de dicho nombre el que conforma el sector pobre de la Tablada hacia el este. Si bien nace como una desconcentración de recursos de enfermería, clínica y pediatría desde el Hospital Provincial de Rosario hacia el barrio, a demanda de la asociación vecinal en los 90 dependiendo de dicho hospital a través del centro de salud la provincia ejecutaba más de 20 programas verticales. Hasta hace pocos años mantuvo la figura del agente sanitario quien cumplía las funciones de control domiciliario de cumplimiento de indicaciones médicas, control de carnet de vacunas y promotor de hábitos de vida saludable. Desde su creación su equipo de fue agrandando, se incorporan otras disciplinas como odontología, salud mental y trabajo social también fueron cambiando las demandas y los modos de práctica.

Hospital Geriátrico Provincial de Rosario

Ubicado en calle Ayolas N° 141, a una cuadra del Centro de Salud Municipal Luis Pasteur, este establecimiento es actualmente un hospital para enfermos crónicos, mayores de 60 años ya que se especializa en geriatría. Es un hospital de puertas abiertas, en el sentido de que el horario estipulado para que el paciente reciba visitas es durante el día, desde las 9.00 a las 20.00 horas. Cuenta aproximadamente con 350 trabajadores de la salud con turnos rotativos.

Ha tenido grandes cambios a través del tiempo. Se crea en 1888 por iniciativa de la Sociedad de Beneficencia de Rosario como Asilo de Mendigos y Dementes del Sagrado Corazón de Jesús". En el año 1943 cambia el nombre y pasa a denominarse "Hogar de Ancianos". En 1950 pasa a depender del Estado, transformándose definitivamente en hospital especializado en geriatría en los 80/90, cuando deja de recibir personas autoválidas para incorporar dependientes y va ampliando y diversificando su plantel de recursos humanos en función de los servicios requeridos por el nuevo perfil de pacientes. En los 90 con la descentralización hospitalaria comienza a recuperar recursos financieros de terceros pagadores como PAMI e IAPOS y también se empiezan a pensar las actividades de prevención y promoción de la salud, hay reformas edilicias importantes que se realizan con el apoyo de créditos internacionales. Como actividades preventivas o de recreación y estímulo a la socialización desde el equipo se organizan también distintas opciones de talleres para residentes que están abiertos a la comunidad como: cine, radio, computación, pintura, lectura, bingo.

B.3.2.4 Servicios de Seguridad

Los servicios de seguridad del Barrio dependen del gobierno de Santa Fe donde se encuentra el Ministerio de Seguridad y su Secretaría de Seguridad Pública; en el seno de los cuales se inscribe orgánicamente la policía provincial.

La Seccional N° 16 y la estación policial del barrio dependen de la Unidad Regional II. Ubicándose en calle Ayacucho 3350 se ocupa de lo que se llama orden público, además de tramitaciones varias. Otro servicio de seguridad es el Comando Radioeléctrico que tiene móviles afectados al patrullaje de la zona.

Además de estos servicios que conforman la tradicional estructura de policial del barrio, La Tablada, justamente por la vulnerabilidad de la población y la incidencia de delitos

como homicidios, intentos de homicidio, robos callejeros, y mercadeo de sustancias ilegales junto al Plan Abre se ha comenzado una experiencia piloto denominada de “Policía Comunitaria”. Se trata de equipos de agentes que se radican en el espacio, en este caso en instalaciones del Club Central Córdoba a través de un convenio con la administración provincial. En pares recorren el barrio, dejan una tarjeta identificadora a los vecinos con su número de teléfono y también llevan consigo planillas para la realización de denuncias en el domicilio garantizando el anonimato del denunciante.

Si bien la Municipalidad de Rosario dispone de un cuerpo civil de seguridad denominado Guardia Urbana Municipal (GUM) para reforzar la acción conjunta de las fuerzas de seguridad y otras instituciones vinculadas al control de emergencias (como los bomberos, la policía, Defensa Civil, etc.) prácticamente no tiene presencia en el barrio salvo que sea convocada para acompañar la organización de eventos o en situaciones de excepción. La GUM tiene una función preventiva y la misión de colaborar de manera directa evitando y resolviendo conflictos menores a través de su relación directa o articulando con los otros servicios en caso de necesidad.

B.3.2.5 Instituciones educativas y culturales

El espacio seleccionado que comprende los Barrios La Tablada y Villa Manuelita está dotado de múltiples espacios educativos de gestión pública y privada desde el nivel inicial hasta el nivel terciario.

Como jardines maternales o jardines de infantes exclusivamente pudimos ubicar el Jardín Provincial N° 55 ubicado en Bv. Seguí N° 107 Gustavo Cochet, el Particular incorporado Santa Margarita en calle Guiraldes N° 526 bis y un Jardín Maternal Particular arancelado en calle Bv. Seguí al 460.

Entre los establecimientos de educación primaria podemos destacar la Escuela N° 61 Juan Galo Lavalle ubicada en calle Juan Manuel de Rosas N° 4059 y la Escuela N° 1235 Constancio C Vigil situada en calle Ayacucho N° 2750, ambas estatales.

En el área también está la escuela San Pablo que es un establecimiento particular incorporado y funciona en calle Necochea al 4200, donde también tiene nivel inicial al igual que la Escuela N° 61.

Como instituciones de educación secundaria el área dispone de la tradicional Escuela Vigil o EEM N° 338 ubicada en Alem N° 3098 y la EEMPI N° 8185 o Colegio Particular Santa Margarita en calle Guiraldes N° 526 bis, respectivamente en La Tablada y Villa

Manuelita. En este último sector del área también funciona el Bachillerato Popular de La Tablada, más conocido como “Bachi de tablada”. Que se ubica en calle Spiro y Taffí, a pasos de Grandoli. Es una innovación institucional reciente a la que concurren unos 60 jóvenes y adultos, que quieren terminar la secundaria, las clases se dan de 18 a 21 hs y con una modalidad particular. Es una de las tres escuelas de gestión social de la provincia y otorga títulos con validez oficial aunque aún no ha sido clasificada como entidad.

También hay en las inmediaciones tres Centros de Capacitación Laboral para adultos. El N° 6619 que funciona en calle Bv. Seguí 149 bis./Av. Grandoli 3620. Donde se ofrecen clases de Bobinado Automotor Carpintería Cocina y Repostería Corte y Confección, el N° 6658 en calle J.M. de Rosas N° 4059 con la misma oferta y el N° 6686 en calle o Ayolas que solo ofrece capacitación en “Actividades Femeninas” como repostería, peluquería, diseño, etc. Por último en Calle Alem N° 3084 funcionan las escuelas provinciales de Cine y Televisión y de Artes Visuales que incluyen varias carreras.

Además dependiendo de la Dirección Municipal de Cultura hay diversas propuestas gratuitas de capacitación informal destinadas a niños jóvenes y adultos. Se abren entre los meses de abril a noviembre y funcionan en espacios de instituciones propias de la comunidad como la Biblioteca Vigil en calle Gaboto N° 450 (canto, dibujo animado, piano y teclado) la Biblioteca Pocho Lepratti en calle Chacabuco N° 3085 (guitarra y ajedrez) el CCB La Tablada en calle Necochea N° 4262 (música) y en el Galpón Tablada en calle 1 de Mayo N° 3024 (guitarra).

B 3.2.6 Organizaciones de la Sociedad Civil

Si bien en el área territorial seleccionada para la intervención hay muchas organizaciones comunitarias, entre ellas destacamos las principales instituciones representativas que son las vecinales, los clubes y los centros comunitarios que hoy participan de la llamada Mesa Interinstitucional o Mesa Barrial de la Tablada, la que desde el 2010 aproximadamente viene sosteniendo espacios de encuentro y fue dinamizada por la intervención del llamado Gabinete Social y la llegada al Barrio del Plan Abre.

Club Atlético Central Córdoba

Este Club se encuentra entre los más importantes clubes de fútbol de Argentina, aunque no tiene la relevancia de los clásicos de la ciudad: Newells y Rosario Central. Fundado en octubre de 1906 y tratándose de un club del interior, tiene una historia importante en el fútbol de primera división. En 1934 fue el primer campeón del interior del país de una copa nacional en la era profesional de AFA. Muchos jugadores que comenzaron en le alcanzaron fama y su principal función está relacionada justamente con la preparación de jugadores. Su estadio lleva el nombre de Gabino Sosa y tiene una capacidad de alrededor de 18.000 personas. Mientras que el nombre del club sería el de la empresa de ferrocarril en la que trabajaban sus fundadores.

Lo que fuera su primera cancha se instaló en la intersección de las calles Bulevar Argentino y 25 de Diciembre (hoy Juan Manuel de Rosas). Hoy el Estadio se encuentra en la manzana delimitada por las calles Juan Manuel de Rosas, 1º de mayo, Gálvez y Virasoro y sin cambiar de posición tanto el estadio como su entorno se modificaron mucho. Es una referencia geográfica y un rasgo identitario del Barrio, especialmente para la población de Personas Mayores. Si bien su oferta está dirigida a los socios y no son su prioridad las actividades culturales o sociales en la relación con el Gobierno municipal o provincial de alguna manera se involucra con la comunidad, por ejemplo prestando sus instalaciones para eventos o disponiéndolas mediante un convenio para el alojamiento de la llamada policía comunitaria dependiente de la administración provincial.

Club Deportivo “La Aurora”.

El Club La Aurora es un tradicional Club de Barrio ubicado en calle Necochea 3255, donde en otros momentos funcionaba un espacio de encuentro social, recreación familiar y en el que se realizaban múltiples actividades deportivas especialmente para niños y jóvenes. Habiendo atravesado serios problemas de sustentabilidad financiera en el 2013 se encontraba con sus instalaciones muy deterioradas y con riesgo de cierre y fue una dentro de un grupo elegido para trabajar de manera conjunta el Gobierno de la ciudad y el de la Provincia de Santa Fe en el marco del Plan Abre. Con aportes provinciales se realizaron obras de mejora para recuperar espacios como una cancha de básquet, salón de usos múltiples y los baños. Por un lado se pretendió fortalecer dicha organización comunitaria por su significación en la memoria de los Barrios La Tablada y

Villa Manuelita y por otro estimular la práctica de deportes en niños y jóvenes por su capacidad integradora y constructora de reglas para recuperar valores sociales.

La puesta en valor de las instalaciones del Club permitió su aprovechamiento para ofrecer a la comunidad actividades deportivas diversas de acceso gratuito constituyendo al club como espacio de práctica de actividades saludables, de actividad física, de encuentro social y recreación familiar. Recuperando también su historia el Club Aurora se ha considerado un espacio de intercambio intergeneracional en el para adultos mayores se promueven caminatas y práctica de ejercicios físicos o gimnasia acordes a la edad y estado físico de los mismos. Con similares características al Club La Aurora existen otros Clubes de Barrio en el área que también han sido considerados dentro del programa de mejora provincial entre ellos el Club Necochea en calle Necochea N° 3562 y el Club La Unión ubicado en calle Chacabuco N° 3155

Asociaciones Vecinales.

Las asociaciones vecinales identificadas en el área como tales son dos. La denominada **Vecinal 22 de Julio o Vecinal Tablada** para los vecinos y la llamada **Vecinal AVROSE o Vecinal Vigil**. La primera está ubicada en calle Grandoli N° 4065 y la segunda en Pasaje Vigil N° 172 bis.

Ambas son asociaciones civiles autónomas y sin fines de lucro, a las que los vecinos se asocian libremente. Desde el Municipio se las considera como entidades representativas de las necesidades y demandas de los barrios en tanto espacios de participación ciudadana con mayor formalización institucional y años de historia. Si bien ninguna representa los intereses de todos los vecinos que habitan el área en la relación del Estado con ellas se aproxima a la perspectiva de los ciudadanos que participan de ellas. Cada vecinal representa a un sector bien diferenciado del barrio o un Barrio en sí mismo, por eso tienen rasgos y características propios. Ambas son herederas de una vieja tradición en vecinales, que comienza por 1930 llamadas Vecinal Tablada y Vecinal Villa Manuelita. Juntas dinamizarían luego la creación de una pequeña biblioteca que más tarde sería la famosa Biblioteca Vigil. Esta institución las mantuvo juntas por unos períodos pero los conflictos en torno a ella vuelven a separarlas. Además de estas cuestiones de poder y propiedad, también aparecen aspectos relacionados a las características que fue tomando cada barrio escindiendo lo que en principio eran uno denominado Mataderos.

Justamente en torno al edificio del Matadero, más hacia el Sud Este se ubicó la parte más precaria y nueva en un asentamiento irregular llamado barrio Villa Manuelita. Mientras que en torno a las Tabladas o espacios para comercio se configura el Barrio la Tablada.

La vecinal AVROSE (Asociación Vecinal Rosario Sudeste) se encuentra físicamente en el extremo más oeste del barrio Tablada, donde las condiciones de vida son mejores, más precisamente entre el parque Hipólito Yrigoyen y la cancha del Club Central Córdoba, referente identitario del barrio Tablada. Mientras que el alcance de la Vecinal Tablada de alguna manera se sale del Barrio Tablada para adentrarse en el Villa Manuelita quedando más próxima a los bolsones de pobreza estructural.

Ambas dan cuenta de intereses de grupos de vecinos que habitan el área. La vecinal AVROSE se ha ocupado de proponer y gestionar las obras públicas de más envergadura y en ella se inscribe con más fuerza la marca histórica de experiencia cultural de la Vigil. A la fecha sostiene espacios de lectura y escritura, ha editado tres libros de historia del Barrio y el vecinalismo en Rosario y también tiene un periódico que ha sido declarado de interés municipal por el HCD.

Mientras tanto la vecinal 22 de julio, que lleva como nombre el de la fecha de su fundación en 1933, se orienta más a gestionar servicios públicos y especialmente a poner en agenda las necesidades sociales más percibidas por los vecinos. Estas en general se relacionan con la pobreza, los servicios de salud, las violencias, los consumos.

Centro Comunitario República de Tablada.

Ubicado en Calle Abanderado Grandoli N° 3805, en una de las viviendas del sector más precarizado del área, se enclava el Centro Comunitario República de Tablada, es denominado así como analogía al modo de llamar a su provincia los correntinos, ya que muchos de los habitantes del asentamiento llegaron a Rosario desde esa provincia en los 80. Se trata de un espacio auto-gestivo que tuvo sus orígenes a fines de los 80 como iniciativa comunitaria para dar contención y respuesta a las problemáticas concretas de los vecinos en momentos de gran crisis económica. También forma parte de la Mesa Barrial de La Tablada. Si bien no tiene formalización cumple un papel activo en términos de la integración y participación de los vecinos que viven en peores condiciones materiales. Desde él se procuran apoyos externos en entidades de gobierno, partidos políticos e instituciones privadas para organizar distintas acciones. Entre ellas de capacitación, de recreación, de salud además de discutir las problemáticas que afectan a

la población y buscar que sus necesidades sean agendadas por el Estado. Sin duda en el área de influencia de dicho Centro residan las personas mayores con mayores problemas relacionados con el hábitat y con mayor necesidad de acompañamiento para acceder a la oferta de servicios a ellas destinadas. Esta institución se considera clave por su vinculación con las personas mayores donde la problemática descrita se expresa con mayor gravedad.

Hogar de Vida Tablada o Centro Comunitario Tablada.

Funciona en la Capilla San Pablo. Está ubicado en la intersección de calles Necochea y Ameghino dentro del Barrio la Tablada. Es una de las organizaciones sociales de la iglesia católica de última generación a través de la cual se ejecuta un Programa de Recuperación para adictos de Drogas Ilegales que se desprende de la Pastoral de Lucha contra las Drogas y se extiende prácticamente por todo el país. Esta institución pertenece a una Red denominada Familia Grande Hogar de Cristo que está auspiciada por Caritas Argentina. Llega al barrio casi junto a la intervención del Plan Abre en noviembre del 2015 para instalarse en la Capilla San Pablo e incluirse como participante en la Mesa Barrial La Tablada.

Ese programa justamente propone el abordaje territorial y la articulación intersectorial entre el Estado y las organizaciones de la comunidad para enfrentar la problemática del consumo de sustancias. Considera fundamental la tarea conjunta y con sentido comunitario en la lucha contra las drogas. La idea es partir del potencial convocante de las capillas para reunir diferentes organizaciones como colegios, clubes, medios de comunicación y otras para organizar actividades que apuntan a la prevención del consumo mediante la inclusión de niños y jóvenes en espacios recreativos, deportivos o de capacitación. Estos también participan en programas de recuperación que además del acompañamiento terapéutico a cargo de equipos profesionales y el acompañamiento pastoral que es propio del tipo de entidad procuran que el mayor soporte sea la inclusión laboral o productiva de quienes consumen.

Si bien su especificidad como organización implica el trabajo con infancias y juventudes que consumen o están en riesgo de consumo, en términos de su pertenencia a la Iglesia Católica y relación con Caritas Argentina se entiende que esta institución podría tener alguna capacidad de movilizar recursos o apoyo político para el Proyecto.

Biblioteca Popular "Pocho Lepratti".

Desde su antiguo espacio más al sur de la ciudad, la Biblioteca Lepratti mudó recientemente su proyecto cultural a una casona de Chacabuco N° 3085, donde ya funcionaba en la parte de adelante el jardín "Las hormiguitas". Esta organización con cerca de 20 años de vida, tiene un intenso trabajo social, comunitario y educativo en función de la defensa de los derechos humanos y la generación de conciencia ciudadana en muchos barrios de la ciudad. Su modalidad de trabajo esta territorializada y procura la construcción de alianzas intersectoriales. Tiene un enlace muy estrecho con el Programa Nueva Oportunidad. De hecho la adquisición de la nueva propiedad por parte de la Biblioteca fue realizada mediante la donación de un vecino y con apoyo económico de la provincia en función del reconocimiento al valor de la participación de dicha organización con la inclusión social de jóvenes. Donde funcionaba un jardín para madres que trabajan "Las Hormiguitas" la Biblioteca comenzó a realizar actividades con dichas madres en el marco del Programa Nueva Oportunidad. Si bien no es su misión el trabajo con la problemática de Adultos Mayores, se la considera un actor con capacidad de movilizar a la sociedad y con posibilidades de abrir lugar para la participación de los Adultos Mayores en espacios de intercambio, culturales, como así también se ha pensado que sería posible que los admitan como voluntarios en actividades de cuidado o apoyo a la capacitación de niños o jóvenes.

Biblioteca Popular Constancio C. Vigil.

La institución comunitaria más emblemática del área Barrial es una organización social, educativa, cultural y popular que se desprendió en el año 1944 de la actividad conjunta de las Vecinales La Tablada y Villa Manuelita. Alcanzó gran desarrollo entre los años 60 y 70 hasta que en 1977 el gobierno de facto la intervino y desmanteló, además de encarcelar y desaparecer a muchos de sus miembros acusados de terrorismo ideológico.

Ha sido recuperada recientemente y es valorada como uno de los proyectos de educación popular más importantes de Latinoamérica. Entre los años 60 y 70 se produjo el mayor crecimiento de la biblioteca no solo en socios, también en infraestructura dedicada a la educación que incluía escuelas primaria, secundaria y jardín de infantes, además de una escuela de música, de artes y teatro; y una experiencia

de educación no formal conocida como Universidad Popular. También contaba con museo de ciencias naturales, observatorio astronómico y editorial propia. Su principal fuente de ingresos era una gran rifa que se vendía en todo el país, se pagaba en cuotas y tenía premios muy importantes. La biblioteca llegó a ser propietaria de 40 inmuebles y un enorme predio recreativo frente al río Paraná, además de 80000 libros de los cuales la mayoría fue quemada o destruida. La intervención solo conservó la escuela primaria y secundaria y asignó el uso del edificio principal al Ministerio de Educación mientras que el resto de propiedades fueron liquidadas.

En 2004 se constituyó la Asamblea de Socios por la Recuperación de “La Vigil” que consiguió llevar el tema a la legislatura provincial y que se sancione la ley para la restitución del inmueble mediante la ley provincial N° 13.306 en diciembre del 2012.

Los bienes económicos que quedaban en manos del Estado fueron restituidos y el inmueble ha sido declarado por el Gobierno Provincial como Sitio de la Memoria del Terrorismo de Estado. La Comisión directiva actual, además de seguir como querellante para la restitución de bienes se está ocupando de recuperar asociados y estimular la participación de los vecinos.

Parte C: ENUNCIADO E INTERPRETACIÓN DE PROBLEMAS

C.1. Situación actual: Malestares y demandas

Los cambios en el peso relativo de los distintos grupos de edad a expensas del crecimiento de los mayores y el decrecimiento de los menores provocados por el aumento en las expectativas de vida y la disminución del número de hijos inciden en la escena social y familiar del territorio de distinta manera según sean las condiciones materiales de vida de las personas. Esto no depende tanto de la edad cronológica, porque muchas personas con más de 60 conservan sus capacidades físicas y mentales, sino fundamentalmente de las condiciones singulares en que se produce el envejecimiento y cómo esto influye tanto en la salud física y mental como en la vida social y afectiva de las Personas Mayores.

El envejecimiento de la población en países subdesarrollados como el nuestro hoy es más preocupante que para los países centrales, porque se estima que en los nuestros el ritmo se hará más elevado en los próximos años y las sociedades no están preparadas

para dar respuesta. Eso implicará la necesidad de asegurar su protección con políticas específicas y en ese sentido la inversión de recursos en ellas. Esta cuestión está siendo reconocida por organismos dependientes de la ONU y se traduce en distintas iniciativas y recomendaciones como la de Envejecimiento Activo y Saludable de la OMS. Con referencia a esas preocupaciones e iniciativas aparecen enunciados en políticas nacionales, provinciales y municipales y esbozos de propuestas en el Plan Estratégico Provincial y el Plan Estratégico Rosario que aún no se traducen en acciones. Estos enunciados internacionales y locales han movilizad el interés de las instituciones más directamente involucradas con la problemática de las Personas Mayores que registran aumento de la demanda de institucionalización por parte de familiares, de entidades estatales y de las mismas Personas Mayores que no pueden ser resueltas. Por otra parte estos mismos trabajadores opinan que la institucionalización tal como se la conoce no es la mejor solución para las necesidades de las personas mayores que son autoválidas por los efectos que produce en sus subjetividades.

A partir de analizar lo que preocupa a los funcionarios consultados, a los adultos mayores escuchados y lo que distintas referencias expertas a nivel local e internacional plantean como problema aparecen distintas dimensiones de dificultad que configura una problemática muy compleja que involucra varias áreas estatales, por ejemplo:

A pesar de que la cobertura con jubilaciones ha aumentado mucho, aún quedan personas que no han accedido a ese derecho por motivos diversos que van desde el desconocimiento o la desinformación, la imposibilidad de enfrentar las tramitaciones requeridas de manera autónoma, el desinterés o descreimiento respecto al cumplimiento por parte del Estado de sus responsabilidades, las barreras de acceso de la administración pública del orden de las distancias, los modos de obtener turnos, explicaciones insuficientes o simplemente el fastidio o rechazo a las inquietudes y demandas de los Adultos Mayores por parte de los trabajadores. Además estas personas que no han accedido a la jubilación necesitan trabajar para subsistir y son discriminados en el mercado de trabajo por su condición de edad o sencillamente no pueden trabajar por limitaciones físicas o psíquicas que se derivan de tal condición. Paradójicamente y por su propia condición de exclusión, las personas que más lo necesitan son las que tienen menos posibilidades de tramitar o demandar.

Si bien no se conoce el número de personas que en el área barrial seleccionada no tiene cobertura previsional se entiende que el mayor problema no sería un número elevado,

sino la invisibilidad por parte de las instituciones del Estado hasta que hace crisis como un “caso-problema”. Este tema suele aparecer como demanda a instituciones que no tienen a su alcance los resortes para intervenir como por ejemplo una consulta médica en un Centro de Salud y en casos tardíos al momento de intentar la institucionalización geriátrica en servicios privados desde la Dirección de Adultos Mayores o recuperar fondos de la seguridad social cuando la persona por su necesidad física accede a ser internada en el Hospital Geriátrico Provincial.

Las carencias económicas afectan no sólo la dignidad y la calidad de vida de las personas sino también tienen consecuencias directas en su salud física ya que es frecuente que las Personas Mayores tengan requerimientos higiénicos o dietéticos específicamente prescritos para el tratamiento de las enfermedades crónicas que suelen padecer.

Muchas Personas Mayores se quedan solas porque enviudan, sus familiares y amigos contemporáneos van falleciendo y sus hijos se alejan del hogar porque forman sus respectivas familias. Esto pasa más las mujeres ya que tienen mayor sobrevivencia que los hombres y se sabe que la soledad es un condicionante del deterioro cognitivo y provoca un sufrimiento subjetivo que también tiene incidencia en el estado de salud físico de dichas personas que con frecuencia se deprimen, se descuidan, pierden interés en la vida, abandonan dietas y tratamientos, comienzan a consumir alcohol o psicofármacos de manera problemática, etc. Algunas personas llegan a aislarse socialmente de manera notable perdiendo noción del tiempo, el espacio y lo que sucede en su entorno.

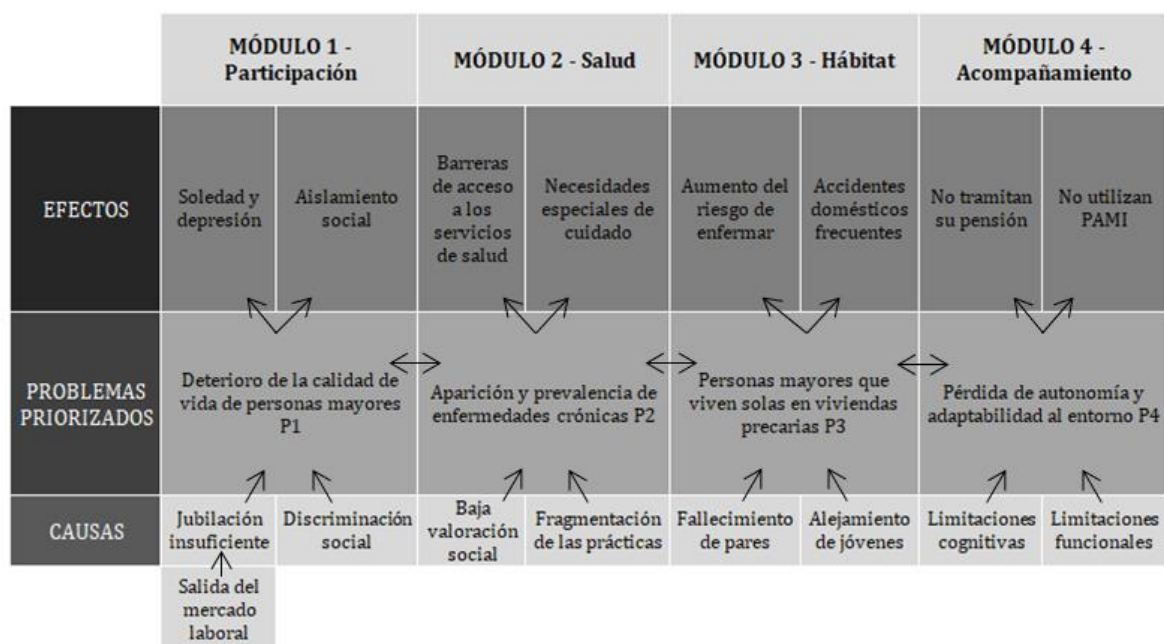
Más allá de que padezcan o no enfermedades, los Adultos Mayores requieren un control más sistemático de sus funciones vitales, apareciendo como necesidad un mayor consumo de medicamentos y utilización de servicios de salud. En el sector público y especialmente en el ámbito del PAMI las personas mayores suelen tener dificultades para gestionar sus turnos, recordar las citas y movilizarse para acceder a las consultas y prácticas indicadas.

Además la discriminación social a las Personas Mayores, resultante de una cultura que segrega lo pobre, lo feo, lo viejo, lo diferente y todo lo que representa lo que nadie quisiera ser, no sólo se expresa en el ámbito laboral o en el trato que reciben en las instituciones, también se hace ver en el trato cotidiano dentro de las comunidades y familias siendo objeto de burlas, abusos, maltrato o abandono. El apoyo familiar, respuesta tradicional a la pobreza y a la vulnerabilidad de alguno de los miembros viene decreciendo en el marco de nuevos patrones culturales según refieren los mismos

adultos mayores escuchados, lo que tiende a empeorar en las próximas generaciones porque las futuras generaciones de adultos mayores contarán con menos hijos. Si bien son muchas las organizaciones que abren algún tipo de oferta para PM en términos de cultura, deportes o recreación tal cual lo expresan los referentes del barrio, las personas que habitan en los sectores más deteriorados del área y con peores condiciones de vida las utilizan poco lo que hace suponer múltiples condicionamientos igual que con el uso de servicios de salud o el acceso a las jubilaciones. Algunos de ellos se estiman vinculados a limitaciones propias de las personas mayores y otras con la inadecuación de la respuesta institucional a esas particularidades.

El principal indicador de esta problemática es la frecuencia creciente de demandas de institucionalización tanto en el HGP como en el HAM de personas autoválidas que no tienen vivienda propia, no tienen familiares que los alojen y no pueden pagar alquiler, cuando no se trata de demandas de trabajadores de salud que habiendo verificado condiciones de vida y necesidades de cuidado que no pueden ser garantizadas plantean ante instancias superiores de Desarrollo o Promoción Social.

C.2. Situación Problemática



(Matriz simplificada de situación problemática)

C.3 Enfoque y Propuesta de Abordaje

En función de la reconocida por distintos actores que fue descrita en el punto anterior y a partir del análisis de los principales hechos las relaciones causales entre ellos que se muestran en el árbol de problemas se definen los objetivos generales del presente Proyecto. Estos son la creación y puesta en marcha de una nueva modalidad institucional para asegurar el envejecimiento activo y saludable de un grupo de Adultos Mayores que habitan solos y en condiciones de gran vulnerabilidad en el área barrial denominada “La Tablada” de la ciudad de Rosario. Justamente se trata del espacio territorial en el que se instalaron los asilos al inicio de la historia de la ciudad, instituciones emblemáticas en las que se encarnaron las lógicas tutelares y represivas que el enfoque de Derechos Humanos hoy interpela. Aunque en el análisis de viabilidad se identifica que la Tablada también es uno de los barrios donde la fuerza instituyente de la comunidad, de las organizaciones que fueron surgiendo de ella demuestra también la capacidad social de los vecinos de hacer lugar a lo nuevo.

La idea de Envejecimiento Activo y Saludable (EAS), es una propuesta de promoción de la salud para los AM en perspectiva de Derechos Humanos que surge de la Organización Mundial de la Salud (OMS), referencia internacional del pensamiento sanitario y se entiende que como sucedió con la propuesta de Atención Primaria de la Salud (APS) serán las experiencias locales las que en cada espacio le darán contenido instrumental.

Desde su definición de EAS, la OMS no sólo contempla el envejecimiento desde la atención sanitaria, ni coloca a esta en el centro de las acciones de cuidado, apela a una salud integral como construcción individual y colectiva. El EAS conduce indefectiblemente a acción intersectorial que pone énfasis en las dimensiones culturales, sociales, económicas y políticas que afectan el bienestar de las personas y condicionan su modo de envejecer, sin resignar ciertas garantías respecto a las condiciones materiales de vida o la provisión de servicios básicos como los de salud como un piso de equidad.

También en términos de viabilidad se analiza que hace unas décadas que en la ciudad de Rosario las cuestiones de “salud” se fueron inscribiendo en otras políticas sectoriales como Promoción Social, Hábitat, Ambiente o Producción a partir de un fuerte desarrollo de la APS como estrategia y el proceso de descentralización municipal. Por eso se plantea el anclaje de la institución a crear en el campo salud en términos de

dependencia administrativa, como desafío para lograr un nuevo avance en las políticas de salud de última generación, orientadas en Derechos Humanos que incluya las necesidades de las personas mayores. Aunque la intervención pretende ser intersectorial e interdisciplinaria y de este modo la entidad a crear, perteneciendo a la red de salud rompería la serie constructiva de sus instituciones, quedando a mitad de camino entre salud y las otras áreas del Estado como cualquier vivienda desde la que se demanda y se abren las puertas a todas las políticas públicas.

En síntesis el Proyecto, conceptualmente intersectorial se ancla en Salud debido a la viabilidad que ofrece dicho anclaje en tanto: recoge ideas que han surgido de las instituciones de salud las que también responden a preocupaciones expresadas desde otros sectores del Estado, reconoce la existencia de experiencias legitimadas en el mismo sentido en la administración provincial (Casas de Medio Camino), identifica una gran fortaleza política del sector en el espacio local, la capacidad de innovación y adaptación al contexto que han demostrado las redes locales de salud y se encuadra en recomendaciones de la OMS.

Concretamente se pretende colocar en el barrio una vivienda que funcione como pequeño nodo de Red en la línea de la nueva institucionalidad estatal. En ella, en torno a sus habitantes, (adultos mayores de particular vulnerabilidad), se buscaría integrar recursos provinciales, municipales y de la comunidad como se ha está haciendo con los proyectos que llegan al territorio desde el Gabinete Social como el Plan ABRE o el Programa Nueva Oportunidad.

Como puede observarse en el árbol de problemas, la complejidad de la problemática obligó a la selección de más de uno de ellos entre los muchos que se presentaban en el listado construido participativamente a través de una lluvia de ideas.

De cada uno de ellos se deriva un Objetivo General que conduce a un Componente del Proyecto o Módulo, entre los que existe la complementariedad y relaciones de determinación que le otorgarán unidad al Proyecto en su conjunto. Es así como de manera acorde al marco lógico aplicado en la formulación cada módulo o componente de la intervención existen relaciones de determinación, ocupando cada uno de ellos respectivamente el lugar del fin, de los propósitos, del componente principal y de las actividades subordinadas en la matriz resumen que se muestra a continuación, aunque en el posterior desarrollo modular del momento operativo cada uno de ellos contendrá actividades específicas y articuladoras.

Se entendió que este tipo de estructura modular era la más pertinente para un proyecto que en definitiva procura construcción de políticas públicas integrales. De esta manera cada Módulo involucraría preferentemente un sector estatal en torno a un campo de intervención y tensionaría la articulación entre ellos en función de las necesidades de los beneficiarios.

Cuando la OMS habla de envejecimiento activo menciona tres elementos: participación, seguridad y cuidado de la salud. La participación implica para los AM productividad, autonomía, estar vivo dentro de la comunidad e influir en ella de manera activa. Estos serían los objetivos de más largo plazo y que implicarán transformaciones culturales profundas. Aunque las actividades que se enuncian en el Módulo N° 1 (Participación) quedan acotadas a un grupo menor de personas, las más vulnerables, en función de la equidad el objetivo general de participación, en tanto Fin del presente proyecto será transversal a los demás módulos. La reflexión y revisión de prácticas de los trabajadores del Estado a efectos de transformar las lógicas exclutorias tanto como las hospitalarias o tutelares de las instituciones también toman el sentido de construir otro lugar para los AM en la sociedad. Allí aparece el objetivo de cuidado de la salud, pero ya no como hasta ahora la sociedad la ha privilegiado sino enfocado desde los Derechos Humanos, atendiendo a las necesidades particulares del AM y asegurando continuidad mediante el dispositivo de adscripción que reorienta la oferta para abrazarlos y acompañarlos como se establece en el Módulo 2 (Salud). El otro elemento que es la seguridad comprendida como a vivir a salvo en todos los sentidos, no solamente protegidos de la delincuencia, la discriminación o el abuso: Por ello implica vivir en un lugar digno, con agua segura, alimentos saludables, ropa adecuada, tecnología para estar comunicados e informados de manera tal que la construcción de un proyecto personal sea posible. Esa dimensión de seguridad es la que se contempla en los Módulo 3 (Hábitat) y Módulo 4. (Acompañamiento Social).

C.4 Población que se beneficiará con el Proyecto

Mediante este Proyecto se verán beneficiadas de manera indirecta todas las familias que habitando dentro del espacio barrial que comprende los barrios Tablada, La Tablada y Villa Manuelita al poner foco en problemas que son motivos de preocupación cotidiana como vecinos o familiares de los AM, en un marco institucional que encuentra

instituciones fragmentadas e inadecuadas para hacer lugar a las demandas que en ese sentido plantean.

De manera directa se verán beneficiados todas las personas mayores autoválidas que habitan en soledad en dicha área ya que el Proyecto los considera como tales por la vulnerabilidad especial relativa a la edad y soledad en que habitan en el Módulo Participación y el Módulo Salud.

Mientras que con los Módulos 3 y 4, que implican una la mayor profundización de la intervención alcanzará a beneficiar en principio a ocho de estas personas, las que serán priorizadas por la criticidad de sus condiciones de vida y su aceptación para ser parte del Proyecto de la vivienda compartida. Aunque como se entiende que este Proyecto se convertiría en una experiencia piloto sería posible pensar que a futuro esta modalidad pudiera extenderse a más PM tanto del Distrito Sur de la ciudad de Rosario u otros territorios de la misma.

C.5. Estructura y Modelo de Gestión

El o los organismos que formulan el Proyecto definirán un referente administrativo a nivel central y un coordinador técnico territorial los que asumirán respectivamente las tareas de gestión de recursos, rendiciones e informes evaluativos y las de acompañamiento territorial del proceso de gestión del mismo.

No son sólo cuestiones relativas a la crisis financiera que el Estado atraviesa las que definen que como soporte para la ejecución del Proyecto no se plantee la conformación de una Unidad Ejecutora o una Unidad Administrativa especial, fundamentalmente la definición tiene que ver con la necesaria apropiación de los actores institucionales que desarrollan tareas en el área para hacerlo sustentable. A modo de equipo de apoyo a esta función se propone la constitución de un pequeño equipo externo de al menos dos integrantes de cualquier disciplina del campo de las políticas sociales para funcionar como facilitadores de un proceso de aprendizaje o construcción colectiva que realizarán tanto los AM a los que el Proyecto se dirige y los trabajadores que se involucren en el proceso. Al promover cambios en los dos polos de una relación social, a través de estas personas las instituciones del barrio podrían ir siendo interpeladas en sus lógicas asilares o exclusorias.

Se entiende que toda intervención en políticas sociales se alimenta de múltiples fuentes disciplinares, aunque cuando se aplica el enfoque de Derechos Humanos la dimensión educativa toma un lugar importante como elemento de su construcción. Se trataría de un proceso educativo al que voluntariamente se someten ciudadanos mayores y actores institucionales que tiene como objetivos empoderarlos, hacerles ganar autonomía. Como diría Paulo Freire “la educación como práctica de la libertad, donde el educador y el educando aprenden en conjunto de la praxis, transformándose”. De este modo la intervención se interpreta como un gran módulo educativo de doble dirección: hacia los AM y hacia los trabajadores de las instituciones del barrio. Pero sin clases ni cuadernos, en el hacer juntos, al resolver problemas y ponerse de acuerdo para poder ejecutar y lograr lo que serán concreciones de muchos y de cada uno.

Como alternativa a una contingencia en que obstáculos administrativos lo hicieran inviable sea por las limitaciones económicas o la rigidez de las estructuras estatales, este modelo modular puede permitir la flexibilización del proceso de ejecución sin resignar los objetivos de integralidad de las políticas, de manera tal que el Proyecto podría también concretarse como un todo integrado con una organización “ad hoc” como la que aquí se plantea o desdoblarse dando lugar a 4 proyectos sectoriales que articulados confluyeran en el territorio.

C.6 Síntesis de la Estrategia de Planificación Participativa¹¹⁹

En este punto los actores reales harán un breve relato del proceso de diagnóstico y planificación mediante el que se alcanza la formulación del Proyecto. También describirán aquí cuales son las instituciones (estatales o comunitarias) que se involucran en la ejecución del mismo sea aportando espacios de uso, recursos materiales, recursos humanos o simplemente adhiriendo a su ejecución, acompañando tareas de difusión, funcionando como avales para la gestión de recursos, etc.

¹¹⁹ Nota de las autoras: En el caso de este borrador, mediante un ejercicio de simulación, se ha procurado adelantar la construcción de los posibles escenarios de participación identificando a las instituciones involucradas con personas mayores y otras instituciones del área, entrevistando a sus referentes de manera individual para conocer sobre la oferta de recursos, la historia institucional y las preocupaciones actuales. De esta manera se han inferido preocupaciones, intereses, posibilidades y posiciones que son responsabilidad absoluta del equipo que elabora este documento. También se ha participado de varias reuniones más abiertas con funcionarios del Hospital Geriátrico Provincial para dar forma a la idea escuchando también las voces de otros trabajadores. Algo similar sucedió con actores institucionales de distintas áreas de la administración municipal, con mayor profundización y acercamiento a participantes del equipo de la Dirección de Servicios de Salud Municipal. De estas reuniones se pudieron recuperar los lineamientos de política sectorial más recientes y los avances en la relación provincia/municipalidad, además de ciertas particularidades normativas y organizativas de las redes públicas de salud que debieron ser considerados como elementos de viabilidad. A partir de estas entrevistas surge la idea de presentar el presente borrador de la idea/proyecto tanto a las instituciones mencionadas como en el denominado Consejo Barrial La Tablada, donde también funciona la Mesa Barrial del Abre y un espacio de encuentro con otros actores territoriales, en tanto actores que deberían haber sido convocados desde el inicio para que las definiciones de objetivos y actividades fueran intersectoriales y situadas en el territorio. Eso hace que el documento en su totalidad se presente como una estructura de ejemplo para una elaboración local más ajustada a realidad y posibilidad. De todos modos se ha procurado que la metodología de trabajo participativo se exprese en todos los módulos a través de las actividades, lo que se observará como equipos mixtos, responsabilidades compartidas, previsión de espacio y tiempo para la construcción de acuerdos.

C.7 Resumen Descriptivo del Proyecto

C.7.1 Matriz General de Objetivos e Indicadores

OBJETIVOS GENERALES POR MÓDULO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>MODULO PARTICIPACIÓN. OG1 “Estimular la inclusión social y la participación ciudadana de los AM que habitan solos a efectos de su EAS como sujetos de derecho” Este OG ocupa el lugar del FIN.</p>	<p>N° de AM del área priorizada y de las viviendas compartidas inscriptos en la oferta barrial de actividades N° de AM que participan de vecinales, mesas barriales o centros comunitarios</p>	<p>Registros ad hoc, nominalizados, a cargo del equipo de acompañamiento Resumen estadístico mensual</p>	<p>Disponibilidad de oferta en el territorio Diversidad de dicha oferta acorde a distintos intereses Gratuidad del acceso</p>
<p>MODULO SALUD. OG2 Procurar integralidad y continuidad en el cuidado de la salud y la atención de enfermedades crónicas de los AM que habitan solos. Este OG se ubica en el lugar de los PROPOSITOS.</p>	<p>N° de AM adscriptos a equipos en las instituciones de salud del barrio (CS Pasteur, CS Villa Manuelita, H. Geriátrico Provincial)</p>	<p>Historias clínicas abiertas con seguimiento adecuado según sistemas de información en salud Resumen estadístico mensual</p>	<p>Existencia de servicios y equipos Políticas de Salud que promueven la adscripción Interés de las autoridades Sistemas informatizados</p>
<p>MODULO HABITAT. OG3 Garantizar una vivienda digna y un entorno de compañía a 18 AM que habitan el área mediante la creación de 3 viviendas compartidas. Este OG se constituye en el COMPONENTE PRINCIPAL en tanto requerirá de recursos financieros especiales.</p>	<p>N° Viviendas construidas o viviendas adecuadas N° de habitantes por vivienda</p>	<p>Proyectos de Obra Fotografía de las obras</p>	<p>Intervención urbana en el marco del ABRE Priorización de personas vulnerables en los planes de vivienda Titularidad de las viviendas a adecuar de alguno de los AM Lanzamiento de planes nacionales de vivienda</p>
<p>MODULO ACOMPAÑAMIENTO SOCIAL .OG4 Acompañar la gestión de necesidades originada en la vida cotidiana de los AM que habitan solos Este OG ocupa el lugar de las ACTIVIDADES DERIVADAS en la matriz</p>	<p>N° Jubilaciones o pensiones gestionadas N° Pases de transporte gestionados N° de inscripciones en PAMI tramitadas</p>	<p>Registros ad hoc , nominalizado, a cargo del equipo de acompañamiento Resumen estadístico mensual</p>	<p>Posibilidad de conformar equipos mixtos Posibilidad gestionar cooperación externa</p>

C.7.2 Matrices de objetivos y actividades por módulo

Módulo I: Participación

PROBLEMAS PRIORIZADOS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES
P N° 1 Deterioro de la calidad de vida de los Adultos Mayores	OG 1 Estimular la inclusión social y la participación ciudadana de los AM que habitan solos a efectos de su EAS como sujetos de derecho”	OG 1- OE 1 Sensibilizar e involucrar a trabajadores estatales y vecinos en el proyecto.	OG 1- OE 1A1 Reuniones de puesta en común de recursos para AM disponibles en las distintas instituciones de la comunidad y estatales.
			OG 1- OE 1.A2 Elaboración de un Recurso Barrial
			OG 1- OE A.3. Distribución domiciliaria del Recurso
			OG 1- OE A.3. A.4 Taller para trabajadores “Para no tener que Internar”
		OG 1- OE 2 Estimular la inclusión de AM en actividades barriales acordes a gustos y posibilidades	OG 1- OE 2-A.5 Sensibilizar a los AM respecto a la importancia de la actividad y participación.
			OG 1- OE 2.A.6 Ofrecer acompañamiento para la inscripción y adaptación a las actividades escogidas
		OG 1- OE 3 Recuperar capacidades productivas de AM estimulando la autoestima	OG 1- OE 3-A.7 Invitar a los AM a participar como capacitadores o voluntarios en instituciones del barrio
		OG 1- OE 4 Promover la socialización, recreación y esparcimiento de los AM	OG 1- OE 4-A.8 Apoyar la organización de festejos de cumpleaños, fiestas patrias o religiosas.
			OG 1- OE 3-A.9 Apoyar la organización de salidas a espacios verdes o espectáculos culturales.

Módulo II: Salud

PROBLEMAS PRIORIZADOS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES
P N° 2 Aparición y prevalencia de enfermedades crónicas	OG N° 2 Procurar integralidad y continuidad del cuidado de los AM que habitan solos.	OG 2/OE 1 Identificar a los Adultos Mayores que tienen mayor vulnerabilidad por vivir solos	OE 1- ACT 1 Relevamiento domiciliario en el área barrial
		OG 2/OE 2 Verificar condiciones de cobertura efectiva en alguna institución	OE 2- ACT 2 Análisis particularizado de las vinculaciones de estas personas con los servicios de Salud y procura de los datos clínicos
		OG 2/OE 3 Valorar necesidades singulares de cuidado	OE 3- ACT 3 Análisis particularizado de la situación de salud y necesidades de cuidado de cada persona relevada
		OG 2/OE 4 Adscribir a la red pública de salud	OE 4- ACT 4 Conformación de los Equipos Interdisciplinarios de Seguimiento y asignación de responsabilidades
			OE 4- ACT 5 Visita domiciliaria para el planteo de la propuesta de adscripción y establecimiento de canales de contacto
			OE 4- ACT 6 Construcción del Proyecto Terapéutico Compartido
			OE 5- ACT 7 Seguimiento del caso para asegurar la continuidad del proceso asistencial acorde a lo comprometido en el PTC

Módulo III: Hábitat

PROBLEMAS PRIORIZADOS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	
<p>P N° 3 Hay AM que viven solos en viviendas precarias</p>	<p>OG N° 3 Garantizar una vivienda digna y un entorno de compañía mínimamente a 8 AM que habiten el área</p>	<p>OG3.OE1 Identificar a los AM que viven solos y promover su vinculación</p>	<p>OE1.A1 Confeccionar un listado de AM que habitan solos en viviendas críticas.</p>	
			<p>OE1.A2 Organizar actividades compartidas tipo taller para promover relaciones entre estos AM.</p>	
			<p>OE1.A3 Clasificarlos en grupos de 8 según criterios de prioridad y compatibilidad observada.</p>	
		<p>OG3.OE2 Gestionar una vivienda adecuada para ser habitada por 8 AM</p>	<p>OE2.A4 Definir las características de la vivienda</p>	<p>OE2.A5 Releva la existencia de inmuebles (edificios o terrenos) que puedan ser afectados, adquiridos o alquilados.</p>
				<p>OE2.A6 Escoger la alternativa y hacer las gestiones catastrales y administrativas para disponer del espacio.</p>
				<p>OE2.A6.7 Elaborar los documentos (contrato, proyecto de obra) y un plan de trabajo.</p>
				<p>OE3.A8 Convocar al primer grupo priorizado para explicar la propuesta</p>
		<p>OG3.OE3 Preparar el grupo para la convivencia</p>	<p>OE3.A9 Construcción colectiva de un proyecto de convivencia.</p>	<p>OE3.A10 Gestión participativa del equipamiento y la ambientación de la vivienda</p>
				<p>OE1.A11 Acompañamiento para la organización de un festejo de inauguración convocando a familiares, amigos, vecinos.</p>

Módulo IV: Acompañamiento Social

PROBLEMAS PRIORIZADOS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES
P N° 4 Pérdida de autonomía y adaptabilidad al entorno	OG N° 4 Acompañar la gestión de necesidades originada en la vida cotidiana de los AM que habitan solos	OG4.OE1 Asegurar que los AM tengan una alimentación adecuada	OG4.OE1.A1 Supervisar dieta y sugerir recetas saludables
			OG4.OE1.A2 Tramitar subsidios para alimentación especial o carencias extremas
		OG4.OE2. Facilitar el acceso a los sistemas de protección que le corresponden por Derecho.	OG4.OE2.A.3 Acompañar la gestión de las jubilaciones y pensiones a quien no las tiene
			OG4.OE2. A.4 Acompañar la inscripción en PAMI o INCLUIR SALUD si correspondiere
			OG4.OE2.A.5 Gestionar beneficios de transporte, impuestos, servicios domiciliarios
			OG4.OE2. A6 Tramitar turnos en centros de salud o gestionar las visitas domiciliarias
		OG4.OE3 Facilitar el acceso a servicios de mantenimiento de la vivienda.	OG4.OE3 .A7 Acompañar la gestión de soluciones para problemas de hábitat. (reparaciones, equipamiento)
		OG4.OE4 Estimular el desarrollo de autonomía	OG4.OE4.A8 Educar para el acceso a cajeros electrónicos y tramites web

PARTE D: DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

D. 1 Módulo Participación

D.1.1 Situación problemática y objetivos

El envejecimiento es un fenómeno natural que afecta la vida de relación y va restringiendo la autonomía de las personas, no sólo física o económica, sino también subjetiva. Aunque la forma de envejecer no es la misma para todas las personas. Tiene que ver con las experiencias previas, el modo en que se ha vivido y el contexto en el que se produce dicho proceso. Aunque se trate de personas igualmente sanas o “autoválidas” por clasificación no todos los AM están en igualdad de condiciones para enfrentarlo. Cuanto menos educación, menos recursos simbólicos, menos herramientas se hayan desarrollado menores serán las posibilidades de adaptarse a nuevas condiciones. Frente al envejecimiento el apoyo social y el sostenimiento de actividades culturales, productivas y de intercambio con otras personas funcionan como amortiguadores de la velocidad de dicho proceso, por lo menos en el orden subjetivo y eso también tiene efecto en la salud física y la esperanza de vida.

Aún que no se trate de un envejecimiento patológico en un AM siempre habrá cambios de conducta, cambios emocionales, cognitivos y sociales que además de requerir de aceptación y adaptación a limitaciones por parte de quien los padece suelen ser objeto de rechazo de quien los rodea. De algún modo nuestra sociedad no es amigable con las personas mayores, la experiencia, los aprendizajes de vida y la portación de historia han perdido valor en el mundo actual. Existe una visión catastrófica y dramática del envejecimiento, el que se asocia al período final de la vida o próximo a la muerte: Por otra parte los AM tienen dificultades para la producción económica y suelen padecer enfermedades crónicas, lo que hace pensar que ser viejo es sinónimo de enfermo o incapaz y a la vez una carga o un gasto para la familia o el Estado en todos los estratos sociales. Esto se hace más notorio en barrios vulnerables como La Tablada donde se parte de una situación de base donde muchas necesidades básicas están insatisfechas para toda la población que lo habita.

La soledad de los mayores, en sí misma es considerada por la OMS como una forma de abandono. Los efectos de la soledad en la salud de los mayores pueden ser múltiples. A la disminución de las relaciones sociales se asocia más riesgo de sufrir depresión,

deterioro cognitivo, demencia, dificultades para dormir, ansiedad y aumento de consumo de alcohol, voracidad que lleva a la obesidad o descuido de la dieta que ocasiona malnutrición.

Los profesionales de los centros de salud del área de intervención afirman que en los AM que viven solas es más difícil el control de las enfermedades crónicas como diabetes o hipertensión o enfermedad renal por los malos hábitos alimentarios, vida sedentaria y discontinuidad de los tratamientos. Además al no salir también empeoran sus enfermedades óseas propias de la edad como artrosis y osteoporosis. También han descrito que aumenta notablemente la incidencia de accidentes domésticos por disminución de las funciones visuales, auditivas y reflejos, como también las infecciones por falta de higiene del ambiente, personal o de los alimentos.

Desde el enfoque de Derechos se entiende que la prolongación de la esperanza de vida es un logro de la sociedad y se puede envejecer con “éxito” (ironizando respecto a la representación anterior donde el Adulto Mayor sólo “pierde” y la sociedad “gasta” en él) y para ello cuando las personas alcanzan los 60 años con salud biológica, salud mental, capacidades cognitivas conservadas el Estado es responsable de asegurar su inserción en redes sociales para que envejecer se convierta en “ganar” tiempo libre, nuevas amistades, aprendizajes, diversión, construcción de nuevas parejas, algún modo de producción más allá de la remuneración, opinar y decidir sobre lo que sucede en la comunidad, etc. En ese sentido se orientan los contenidos del Módulo Participación.

D.1.2 Responsables y medios de verificación por actividad Módulo I

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO	INDICADORES
<p>OG 10E1A1</p> <p>Reuniones de puesta en común de recursos para AM disponibles en las distintas instituciones de la comunidad y estatales a ser convocadas por el Coordinador Técnico del Proyecto a partir del CCB La Tablada luego de una reunión previa de presentación del Proyecto a la Mesa Barrial en la que se convocará para la tarea.</p>	Coordinador técnico del Proyecto	Convocatoria a las reuniones firmadas por el Coordinador Técnico Fotografía	Actas de reunión con detalle de las organizaciones participantes y su dependencia.
<p>OG 1- OE 1.A2</p> <p>Elaboración de un Recurso Barrial</p> <p>Diseño y elaboración de una pieza de comunicación impresa que describa la oferta barrial de actividades para AM en el que también consten teléfonos de interés como policía comunitaria, bomberos, EPE, SIES</p>	Coordinador Técnico, facilitadores contratados.	Actas de reunión	Pieza Impresa
<p>OG 1- OE A.3.</p> <p>Distribución domiciliaria del Recurso</p> <p>La entrega domiciliaria del Recurso se entiende además de una contribución a la difusión de las actividades como un momento de acercamiento para relevar información requerida en los otros módulos</p>	Facilitadores contratados, equipos territoriales mixtos	Fotografías del recorrido	Registro Ad. Hoc de la recepción por los AM
<p>OG 1- OE 2-A.5</p> <p>Sensibilizar a los AM respecto a la importancia de la actividad física y la participación para sentirse bien.</p> <p>Esta actividad se realizará en el momento de la entrega domiciliaria del Recurso profundizando la intervención cuando se identifiquen AM que habiten solos.</p> <p>OG 1- OE 2.A.6</p> <p>Ofrecer acompañamiento para la inscripción y adaptación a las actividades escogidas</p>	Facilitadores contratados, equipos territoriales mixtos	Registro de la intervención a cargo de los responsables	Incremento relativo en la demanda de inscripción en las actividades respecto al año anterior. (%).
<p>OG 1- OE A.3. A.4</p> <p>Taller para trabajadores "Para no</p>	Director Hospital Geriátrico Provincial,	Fotografías	Planillas de Asistencia

tener que Internar” orientado a la reflexión sobre la necesidad de promover el EAS y trabajar la prevención de salud desde espacios no sanitarios ni asilares.	Coordinador Técnico		
OG 1- OE 3-A.7 Invitar a los AM a participar como capacitadores o voluntarios en instituciones del barrio Esta actividad se realizará desde los espacios culturales o recreativos en los que los AM participen, previo reconocimiento de sus capacidades potenciales	Tallerista, referente de la institución que convoca	Informe trimestral de los facilitadores contratados	Numero de Adultos Mayores incorporados como colaboradores en instituciones barriales.
OG 1- OE 4-A.8 Promover y apoyar la organización de festejos o encuentros que podrían ser realizadas al aire libre o en instituciones cedidas a ese fin.	E CCB La Tablada quipo de TS del HGP, equipos territoriales mixtos, facilitadores	Invitaciones	Fotografías de los eventos
OG 1- OE 4-A.8 Promover y acompañar la organización de salidas o paseos por la ciudad o la asistencia a espectáculos culturales como cine o música	CCB La Tablada, Equipo de TS del HGP, equipos territoriales mixtos, facilitadores	Convocatoria escrita	Fotografías de los paseos.

D.1.3 Cronograma de Actividades Módulo I- Participación

Actividades	Línea del Tiempo en meses a contar de la fecha de inicio del Proyecto																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
A1	x	X																						
A2		x	X																					
A3			x	x	X																			
A4		x		x		X																		
A5			x	x	X																			
A6			x	x	X																			
A7									x	x	X													
A8				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	X
A9				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x

■ Fecha de Inauguración de la Vivienda

D.1.4 Sostenibilidad

Del análisis de viabilidad se desprendió que este debía ser el módulo de inicio y atravesar la totalidad del tiempo de ejecución del Proyecto por varios motivos. Por un lado por su esencia, ya que ocupa el lugar del Fin del mismo. Por otro porque será el tiempo durante el cual la ejecución disponga de acompañamiento externo con funciones específicas para contribuir a la vinculación de los actores en una realización conjunta.

La sustentabilidad de este componente depende básicamente de la apropiación por parte de los trabajadores territoriales, los vecinos y los propios ciudadanos a los que se pretende beneficiar de su espíritu. Se trata de una apuesta a largo plazo en donde no se valora la sustentabilidad de los cambios sino el inicio de un proceso para hacerles lugar en la comunidad. El encuadre en recomendaciones internacionales, antecedentes analogables en políticas municipales y provinciales y los enunciados de las autoridades locales son elementos que indican se seguirá trabajando para detonar el proceso desde distintos espacios y propuestas locales.

D1.5- Presupuesto estimado del Módulo (a calcular en situación real)

ORGANIZACIÓN FINANCIADORA	CONCEPTO	CARACTERÍSTICAS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
					TOTAL MÓDULO

D.2 Módulo II- Salud

D.2.1 Situación problemática y objetivos

Este módulo se enmarca en la estrategia de Atención Primaria de la Salud aplicada como lo plantean los lineamientos de salud pública provinciales y municipales, con base a los que se organiza la Red Pública de Servicios de Salud.

Para ello se propone construir un dispositivo de seguimiento y cuidado integral de salud de las personas mayores auto válidas no institucionalizadas que habiten solas, tanto las que se muden al Hogar Compartido a crear en el marco del presente Proyecto como las que lo hagan en viviendas particulares.

Se denominara “Dispositivo de adscripción poblacional para AM autoválidos” para significarla como otras estrategias de priorización en uso en el sector de salud. Este dispositivo pretende privilegiar a las personas mayores cuyo efectivo ejercicio del Derecho a la Salud se encuentre especialmente afectado por la soledad en que habitan, sus condiciones materiales de vida o la existencia de un deterioro físico o psíquico que lo limita.

Se caracterizan por ser ciudadanos que por su propia situación de exclusión o aislamiento social se caracterizan por tener patrones de utilización de los servicios de salud muy irregulares. Desde las guardias y los servicios ambulatorios de las instituciones de salud se los considera como “situaciones-problema” porque es difícil intervenir en ellas con las prácticas habituales. Es que en el marco de un modelo asistencial que prioriza lo urgente y lo curable, por padecer enfermedades crónicas que empeoran con el paso del tiempo y consultan reiteradamente por los mismos motivos no suelen ser “casos” de interés para los profesionales ya que no es posible curar ni evitar el deterioro por la edad.

Estas PM muchas veces consultan tardíamente con cuadros que hubieran sido prevenibles porque sus pautas de alarma son escasas, lo hacen de manera discontinua o fragmentada sin generar vínculo (adscripción) con un profesional o equipo en particular que pueda hacer un seguimiento adecuado. Además muchas veces también sus problemas son abordados de manera fragmentada donde intervienen varios especialistas que indican distintos estudios y medicamentos sin analizar su situación desde una perspectiva integral. En consecuencia los resultados de los tratamientos indicados no son satisfactorios o las personas demuestran poca adherencia a ellos y por otra parte en algunos casos tienen dificultades para gestionar sus turnos o para desplazarse para las consultas y las prácticas.

Los problemas a resolver están relacionados con el acceso oportuno, el seguimiento adecuado y la continuidad del proceso de cuidado de la salud de estas personas. Se trata de definiciones que se orientan en el enfoque de derechos que parten de asegurar equidad en el acceso e integralidad en el proceso de atención para que la cobertura teórica por parte del sistema de salud sea real.

Por otra parte, en términos del principio de universalidad que es inherente al concepto de salud como Derecho, este dispositivo no discriminará personas con cobertura de la seguridad social (que tengan PAMI) si su condición de vulnerabilidad las incluyera como sujeto a ser priorizado. En esas situaciones atendiendo a las responsabilidades relativas de cada prestador de servicios y en función del respeto a la autonomía de dichas personas y su historia de vínculos la composición del dispositivo de adscripción será una construcción "ad-hoc" para cada situación pudiendo integrar trabajadores de la red provincial, municipal y/o de la seguridad social (PAMI) en el marco de un proyecto terapéutico que será construido con dicha persona, reservando el organismo responsable el derecho de reclamar el recupero de los gastos al tercer pagador responsable.

D.2.2 Actividades Propuestas en el Módulo Salud

ACTIVIDAD	ORGANIZACIÓN EJECUTORA	REGISTRO	INDICADORES
<p>OE 1- ACT 1</p> <p>Relevamiento domiciliario en el área barrial de los adultos mayores que habitan solos es un componente de la actividad de relevamiento descrita en el módulo participación</p> <p>Entre los elementos a identificar además de la soledad en el hábitat se interrogará sobre su referencia para la atención de la salud.</p>	<p>Facilitadores contratados, equipos territoriales mixtos (HGP/CSPasteur/CSVilla Manuelita)</p>	<p>Listado de personas, la institución de referencia y la existencia o no de cobertura social</p> <p>Listado</p>	<p>Número de AM que habitan solos identificados por institución barrial y en otras instituciones.</p>
<p>OE 2-ACT 2</p> <p>Análisis particularizado de las vinculaciones de estas personas con los servicios de Salud y procura de los números de historia clínica si existieran.</p>	<p>Facilitadores contratados, equipos territoriales mixtos HGP/CSPasteur/CSVilla Manuelita</p>	<p>Acta de reuniones Georeferenciación del domicilio de los AM relevados</p>	<p>Patrones de uso de la persona (frecuencia de consultas, cantidad de profesionales con los que se relaciona, uso de turnos programados o del día</p>
<p>OE 3- ACT 3</p> <p>Análisis particularizado de la situación de salud y necesidades de cuidado de cada persona relevada</p> <p>Por tratarse de una actividad que requiere analizar documentación clínica esta se prevé realizada en cada institución local y a cargo de los equipos en función de la preservación de datos privados.</p>	<p>Trabajadores de los equipos de las instituciones de salud del área (HGP/CSPasteur/CSVilla Manuelita)</p>	<p>Cuadro Resumen</p> <p>Listado de Problemas de Salud</p> <p>Listado de necesidades de cuidado</p>	<p>Indicadores de prevalencia de enfermedades</p> <p>% de personas según grado de dependencia</p>
<p>C OE 4- ACT 4</p> <p>Conformación de los Equipos Interdisciplinarios de Seguimiento y asignación de responsabilidades</p> <p>En función de vinculaciones previas, distancia y necesidades de cuidado se conformarán equipos que podrán combinar trabajadores de distintas instituciones, incluyendo seguridad social</p>	<p>Trabajadores de los equipos de las instituciones de salud del área HGP/CSPasteur/CSVilla Manuelita</p>	<p>Registro en sistema informática municipal de la HC vinculada al profesional a cargo del equipo</p>	<p>Composición y numero de los equipos responsables</p>

OE 4- ACT 5 Visita domiciliaria para el planteo de la propuesta de adscripción y establecimiento de canales de contacto	Equipos Integrados de Seguimiento	Registro de TS	Listado de AM a cargo para cada equipo. Registro de la Visita en sistema informático
OE 4- ACT 6 Construcción del Proyecto Terapéutico Compartido	Equipos Integrados de Seguimiento	Registro en HC ambulatoria	Registro de la Visita en sistema informático
OE 5- ACT 7 Seguimiento del caso para asegurar la continuidad del proceso asistencial acorde a lo comprometido en el para asegurar la continuidad del proceso asistencial acorde a lo comprometido en el PTC	Equipos Integrados de Seguimiento	Registro en HC ambulatoria	Lectura de Visitas, Consultas y Prácticas en reportes del sistema informático.

D.2.3 Cronograma de Actividades Módulo II- Salud

Actividades	Línea del Tiempo en meses a contar de la fecha de inicio del Proyecto																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
A1		x	x	X	X																			
A2			x	X	X																			
A3					x	x	X																	
A4						x	X																	
A5							x	X	X															
A6							x	X	X															
A7									x	x	X	X	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X

■ Fecha de Inauguración de la Vivienda

D.2.4 Sostenibilidad

Del análisis de viabilidad se desprendió que este módulo, más allá de que la cobertura real alcance a la población total de las personas mayores que viven solas podría ser el de mayor sustentabilidad por varios motivos. Por un lado, no requiere contratación de

recursos humanos especiales ya que se cuenta con los trabajadores necesarios en los establecimientos de salud, los que se encuentran revisando sus prácticas justamente para adaptarlas a las necesidades de seguimiento de las personas, especialmente en el ámbito municipal. También este componente del Proyecto se encuadrará en los lineamientos que orientan la gestión del/los organismos responsables al pertenecer al sector salud, el que por otra parte por su presencia histórica y cotidiana en el área es el que posee alianzas territoriales más desarrolladas entre sí y con otros sectores. Por último, la propuesta de actividades además de su encuadre apela a la utilización de mecanismos de registro y evaluación pre-existentes haciendo más natural su implementación. El relevamiento inicial, realizado en el otro módulo sin duda proveerá datos de importancia para las instituciones de salud a partir de los cual podrían surgir interrogantes sobre sus modelos de cuidado. En sentido contrario se estima que por su significación en la sociedad y el poder relativo del sector salud al interior del Estado la legitimación de la propuesta de EAS con responsabilidades en ese sentido a cargo de otros sectores, concentrando a los equipos de salud en la dimensión del cuidado que se corresponde con su especificidad nuclear sería un facilitador de nuevos momentos de acercamiento y sinergia entre sectores.

D.2.5 Presupuesto estimado del Módulo (a calcular en situación real)

ORGANIZACIÓN FINANCIADORA	CONCEPTO	CARACTERÍSTICAS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
					TOTAL MÓDULO

D.3 Modulo III. Hábitat

D.3.1 Situación problemática y objetivos

En el área barrial de referencia para este Proyecto nos encontramos con una problemática relativa al hábitat de las personas mayores que combina distintas cuestiones y dimensiones. En primer lugar, entre las viviendas de vulnerabilidad extrema del llamado Cordón Ayacucho según la trabajadora social del Hospital Geriátrico existirían algunas (no llegarían a 15) que son unipersonales y están habitadas por personas bastante mayores de 60 o 65 años, autoválidas.

Se trata de viviendas pequeñas, ubicadas en terrenos fiscales, construidas en gran parte con materiales como chapa o cartón en la que estas personas mayores habitan absolutamente solas. Muchas son estructuras que no alcanzan a protegerlos de las inclemencias del tiempo como el frío, el calor o la lluvia. Estos ciudadanos han quedado solos porque enviudaron, no han tenido hijos o han roto las relaciones con ellos. En sus casas el acceso al agua corriente está fuera de la casa, no tienen baño instalado, la conexión eléctrica es clandestina o no existe y en síntesis representan condiciones que no son dignas para la vida humana.

Tratándose de adultos mayores la situación empeora porque su vulnerabilidad es creciente y los riesgos para la vida se irán en aumento con el paso del tiempo. Eso exige la toma de medidas urgentes en términos de priorizar su Derecho a la Ciudad, a la Vivienda, a la Salud y a la Vida para que su proceso de envejecimiento pueda ser activo y saludable.

A esta realidad hay que agregar que hay personas mayores han quedado en la calle por no poder pagar los costos de un alquiler, porque han roto los lazos con los familiares que las alojaban o sencillamente vivían en situación de calle desde hace tiempo pero el deterioro propio de la edad los lleva a procurar una vivienda adecuada en este momento. Estas, como otras situaciones habitacionales que no son tan extremas también deben ser atendidas en perspectiva de Derechos Humanos quedando registradas para decisiones que escapen las posibilidades de este Proyecto. Por ejemplo hay adultos mayores que habitan en viviendas de material que habrían sido aptas pero se deterioraron por falta de mantenimiento, sea porque sus ingresos no le permiten reparar lo que se va rompiendo o porque no pueden ocuparse o no se sienten motivados

a ello. Estas personas no sólo padecen la falta de compañía y no alcanzan a cubrir sus necesidades materiales, también van acumulando problemas sin resolver que aumenta el malestar.

La conjunción de problemas como pobreza y la soledad suele dejar a los adultos mayores en situación de exclusión, especialmente en las grandes concentraciones urbanas donde la fragmentación social determina indiferencia respecto de las cuestiones del vecino y hasta hostilidad. Referentes de HGP comentan que con frecuencia vecinos o instituciones solicitan la internación para dichas personas, sin que eso surja de una demanda de las mismas, como un acto piadoso de institucionalización que remite al actual Hospital como si aún fuera un asilo de indigentes ancianos. Demandas similares originadas o consentidas por los AM que sufren el problema son justamente las que están superando la capacidad presupuestaria para pagar pensiones u hogares privados de la Dirección Provincial de Adultos Mayores, y las que hacen que las plazas del Hogar Municipal sean siempre insuficientes.

La procura de la intervención en esta problemática se propone generar una nueva entidad a la que llamamos **“Hogar Compartido para Personas Mayores”** como experiencia piloto de un sistema de dispositivos para AM que pretende extenderse. La idea tiene referencias múltiples: algunas son iniciativas extranjeras de orden estatal o privado que se están extendiendo en los países desarrollados como opción de vivienda para compensar la soledad y el aislamiento y otras las “Casas de Medio Camino” que surgen como alternativa al manicomio el ámbito de Salud Mental. Estas últimas empezaron a utilizarse en el sector público provincial en el marco de una estrategia de desarrollo de dispositivos alternativos a la internación. Estos dispositivos a la vez de hábitat y terapéuticos son reconocidos por su eficacia desde el Enfoque de Derechos, y también por su eficiencia económica. Las similitudes encontradas entre las necesidades de las personas Mayores de barrios pobres y los usuarios de servicios públicos de salud mental tienen que ver justamente con que la vulneración de sus derechos no sólo se vincula a la problemática que les afecta por su edad o situación de salud. Esas cuestiones cobran otro significado al quedar inmersas en un especial entramado de determinaciones políticas, económicas, familiares, culturales y sociales que afecta sus condiciones de vida y aumenta la exclusión.

La nueva figura estatal que se propone crear como ejemplo de una alternativa posible para más personas quedaría a *“medio camino”* entre la vivienda familiar y la institución

hospitalaria o asilar, entre los servicios de salud y los de otras áreas de ejecución de políticas sociales y entre las organizaciones de la comunidad y las del Estado. Además de alojar a los AM en condiciones dignas y compensar su soledad, su atravesamiento por todas las políticas públicas existentes en el territorio como nodo de una red integral de inclusión y cuidado sería la verdadera innovación para promover la inclusión social, la participación y el fortalecimiento de la autonomía de estas personas.

D.3.2 Actividades propuestas en el Módulo Hábitat

ACTIVIDAD	ORGANIZACIÓN EJECUTORA	REGISTRO	INDICADORES
<p>OE1.A1 Confeccionar un listado de PM que habitan solos en viviendas críticas.</p> <p>La identificación de la criticidad de las viviendas y la condición de soledad será un elemento a relevar en el momento de la distribución del Recurso y las primeras intervenciones del módulo participación. A partir de estos datos se construiría la lista</p>	<p>Responsable técnico del Proyecto y otros integrantes de la Mesa Barrial La Tablada, Director Municipal de Hábitat</p>	<p>Planilla especial a esos fines</p> <p>Georeferencia</p>	<p>Cantidad de personas en situación habitacional crítica.</p> <p>Agrupamiento por grado de criticidad en tres grupos (combinando NBI con edad, inexistencia de jubilación y de referencia con institución de salud.</p>
<p>OE1.A2 Organizar actividades compartidas tipo taller para promover relaciones entre estas PM.</p>	<p>Facilitadores contratados, equipos del Hospital Geriátrico Provincial y del CCB La Tablada/</p>	<p>Registro de asistencia, fotografías</p>	<p>Cantidad de invitados</p> <p>Cantidad de participantes</p>
<p>OE1.A3 Clasificarlos en grupos de 8 según criterios de prioridad, compatibilidad y proximidad observada en las actividades de taller</p>	<p>Facilitadores contratados, equipos del Hospital Geriátrico Provincial y del CCB La Tablada/</p>	<p>Planilla especial a esos fines</p> <p>Georeferencia</p>	<p>Cantidad de Grupos</p> <p>Composición de los grupo</p> <p>Mapeo delimitando área por grupo.</p>
<p>OE2.A4 Definir las características de la vivienda Requeridas. Se propone utilizar como referencia los criterios de habilitación de las Casas de Medio Camino establecidos por IAPOS para el reconocimiento de prestaciones de Salud Mental.</p>	<p>Responsable técnico, referentes de la Dirección de Hábitat</p>	<p>Memoria Descriptiva</p>	<p>Croquis de la idea</p>
<p>OE2.A5 Relevar la existencia de inmuebles (edificios o terrenos) que puedan ser afectados, adquiridos o alquilados.</p>	<p>CCB La Tablada, Dirección de Hábitat, otras instituciones del barrio, facilitadores contratados</p>	<p>Listado y caracterización breve</p>	<p>Agrupación por categorías (edificios para alquilar, remodelar o comprar,) terrenos públicos o para comprar.</p>
<p>OE2.A6 Escoger la alternativa y hacer las gestiones catastrales y administrativas para disponer del espacio.</p>	<p>Director Técnico del Proyecto, Director de Hábitat</p>	<p>Actas de reunión</p>	<p>Definición en torno a lo que sería el enclave de la vivienda compartida un área de 20 cuadras a la redonda para superponer con los grupos.</p>
<p>OE2.A6.7 Elaborar los documentos (contrato, proyecto</p>	<p>Equipos de arquitectura de Salud</p>	<p>Planos Convenios</p>	<p>Legajo de Obra de construcción o</p>

de obra) y un plan de trabajo.	y/o Dirección de Hábitat		adecuación concluido
OE3.A8 Convocar al primer grupo priorizado para explicar la propuesta	Responsable técnico del Proyecto. Facilitadores contratados	Invitaciones Fotografías	Actas de reunión, acta acuerdo
OE3.A9 Construcción colectiva de un proyecto de convivencia.	Facilitadores contratados, trabajadores de salud	Fotografías	Reglamento de Convivencia firmado por todo el grupo
OE3.A10 Gestión participativa del equipamiento y la ambientación de la vivienda	Dirección de Hábitat, facilitadores contratados, responsable técnico del Proyecto	Registro de Reuniones	Listado de necesidades de equipamiento
OE1.A11 Acompañamiento para la organización de un festejo de inauguración convocando a familiares, amigos, vecinos	Facilitadores contratados, otros trabajadores territoriales	Registro de Reuniones	Fotografías del Festejo Publicación en Medios locales de la noticia

120

¹²⁰ Nota de las autoras: En este módulo la descripción de actividades no tiene anclaje alguno en la realidad, ni siquiera indirecto a partir de referencias de actores locales. De todos modos el cuadro se ha construido a modo de ejemplo en un juego de simulación ya que cuestiones financieras, de disponibilidad de inmuebles y burocrático administrativas tendrían que indagarse en profundidad al respecto. De este modo la creación de la vivienda queda abierta a diversas posibilidades como la adecuación de un edificio estatal, de una vivienda privada que podría ser cedida en comodato comprada o alquilada o la compra de un terreno para la construcción de la vivienda. De estas decisiones se desprenderían las actividades vinculadas al espacio a habitar, mientras que las demás respecto a la conformación de los grupos son sugerencias técnicas de absoluta responsabilidad de las autoras, no necesariamente viables. En el marco de este Proyecto y por cuestiones de viabilidad se opina que las alternativas de alquiler o cesión en comodato son las opciones más ágiles para la creación del Primer Hogar Compartido. La administración estaría en manos de la institución Estatal que dispusiera de la vivienda y si se avanzara en la regulación de la asistencia de AM por parte de la seguridad social en viviendas compartidas como es la tendencia a corto plazo, si los responsables administrativos fueran la SSP u el HGP se haría posible recuperar los fondos desde la seguridad social a través del CUF Municipal o el Consejo de Administración del HGP.

D.3.3 Cronograma de Actividades Modulo III-Hábitat

Actividades	Línea del Tiempo en meses a contar de la fecha de inicio del Proyecto																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
A1		X	X																					
A2				x	x	x	X																	
A3					X	x	x	x																
A4		X	x																					
A5		X	x	X																				
A6					X																			
A7				x	x	X																		
A8									X	X														
A9										x	x	X												
A10												x	X											
A11														X	X									

■ Fecha de Inauguración de la Vivienda

D.3.4 Sostenibilidad

La viabilidad de este Módulo estará determinada justamente por la existencia de una necesidad percibida desde distintas instituciones estatales de AM de construir alternativas a lo existente en perspectiva de Derechos y por los compromisos tomados por los tres niveles de la administración estatal con los ODS/ONU que son el principal encuadre de este proyecto. Por otra parte se prevé un indudable incremento de la demanda en términos de la crítica situación económica y un creciente envejecimiento de la población creciente. Además lo harán sustentable en términos de su intersectorialidad la existencia de un ejercicio previo en el territorio de articulación

para el Plan ABRE y el Programa Nueva Oportunidad que facilitará la realización de nuevos acuerdos intersectoriales a formalizar en el marco de la ejecución de este Proyecto. Otro factor de sustentabilidad será el acompañamiento de la experiencia a cargo de un equipo interdisciplinario en terreno para procurar que su desarrollo sea adecuado a los objetivos. Y finalmente la sustentabilidad en lo económico aparece de la posibilidad de recuperar recursos de fuentes del seguro federal de salud, el PAMI o el IAPOS para su mantenimiento. Justamente en este último sentido se propone que el Proyecto, más allá de su intersectorialidad, tenga anclaje formal en el sector salud.

La posibilidad de habilitación y registro tanto provincial y municipal del Hogar Compartido como institución de salud para AM en el marco de la propuesta de EAYs de la OMS y la existencia de mecanismos administrativos que lo permiten en ambas administraciones (el CUF en la municipalidad y la descentralización en los establecimientos provinciales) fueron elementos decisivos en términos de viabilidad. Se consideraron pensando en la sustentabilidad financiera pensando en el recupero de recursos del tercer pagador que por tratarse de seguros de salud, no reconocerían el pago de servicios del área de desarrollo social o cultura más que como subsidios excepcionales. Por otra parte la existencia de recursos humanos disponibles en ambas administraciones para conformar equipos de soporte fue otro de los elementos de sostenibilidad valorado.

D.3.5 Presupuesto estimado del Módulo (a calcular en situación real)

ORGANIZACIÓN FINANCIADORA	CONCEPTO	CARACTERÍSTICAS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
					TOTAL MÓDULO

D.4 Módulo IV- Acompañamiento Social

D.4.1 Situación problemática y objetivos

Como otros lugares de la ciudad, en el área barrial de Proyecto hay AM que habitan solos en francas condiciones de exclusión social. Se conoce que la exclusión no implica sólo carencia de cuestiones materiales, hay otras dimensiones de necesidades no cubiertas. En el AM solo desde los servicios de salud se identifican como factores de riesgo por ejemplo la ausencia de redes familiares o sociales de contención, el consumo de alcohol, las situaciones de violencia. Sin embargo hay otro orden de faltas que no siempre se tienen en cuenta como podría ser el acceso a la información por dificultad para leer, las dificultades para comprensión de un cartel por bajo nivel educativo, el desconocimiento o la dificultad para relacionarse con ciertas tecnologías de la información o comunicación como un celular, una computadora o un cajero automático, hasta la existencia de obstáculos al momento de utilizar el equipamiento doméstico con control remoto o el equipamiento urbano más elemental (ascensores, escaleras mecánicas, tarjetas de colectivo, dispositivos automáticos para sacar un turnos en el banco, el ANSES o el PAMI).

Estas cuestiones y la inhibición que el registro de dichos límites le genera a la persona, que por otra parte van siendo crecientes con la edad, suele ser con frecuencia el motivo por el que en los barrios más vulnerables no acceden a los beneficios más elementales que Estado dispone para ellos en los sistemas de Protección. Muchas veces para evitar avergonzarse, ser discriminados o estigmatizados ni siquiera acceden a tramitar sus pensiones, sus jubilaciones, los descuentos para jubilados, los subsidios económicos que necesitan, los pases de transporte, etc. Esas condiciones que cuando eran jóvenes limitaron sus posibilidades de empleo y le dejaron sólo la opción de acceder a aquellas tareas más desvalorizadas socialmente y peor pagadas, profundizan su situación de desventaja cuando por ser mayores ya no son aceptados en un trabajo. Si se trata de personas que tienen contención familiar o una red social que los apoya generalmente aparecen otras personas que subsidian esas funciones que no pueden asumir por ellos mismos, pero si eso no existe quedan por fuera del alcance de todo intento de protección con los sistemas tradicionales cuyo modelo de atención fue tomando forma con la demanda que llega a ellos

En síntesis, aun existiendo sistemas de protección a su disposición estas barreras socio culturales muchas veces impiden el ejercicio de los derechos, lo que agudiza y redobla su marginación, baja su autoestima, aumenta el aislamiento, hay mayor pérdida de autonomía, situaciones todas que deterioran tanto la calidad de vida como para poner en riesgo la continuidad de la misma. Sin embargo, los mayores pueden seguir aprendiendo. La idea es apoyarlos para estas gestiones y tramitaciones para acceder beneficios que le corresponden por Derecho e ir capacitando para el desarrollo de las habilidades mínimas requeridas para que puedan hacerlo luego solos. Esto recrearía el asistencialismo clásico para convertirlo en un proceso educativo para que los AM vayan generando conciencia de sus derechos y construyan autonomía para poder ejercitarlos. Si bien este módulo será aplicado a todas las personas mayores que habiten solas en situaciones muy críticas, sin duda el cumplimiento de los objetivos se facilitará aún más entre aquellas personas que vayan a habitar la vivienda compartida. La convivencia en grupo también puede ser explotada en su potencial para aprendizajes a través de un acompañamiento próximo para el desarrollo de capacidades grupales por complementariedad entre las capacidades individuales; como por ejemplo alguien que sabe leer pero tiene dificultad para orientarse en la ciudad y otro conviviente se encontraría en la situación inversa, lo mismo con los celulares, los artefactos domésticos, las gestiones web o los cajeros automáticos. Podría ser posible que alguien que se familiarice rápido con la tecnología no supiera cocinar o no fuera diestro para otros quehaceres como coser.

D.4.2 Actividades propuestas en el Módulo Habitacional

ACTIVIDAD	ORGANIZACIÓN EJECUTORA	REGISTRO	INDICADORES
OG4.OE1.A1 Construir, con escucha activa, dietas y recetas saludables	Facilitadores contratados Trabajadores de Salud	Cuaderno diario del trabajador, carga de la prestación en sistemas informáticos de salud	Informes trimestrales dispositivo de adscripción
OG4.OE1.A2 Tramitar subsidios para alimentación especial o carencias extremas	Facilitadores contratados. TS de las instituciones	Cuaderno diario del trabajador, carga de la prestación en sistemas informáticos de salud	N° tramites gestionados N° trámites aprobados
OG4.OE2.A.3 Acompañar la gestión de las jubilaciones y pensiones a quien no las tiene	Facilitadores contratados. TS de las instituciones	Cuaderno diario del trabajador, carga de la prestación en sistemas informáticos de salud	N° tramites gestionados N° trámites aprobados
OG4.OE2. A.4 Gestionar beneficios de transporte, impuestos, servicios domiciliarios	Facilitadores contratados. TS de las instituciones	Cuaderno diario del trabajador, carga de la prestación en sistemas informáticos de salud	N° tramites gestionados N° trámites aprobados
Acompañar la inscripción en PAMI o INCLUIR SALUD si correspondiere OG4.OE2.A.5	Facilitadores contratados. TS de las instituciones	Cuaderno diario del trabajador, carga de la prestación en sistemas informáticos de salud	N° tramites gestionados N° trámites aprobados
OG4.OE2. A6 Tramitar turnos en centros de salud o gestionar las visitas domiciliarias	Facilitadores contratados. TS de las instituciones	Cuaderno diario del trabajador, carga de la prestación en sistemas informáticos de salud	% asistencia a los turnos programados
OG4.OE3 .A7 Acompañar la gestión de soluciones para problemas de hábitat. (reparaciones, equipamiento)	Facilitadores contratados. TS de las instituciones	Cuaderno diario del trabajador, carga de la prestación en sistemas informáticos de salud	Satisfacción de los AM expresada en su relato
OG4.OE4.A8 Educar para la adaptación a las nuevas tecnologías y la organización grupal (cajeros electrónicos ,tramites web, whatsapp, actividades cotidianas en la vivienda)	Facilitadores contratados. TS de las instituciones	Cuaderno diario del trabajador, carga de la prestación en sistemas informáticos de salud	Satisfacción de los AM expresada en su relato

D.4.3 Cronograma de Actividades Módulo IV-Acompañamiento Social

Actividades	Línea del Tiempo en meses a contar de la fecha de inicio del Proyecto																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
A1						X																		
A2							x	x	X															
A3							x	x	x	x	x	X												
A4							x	x	x	x	x	X												
A5															x	x	x	X						
A6				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
A7																x	x	x	x	x	x	x	x	X
A8							x	x	x	x	x	x												

■ Fecha de Inauguración de la Vivienda

D 4.4 Sustentabilidad

Una particularidad de este módulo es que tanto los facilitadores del Proyecto como los TS de las instituciones del territorio trabajarían con los las personas mayores que habiten solas en especiales situaciones de criticidad, aquellas que constituyen el listado inicial del relevamiento para posibles beneficiarios de la vivienda asistida. Las actividades a realizar por los profesionales, que fueron deliberadamente definidas como de acompañamiento o de apoyo y no de asistencia, ya que implican básicamente una función educativa mientras se realiza con y para ellos la gestión o la actividad.

De tal manera se espera que al cabo de un tiempo esa asistencia deje de ser imprescindible porque los AM habrían accedido a los beneficios que les correspondieran y básicamente podrían auto-gestionar futuras necesidades similares o buscar el apoyo en vecinos o referentes barriales porque habrían aprendido a hacerlo. En el caso de los AM que se instalen en la vivienda compartida también habrían aprendido a compartir tareas y complementarse para resolver problemas del grupo e individuales. Por eso este módulo, por su transitoriedad intrínseca no requiere un compromiso de sustentabilidad y su éxito descansa en los grados de autonomía que los AM logren en la interacción educativa con los facilitadores.

D.4.5 Presupuesto estimado del Módulo (a calcular en situación real)

ORGANIZACIÓN FINANCIADORA	CONCEPTO	CARACTERÍSTICAS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
					TOTAL MÓDULO

PARTE E: PRESUPUESTO GENERAL DEL PROYECTO

E.1 Presupuesto General por Módulo

(es la suma de los totales por módulo)

MÓDULO	PRESUPUESTO
I - Participación	
II - Salud	
III - Hábitat	
IV - Acompañamiento Social	
TOTAL PROYECTO	

E.2 Presupuesto General por Organismo y Concepto (a definir en situación real)

CONCEPTO	ORGANISMO				MONTO	TOTAL
	SSPMR	HGP	DMHR, EL	OCID		
RRHH						
Equipamiento						
Insumos						
Comunicación						
Capacitación						
Breaks						
Remodelación						
Transporte						
Varios						
TOTAL PROYECTO						

121

¹²¹ Nota de las autoras: Los rubros o conceptos del gasto previsto se han establecido arbitrariamente. Lo mismo respecto a los organismos aportantes que se han consignado a modo de ejemplo bajo un supuesto de asociación entre la Secretaría de Salud Pública Municipal (SSPMR), el Hospital Geriátrico Provincial (HGP), la Dirección Municipal de Hábitat de la ciudad de Rosario (DMHR) y algún Organismo de Cooperación Internacional para el Desarrollo al que se apelara para la cofinanciación del Proyecto. Aunque podrían ser otros, una sola institución, una institución y un OCID, un número superior a cuatro. En todos los casos el monto se desprende de las sumas de los gastos por concepto o rubro que se hayan previsto para el desarrollo de las actividades dentro de cada módulo.

Parte F: CRONOGRAMA DE TRABAJO Y PLAN DE INVERSIÓN

(A ser construido en territorio, en situación real de programación)

Se debe considerar que el plan de inversión es sólo uno. No está modulado, aunque la previsión de desembolsos deberá ser calculada de manera global para que se pueda garantizar la ejecución de las actividades previstas en todos los módulos del Proyecto. En ese sentido a lo largo del proyecto habrá desembolsos únicos a realizar en un determinado mes como la compra de equipamiento o de un inmueble si eso sucediera, otros a realizar con cierta periodicidad como los gastos de funcionamiento o insumos para sostener las actividades de ciertos módulos si los hubiera y otros sistemáticos con frecuencia mensual como por ejemplo la contratación de facilitadores.

Parte G: EVALUACIÓN Y RENDICIÓN

La ejecución del presupuesto del presente proyecto estará sujeta a las normas de administración contable que rijan para todas las compras y contrataciones de la administración a la que pertenezca el organismo responsable (Provincia de Santa Fe o Municipalidad de Rosario).

Por tratarse de procesos administrativos informatizados, en caso de financiamiento desde la Cooperación Internacional, los reportes de dichos sistemas se constituirían en los indicadores de evaluación del proceso de gestión del Proyecto. Mientras que los comprobantes de compra y pago serían los elementos de verificación puestos a disposición de los financiadores en cada instancia de rendición de cuentas. Estas, como es costumbre, se realizarían en los plazos y con los instrumentos por esta entidad dispuesta.

Por otra parte, la evaluación del proceso de implementación del Proyecto, en términos de concreción de las actividades podrá ser evaluado a través de la observación directa (que en el nivel local será cotidiana y estará a cargo de los responsables del Proyecto) como así también por la verificación periódica de los registros que fueron establecidos para dar cuenta de cada actividad y los indicadores de proceso, los que en su mayoría son cualitativos debido al tipo de intervención que se plantea.

Los mecanismos de evaluación tanto del proceso de ejecución financiera del Proyecto como el de la concreción de acciones serían compartidos y discutidos entre todos los actores participantes en espacios trimestrales de auto-evaluación a los que se convocaría a otras instituciones de la comunidad y a los adultos mayores a los que se dirigen las intervenciones. Por las características del Proyecto se estima que con la misma periodicidad y con posterioridad al encuentro de autoevaluación los facilitadores elevarían un informe a las autoridades superiores de cada administración y en caso de existir a la entidad de financiamiento externa.

En algún momento había que producir un escrito que cumpliera con los requisitos para ser presentado como trabajo final de carrera. Como amigas y alumnas “crónicas” nos juntamos para hacernos compañía y darnos impulso para poder cerrar nuestro proceso de formación de grado. Lo importante era llegar a hacerlo, mucho más que los resultados. Elegimos transitar una experiencia alternativa, que se nos presentaba como oportunidad y también como desafío, en la que nos propusimos articular contenidos de dos carreras y sólo tendríamos que armar juntas un proyecto que sirviera para gestionar Cooperación Internacional para el Desarrollo. Eso nos pareció muy sencillo porque el campo de la intervención era salud y era el que más conocíamos las tres.

La primera verificación de la conflictividad de una construcción interdisciplinaria no necesitó salir del ámbito universitario y formal. No hablábamos todavía de los contenidos curriculares, sino de ciertas naturalizaciones que nos conducían a ubicar las prácticas de cada una de las carreras en espacios sin puntos de contacto aparentes. Por un lado el Trabajo Social se veía habilitado para la planificación y gestión de necesidades salud tanto en el plano singular como colectivo, sólo en el nivel territorial y como complementario de las disciplinas consideradas específicas de campo de la salud. Por el otro, el trabajo de quienes egresan de Relaciones Internacionales estaba legitimado por ejemplo en un espacio diplomático o super-estructural de Gobierno donde se gestionaran acuerdos entre países u organizaciones de distintos países, sin que eso requiriera ninguna profundización respecto a las especificidades de estos acuerdos, porque en otros espacios técnicos se ponían en discusión dichos contenidos.

Las primeras conversaciones nos llevaron a interrogar estas afirmaciones y revisar las competencias e incumbencias profesionales en los documentos formales. No teníamos profesionales de la salud en el equipo. Las preguntas sobre competencias e incumbencias de cada quien y pertinencia del tema de tesis fueron recurrentes. En muchos momentos también interrogamos nuestras elecciones y llegamos a considerar que tal vez fueran las excusas perfectas abandonar de nuevo antes de la meta. La verdad es que costó mucho encontrar los acuerdos para poder producir, primero con los tutores y luego entre nosotras.

En el ámbito académico, donde nos formamos para el ejercicio profesional empiezan a demarcarse los límites que luego configuran los respectivos mercados de trabajo, de hecho son esos mercados los que se habilitan como espacios de práctica para prepararnos antes de ingresar a ellos. En las universidades se definen las competencias o conjunto de habilidades y conocimientos respecto al segmento del saber sobre el que se estudia. Al atravesar las dos dimensiones (teórica y práctica) del trayecto formativo también se nos transfieren ciertos valores que se incorporarán a nuestra identidad profesional para expresarse luego en acto, en nuestras prácticas. Si la cuestión de la identidad profesional es siempre una cuestión conflictiva para cualquier estudiante, lo es especialmente para las estudiantes de Trabajo Social porque al interior de la disciplina hay muchas discusiones al respecto que no se han agotado.

Lo cierto es que en las instituciones que conocimos, sea en las prácticas o en el trabajo, son espacios poblados en su mayoría de profesionales prototípicos, también pudimos observar la existencia de “*mutantes*” y eso prácticamente de todas las profesiones. Otra cosa que percibimos, es que así como había territorios claramente delimitados, quedaban claros o espacios libres que rompían la homogeneidad del tejido institucional de los que con frecuencia surgían propuestas de transformación, donde con más frecuencia podíamos identificar a esos “*mutantes*” confrontando con los prototípicos. Los espacios de planificación y gestión que pudimos observar más de cerca los tenían y había de todas las profesiones. Eso sucedía aunque en los espacios de trabajo en una trama donde aparentemente sólo tenían cabida las profesiones y los profesionales que se “adaptaban” al Modelo Médico Hegemónico.

Teníamos claro nuestras intenciones: queríamos mostrar que era posible el encuentro disciplinar, que el ámbito de la planificación y gestión de las políticas públicas no debería estar vedado para ninguna de las profesiones, que siempre vale la pena intentar transformar la realidad aunque sea un poquito. Pensamos que la elaboración de un plan o proyecto en conjunto cumpliría con los requisitos académicos de dar cuenta de manera integrada de lo aprendido durante el cursado de cada carrera. Por eso festejamos la decisión de abrir el juego para un trabajo integrador final de producción grupal e interdisciplinario apostando a validar el mecanismo al inaugurarlo y de paso rebatir algunas de esas naturalizaciones que mencionamos más arriba.

El trayecto compartido por el Ministerio de Salud nos había permitido ver que la adecuación de las profesiones al Modelo Médico Hegemónico no tenía que ver tanto con la formación en ciencias de la salud como con los modos de interpretar e intervenir en dicho campo.

El producto al que llegamos todavía no termina de sorprendernos. No responde a ninguna de nuestras “imágenes objetivo” previas de tesis o proyecto y suponemos que tampoco lo hace a la que pudieron haber construido los directores. De algún modo el trabajo fue tomando su propia forma y sin embargo nos pertenece, a cada una y a todas como grupo. Es lo que nos animó a cerrarlo en este punto.

Eso sucedió luego de una secuencia de varios borradores descartados donde las mismas cosas cambiaban de posición dentro del texto y no podíamos pasar al momento de armar la propuesta de intervención. Releyendo lo que habíamos compilado apareció algo así como un collage con tantas ideas sobre la intervención en Salud Pública como concepciones sobre el colectivo social y el Estado había en las fuentes consultadas. Como si eso fuera poco, caímos en cuenta que el enfoque metodológico para planificar la propuesta de intervención carecía de la neutralidad que le suponíamos. Nunca sabremos cuándo ni cómo la forma de la propuesta de intervención se había convertido en un fin en sí mismo

Sin duda ese fue el mayor nudo de conflicto en el que luego de reflexionar, discutir y consultar nos vimos obligadas a tomar posición. Eso no sucedió sin que hubiera renunciamentos o corrimientos dolorosos del lado de una u otra mirada disciplinar. Lo cierto es que luego de tanto discutir, cuando nos animamos a hablar en primera persona, a hacer afirmaciones o valoraciones fundadas en nuestras percepciones sin que eso requiriera una referencia bibliográfica autorizada, el texto empezó a fluir.

Terminamos armando un diario del viaje lleno de tropiezos que atravesamos juntas y saliendo del centro de la escena concretamos una propuesta de intervención que es impura y está inacabada pero creemos que tiene utilidad para cumplir con los compromisos tomados, especialmente con los docentes y los actores territoriales que estaban esperando ver “el Proyecto” que les habíamos prometido.

Como problemática para esa intervención habíamos elegido la prevención de la salud de las personas mayores porque era un grupo vulnerable cuyas necesidades de cuidado no parecían estar siendo suficientemente registradas en nuestro medio. Para buscar los puntos de encuentro entre las carreras, entre otras cosas fuimos indagando sobre la Salud Internacional, los Organismos Sectoriales como la OPS/OPS, la Cooperación Internacional, las tensiones entre el Enfoque de Derechos Humanos y el del Desarrollo, entre el Sanitarismo y la Salud Colectiva. Mientras nos metíamos en ellos para tener para poder plantear nuestra propuesta cada tema era un descubrimiento sobre el que nos decíamos que sería lindo saber más. Nada podía decirnos hace unos meses que como consecuencia de la pandemia por CoVid19 al momento de cerrar el trabajo estas cuestiones estarían en la agenda cotidiana de todas las conversaciones, los discursos técnicos, políticos, los medios de comunicación, las redes sociales y las mesas familiares.

Tampoco podíamos predecir que en la UNR las ofertas de capacitación en Salud Internacional y Cooperación iban a estar acercándose a nuestra Facultad y no a la de Ciencias Médicas. Aunque lo que podía haber sido novedoso de nuestra tesis dejó de serlo, sinceramente esperamos que las necesidades de las personas mayores no salgan de escena cuando la pandemia deje de ponerlas en vidriera y lo sucedido movilice transformaciones que las reconozcan como sujetos de derecho.

Por último, queremos compartir que conversando entre nosotras respecto a la metáfora del viaje que usamos para organizar el relato caímos en cuenta que en verdad habíamos viajado. Hicimos “*un viaje de ida*” de esos de los que no se vuelve al lugar de origen salvo que sea como visitante. Creemos que partir de él, la búsqueda de interdisciplina, que por momentos parecía un propósito casi caprichoso, será un hábito “saludable” que nos puede quedar como marca de esta experiencia. Aun a pesar de que con el ejercicio aprendimos que no es un enunciado de deseo o una intención romántica, que hace sufrir un poco y requiere un esfuerzo reflexivo-creativo que no teníamos bien dimensionado trae beneficios.

REFERENCIAS

- ACI Agencia de Cooperación e Inversión de Medellín y el Área Metropolitana
- AMMA Asociación Médicos del Mundo Argentina
- ASPO Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio
- ATE Asociación de Trabajadores del Estado
- AUH Asignación Universal por Hijo
- CAPS Centro de Atención Primaria de la Salud
- CCB Centro de Convivencia Barrial
- CE Comunidad Europea
- CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- CICOP Asociación Gremial de Trabajadores de Salud de la Argentina
- CID Cooperación Internacional al Desarrollo
- CLACSO Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
- CSM Centro de Salud Municipal
- CUS Cobertura Universal de Salud
- DDHH Derechos Humanos
- EAS Envejecimiento Activo y Saludable
- EML Enfoque de Marco Lógico
- MAPP Método Altadir de Planificación Popular
- OCDE Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
- ODM Objetivos de Desarrollo del Milenio
- ODS Objetivos de Desarrollo Sostenible
- OMS Organización Mundial de la Salud
- ONG organizaciones no gubernamentales
- ONU Organización de las Naciones Unidas
- OPS Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
También puede encontrarse como OPS/OMS
- PES Planificación Estratégica Situacional
- PT Partido de los Trabajadores
- RRII Relaciones Internacionales
- TIF Trabajo Integrador Final

- TS Trabajo Social
- UE Unión Europea
- WDC Washington Distrito Federal

BIBLIOGRAFÍA

- ACI. (2012). *Manual de cooperación internacional descentralizada. Quinta versión*. Medellín.
- Aedo, Murray, Bacchiddu. (2017). *Hacia una ciencia social crítica. Entrevista a Didier Fassin*. Revista Andamios, Volumen 14, número 34, mayo-agosto, 2017. En: <http://www.scielo.org.mx/pdf/anda/v14n34/1870-0063-anda-14-34-00351.pdf>
- Aeldre, S. En: <https://www.aeldresagen.dk/>.
- Alonso, J. (2015). *Más allá de la ayuda. Redefiniendo el sistema de cooperación para el desarrollo*. En Ocampo, J. (editor): *Gobernanza Global y desarrollo. Nuevos desafíos y prioridades de la cooperación internacional*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.
- Alonso, J. Y Glennie, J. (2015). *¿Qué es la cooperación para el desarrollo? Informes de política para el Foro sobre Cooperación para el Desarrollo de 2016*. ECOSOC Development Cooperation Forum, Febrero de 2015, nº 1.
- Artaza Barrios, O., Báscolo, E. y otros. (2017). *Funciones Esenciales de Salud Pública: Su implementación en Argentina y Desafíos hacia la Salud Universal*. Buenos Aires: OPS/OMS.
- Ausburguer, C., Gerlero, S., Taboada, E. (2013). *Glosario*. Instituto Lazarte. Distribuido en el Seminario: “Teorías sociales. Lo público. El papel del sector Salud en la construcción de ciudadanía” organizado por la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.
- Barahona, Manuel. (2006). *Políticas públicas y combate a la pobreza y la exclusión social: hacia políticas públicas inclusivas*. En: http://flacso.or.cr/fileadmin/documentos/FLACSO/CLMB-FLACSO-Feb_2006.ppt.
- Basile, G. (2018). *La salud internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico*. En: Colección II Dossiers Salud Internacional Sur / Sur. La Plata: De La Comarca. IDEP-ATE. FLACSO-CLACSO. En: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190320033726/II_DOSSIERS_DE_SALU_D_INT_SUR_SUR_GT2019.pdf
- Berardi, B. (2020). *Crónica de la psicodéflación*. En: <https://cajanegraeditora.com.ar/blog/cronica-de-la-psicodeflacion/>
- Bergonzoli, G. (2006). *Sala Situacional. Instrumento para la Vigilancia de Salud. Manual de autoinstrucción*. San José, Guatemala: OPS/OMS.

- Bourdieu, P. (1997). *Espacio social y espacio simbólico*. En: Razones Prácticas. Barcelona: Anagrama.
- Camacho, H., Camara, Cascante R., Sainz, H. (2001). *El Enfoque del marco lógico: 10 casos prácticos. Cuaderno para la identificación y diseño de proyectos de desarrollo (Acciones de Desarrollo y Cooperación A.D.C)*. Madrid: Fundación CIDEAL, Acciones de Desarrollo y Cooperación.
- Capiello, M. A. (2019). *La conquista de la Salud Pública: 30 años de gestión en Rosario y Santa Fe*”. Rosario: Edición independiente.
- Carballeda, A. (2020). *Reflexiones sobre el Trabajo Social en Tiempos de Pandemia*. Entredichos. Publicado el 16 de abril de 2020 en: <https://www.youtube.com/watch?v=OV07x6Q197Y>
- Cernuda, P. (2020). *Pensando la fragilidad de estar vivo*. En: <http://entredichos.trabajosocial.unlp.edu.ar/2020/05/07/pensando-la-fragilidad-de-estar-vivo/>
- Cideal. (2001). *Enfoque del marco lógico: 10 casos prácticos. Cuaderno para la identificación y diseño de proyectos de desarrollo*. Madrid.
- Cimatti, V. (2020). *Reflexiones en tiempo de pandemia ¿Cómo pensar la profesión en tiempos de coronavirus? ¿Cuáles son las posibles formas de intervención con personas mayores en el marco de COVID-19?* En: <https://www.margen.org/pandemia/cimatti.html>
- Clepios (2016) - *Entrevista A Mario Rovere*. En: Revista de profesionales en formación en Salud Mental - La Salud Mental de los Trabajadores de Salud N° 68- Buenos Aires. En: <http://clepios.com.ar/68/la-salud-mental-de-los-trabajadores-de-la-salud/>
- Cruz, V. Y López, N. (2020). *El cuidado en tiempos de pandemia, algunas notas en clave de derecho*. <http://entredichos.trabajosocial.unlp.edu.ar/2020/05/08/el-cuidado-en-tiempos-de-pandemia-algunas-notas-en-clave-de-derecho/>
- Chiara, M., Arcidiácono, A. *Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS/OMS en América Latina*. En: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=402837816005>
- Chul-Han, B. (2020). En: *La emergencia viral y el mundo de mañana*. En: <https://elpais.com/ideas/2020-03-21/la-emergencia-viral-y-el-mundo-de-manana-byung-chul-han-el-filosofo-surcoreano-que-piensa-desde-berlin.html>

- D'Elia, Y. (2002). *Estrategia de promoción de la calidad de vida. La construcción de políticas públicas por la calidad de vida desde una perspectiva de derecho y equidad*. Caracas.
- Dabove, M. I. (2008). *Derecho a la vejez*. Buenos Aires. En: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/derecho-de-la-vejez>
- Dabove, M. I. (2016). *Derechos humanos de las personas mayores en la nueva Convención Americana y sus implicancias bioéticas*. Revista Latinoamericana de Bioética. En: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1440>
- Danel, P. (2020). Los lazos sociales como reaseguro de la inclusión. En *La intervención en lo social en tiempos de pandemia*. MARGEN, Revista de Trabajo Social. En: <https://www.margen.org/pandemia/danel.html>
- Davobe, M. I. En: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v16n1/v16n1a03.pdf>
- Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe. (2018). *Políticas Sociales y DDHH a nivel local. Evaluación del estado de avance en Rosario en 2017*. Rosario: en <https://www.defensoriasantafe.gob.ar/articulos/publicacion/informe-politicas-sociales-y-derechos-humanos-nivel-local>
- Degas, E. en: Mateo Antón, A. (2016). *Urban land art: Estudio de casos*. En: <http://hdl.handle.net/10251/72099>
- Egero, B. (2014). *Puzzling patterns of cohousing in Scandinavia*. En: <http://kollektivhus.nu/pdf/Bertil%20Lidewij%20article%20corr%20aug%202014.pdf>
- Elder Sagen: <https://www.aeldresagen.dk/>
- FANe, Lourdes-Barcelona. En: <http://manifiestodearte.com/land-art-el-arte-efimero/>
- Ferrandini, D. (2011). *Algunos problemas complejos de salud*. Rosario.
- Ferrer, M. (2007) *La aplicación del enfoque de derechos humanos a los fenómenos de población: oportunidades y desafíos*. Río de Janeiro: Revista Latinoamericana de Población, año 1, nº 1.
- Fleury, Sonia. (1997). *Estado sin Ciudadanos. Seguridad Social en América Latina*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Goffman, E. (1972). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrourtu Editores.
- Gómez Galán, M. Y Cámara, L. (2003). *Orientaciones para la aplicación del enfoque de marco lógico. Errores frecuentes y sugerencias para evitarlos*. Madrid: CIDEAL.
- Gómez Galán, M. Y Sanahuja, J. (1999). *El sistema internacional de cooperación al desarrollo. Una aproximación a sus actores e instrumentos*. Madrid: CIDEAL.

[Disponible en:
https://www.academia.edu/546351/El_sistema_internacional_de_cooperacion_al_desarrollo_una_aproximacion_a_sus_actores_e_instrumentos]

Consulta: julio 2019.

- Gómez Galán, M., Pavón Piscitello, D., Saiz Ollero, H. (2013). *La aplicación del enfoque basado en derechos humanos a los programas y proyectos de desarrollo*. Madrid: Cideal.
- Gramsci, A. (1966). *La cuestión meridional*. Roma: Editora Riuniti.
- Güendel, L. (2000). *La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los derechos humanos. La búsqueda de una nueva utopía*, en Sergio Reuben, comp. Política social: vínculo entre Estado y sociedad. San José, Costa Rica.
- [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/184862/899837/file/14-%20-%20Casas%20de%20medio%20camino%20\(CMC\)%20-%20Vivienda%20asistida%20o%20residencia%20compartida.pdf](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/184862/899837/file/14-%20-%20Casas%20de%20medio%20camino%20(CMC)%20-%20Vivienda%20asistida%20o%20residencia%20compartida.pdf)
- Huenchuan, S. Y Rodríguez-Piñero, L. (2010). *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*. Santiago de Chile: CEPAL. Colección Documentos de proyectos. LC/W. Naciones Unidas.
- Huertas, F. (1993). *El método PES. Entrevista a Carlos Matus*. Ecuador. En: https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/2/36342/LIBRO_ENTREVISTA_CON_MATUS.pdf
- Kaminsky, G. y otros. (2001). *Genealogía del Análisis Institucional*. Buenos Aires: Laboratorio de Análisis Institucional. Instituto G. Germani. Facultad de Ciencias Sociales. UBA.
- Kollektivhus Nu en: <http://www.kollektivhus.se/>.
- López Ramírez, O. (1998). *El paradigma de la complejidad en Edgar Morin*. <http://www.bdigital.unal.edu.co/11086/1/01235591.1998.pdf>.
- Ludwing, Güendel. (1999). *La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los DDHH: La búsqueda de una nueva utopía*. Costa Rica.
- Malla, J. D. (2006). *Historia del barrio Tablada y de la Biblioteca C.C. Vigil*. Rosario: Editado por la Vecinal AVROSE.
- Martínez Rangel, R., SOTO REYES G, E. (2010). *Las transformaciones económicas y políticas. El Consenso de Washington: la instauración de las políticas neoliberales en América Latina*. México: Política y cultura N° 37.

- Matus, C. (1985). Planificación, libertad y conflicto. Venezuela: Cuaderno de IVE-PLAN. En: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/3_carlos_matus_los_cuatro_momentos_de_proceso_de_planificacion_situacional_.pdf
- Matus, C. (2008). *Política, Planificación y Gobierno*. Caracas: Fundación Altadir.
- Matus, C. (2015). *Método Altadir de Planificación Popular*. MAPP. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Merhy, E. E., Macruz Feuerwerker, L. C.; Burg Ceccim, R. (2006). *Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud*. Salud Colectiva, vol. 2, núm. 2. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- Morin, E. (1982). *Ciencia con conciencia*. En: <https://olimpiadefilosofiaunt.files.wordpress.com/2012/02/morin-1982-ciencia-conciencia.pdf>
- Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Navarro, V. (2006). *¿Qué es una Política Nacional de salud?* Barcelona En: <http://www.vnavarro.org/wp-content/uploads/2008/07/que-es-una-politica-nacional-de-salud-rev.pdf>
- NORAD. (1990). *Enfoque del Marco Lógico como herramienta para planificación y gestión de proyectos orientados por objetivos*. Oslo: El manual lo realizó el Grupo de Trabajo de NORAD sobre Metodología, basándose en materiales de Samset / Stokkeland Consulting AS. En: http://docencia.unet.edu.ve/Coordinaciones/SComunitario/archivos/Manual_Marcologico.pdf Consultado en septiembre 2019.
- OCDE: <https://www.oecd.org/centrodemexico/laocde/>
- OMS. Portal digital [Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/] Consulta mayo 2019.
- Organización de la Naciones Unidas (ONU) “Carta de las Naciones Unidas”. https://www.oas.org/36ag/espanol/doc_referencia/Carta_NU.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) “Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)”.

- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2012). *Guía para la formulación de políticas nacionales de empleo*. En: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_policy/documents/publication/wcms_214250.pdf
- PAMI “Resumen de Gestión 2018”. <https://www.pami.org.ar/pdf/memoria-pami-2018.pdf>.
- Parra, G. (2017). *Cuestión Social y Trabajo Social. Reflexiones sobre la dimensión ético política en la intervención profesional*. Desde el fondo, N° 17. Disponible en: http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/publicaciones/desde_el_fondo/pdf/Nro_17/3%20Parra%2017.pdf
- Pedersen, M. (2015). *Senior Co-Housing Communities in Denmark*. En: Journal of Housing For the Elderly. N° 29.
- Pichardo Muñiz, A. (1993). *Planificación y programación social*. San José de Costa Rica: Humanitas.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD (2004). *El desarrollo basado en un enfoque de los derechos humanos: hacia una comprensión colectiva entre las agencias de las Naciones Unidas*, http://www.undp.org/governance/docs/HR_Guides_Common. Consulta junio 2019
- Programa Médicos Comunitarios. (2006). *Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Módulo 7*. Buenos Aires.
- Romero, M. (2006). *Análisis de la cooperación descentralizada local. Aportes para la construcción de un marco de referencia conceptual en el espacio de las relaciones Unión Europea-América Latina*. En: Anuario del Observatorio de la Cooperación Descentralizada Local. Montevideo/Barcelona: Observatorio de la Cooperación Descentralizada Local Unión Europea-América Latina.
- Rovere, M. (1999). *Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- Rovere, M. (2012). *Atención Primaria de la Salud en Debate*. Rio de Janeiro: Saúde em Debate.
- Rozas Pagaza, M. (2018). *La Cuestión Social: su complejidad y dimensiones*. En Revista ConCienciaSocial, Buenos Aires. En: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/21587>.
- Salvarezza, L. (2014). *Del entrecruzamiento en el tiempo: una experiencia en el campo de la vejez*. Rosario: Revista “SaludArte” N°1.

- Seniorliving.org: <https://www.seniorliving.org/cohousing/>
- Soldano, D. (2005). *Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino*. En Andrenacci, L. (compilador) *Problemas de la política social en la argentina contemporánea*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Solís Umaña, S. (2003). *El enfoque de derechos: aspectos teóricos y conceptuales*. En: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000133.pdf>
- Spinelli, H. (2010). *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. Buenos Aires, Argentina. En: <https://doi.org/10.18294/sc.2010.285>.
- Stolkner, A. (1987). *De interdisciplinas e indisciplinas* en Elichiry, N. (compiladora) *El Niño y la Escuela Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Testa, M. (1995). *Pensamiento estratégico y lógicas de Programación*. Colección Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Testa, M. (1997). *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Toffoli, S. (2020). *La pandemia desde el sanitarismo: entrevista con Mario Rovere: "entre enfermar y no enfermar está la política pública"*. En: <https://sintesismundial.wordpress.com/2020/05/23/2894/>
- Ubasart-González, G. y Minteguianna, A. (2017). *Esping-Andresen en América Latina: el estudio de los regímenes de bienestar*. México. En: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-20372017000100213
- Vasilachis de Gialdino, I. (1992). *Métodos cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Vestbro, D. U. (2008). *History of cohousing - Internationally and in Sweden*. Stockholm. En: <http://www.kollektivhus.nu/pdf/colhisteng08.pdf>
- Viera Silva, J. (2017). *La teoría del juego social de Carlos Matus y los estudios de políticas públicas: exploraciones teóricas*. En: *Mundosplurales Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública - Vol. 4 No. 2 FLACSO Sede Ecuador*.
- <https://www.pagina12.com.ar/265127-coronavirus-residencias-para-mayores-los-mayores-peligros?fbclid=IwAR26CwKD07U2lh7sFfsFnz98yvl6n9IQJJe-41B4uigl65cj3JNM3cdyXhg>
- <https://www.rosario.gob.ar/web/coronavirus/inscribite-como-voluntario>

- <https://www.lacapital.com.ar/pandemia/las-imagenes-las-colas-jubilados-que-desbordaron-los-bancos-n2575331.html>
- <https://www.pagina12.com.ar/265127-coronavirus-residencias-para-mayores-los-mayores-peligros?fbclid=IwAR26CwKD07U2lh7sFfsFnz98yvl6n9lQJJe-41B4uigl65cj3JNM3cdyXhg>
- <https://www.pagina12.com.ar/255882-la-filosofia-y-el-coronavirus-un-nuevo-fantasma-que-recorre->
- <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos>
- https://www.oas.org/36ag/espanol/doc_referencia/Carta_NU.pdf .Consulta junio 2019
- <https://www.who.int/topics/ageing/es/> (portal de OMS) Consulta octubre 2019
- <https://habitatge.barcelona/es/acceso-a-vivienda/covivienda> Consulta agosto 2019.
- <https://www.bbc.com/mundo/noticias-44859680>

Registro de las Entrevistas

1. José Villamil
2. Liliana Oliva
3. Pablo Urbaitel
4. Gustavo Ríos
5. Raquel Musso
6. Virginia Moretti y Carla Pontelo
7. Miguel Capiello
8. Misel Carnino

1. Entrevista a José Villamil

(Psicólogo. Director del Geriátrico Provincial de Rosario) 19 de julio 2019

1- Bueno en principio un poco conocer quién sos, cuál es tu función acá y cuál es la historia del lugar

Fin del siglo XIX, en 1890 y poco se constituye la institución, la sociedad de beneficencia con fondos que donaban no se en ése tiempo puntual pero inmediatamente a partir del siglo 20 es la burguesía comercial rosarina quienes aportan fondos y demás y se constituye como “Asilo de mendigos”, con el tiempo cambia su nombre, siendo la sociedad quien lo sigue manteniendo, por “Hogar de Ancianos”.

En 1953 o 1954 en la presidencia de Perón con la intervención de Eva Duarte y la lucha que dio con las damas de la sociedad de beneficencia, una de las cosas que expropiaron es el Hospital Provincial y el Hogar de Ancianos. Al expropiarlo se hace cargo el gobierno de la provincia y comienza a haber gente nombrada por el aparato estatal. Las personas que trabajaban eran personas de la zona contratadas para ayudar a hacer la cama, cocinar, limpiar. Entonces comienzan a aparecer algunos médicos junto con los trabajadores contratados por el estado, porque antes había monjas, hasta no hace muchos años había una.

En época de la dictadura, 1978, la sociedad de beneficencia hace un contrato con PAMI. Anterior a eso, después del golpe del 55 se le devuelven los bienes a la sociedad de beneficencia pero queda la estructura del estado y un grupo muy numeroso mayoritario de los llamados contratados que se les pagaba con el contrato que la sociedad había hecho con PAMI, para alojar a los viejos acá. En ese momento se alojaban los de PAMI y los que no tenían ningún tipo de cobertura.

Fines del 87 se da una lucha de los trabajadores contratados que eran trabajadores en negro que se les pagaba con esos fondos de la sociedad, hacen un planteo judicial (mucamos, mantenimiento y enfermeros) pero no logran ganar los juicios ni a la sociedad ni al estado por la antigüedad, éstos grupos son acompañados por el gremio ATE y entonces consiguen ser trabajadores del estado pero sin antigüedad. Hubo muchos trabajadores que no pudieron ingresar al Estado por la edad, como el caso de una compañera y colega que murió hace poco (angustia, llanto)

Yo estoy acá desde 1987, gané un concurso asistencial como psicólogo. Por descarte elegí acá por cercanía pero después me aquerencí acá.

En 1992 tengo un cargo de gestión dentro del hospital, hacia fines de ese año comienza a ser nombrado en la zona 8, lo que es ahora el nodo, un día en una reunión en Laprida y Rioja veo un mapa con todos los efectores, con el centro de salud Luis Pasteur y no estaba el hospital entonces me levanto y lo marco con un fiaron, el hecho de no estar ahí expresa el lugar de los viejos. A fines del 92 por diferencias con el ministro renunciamos a esos cargos junto con el grupo que estábamos en gestión y vuelvo a mi cargo asistencial.

En el 95 vuelvo a estar a cargo de la gestión. En el 98 comienza la descentralización de las áreas programáticas y ahí trabajo en la zona 8. Para mí entender el problema central era que las áreas programáticas dependían de los hospitales y las partidas llegaban a los grandes hospitales con la concepción hospitalocéntrica, si quedaba alguna migaja iba para el centro de salud y trabajo allá un tiempo.

En una lógica de política capitalista, no solo económico, se empezó a ver el tema de descentralizar y que el presupuesto se adjudicara a la atención primaria. Yo vi una desconcentración no una descentralización, porque la descentralización es presupuestaria, la plata es un modo de relación y no se puede negar.

2 - ¿El HGP tiene presupuesto propio?

El geriátrico como una unidad de organización recibe una partida, los presupuestos no están trabajados, hay técnicas de presupuesto cero, por el gasto.

Este es un lugar para alojar a los viejitos y viejitas para que tengan un lugar, un plato de comida y un enfermero para que le tome la presión, es un tema el de los consultorios externos (evade el tema de los consultorios externos). Tiene una lógica asilar éste lugar de base.

En el 95 en una de mis idas y vueltas en el hospital, se hace la primer sala con habitación, antes eran salas apabellonadas, y había baños con excusados. En ese momento había unas 300 personas viviendo y ahí pusimos un circuito de llamadas para intercomunicarnos por medio de una central porque era todo por campanadas: dos campanadas médico de guardia, tres enfermero y así.

Al hacer habitaciones baja la capacidad de internos. Pero en ese momento la idea era que poco a poco fueron apareciendo médicos, fonoaudiólogos, kinesiólogos entonces el costo cama es el mismo, es mejor inversión en términos de salud atender a la gente que necesita cuidados asistidos y no a los crotos. Eso que lo atiende desarrollo social. Ahora hay un perfil de cuidados asistidos de baja complejidad pero que puede atender por

ejemplo, acá hay viejitos que PAMI los interna con sondas y acá se los atiende con baja complejidad porque en un hogar, si así se los puede llamar, se mueren porque no tiene estructura para la atención médica. Ahora el dependiente tiene una estructura biomédica. Como el Estado no tiene lugares para gente de edad media o jóvenes que necesiten cuidados asistidos y una internación de tipo crónicas, en ese sentido se piensa y los ubican acá, que no es lo que queremos porque es para viejos. Baja y mediana entre primero y segundo nivel de complejidad con médico de guardia interna las 24 hs, dos médicos por sala en cuidados generales tiene una unidad en cuidados paliativos de 9 camas. Internados hay 180 personas.

Las habitaciones son de tres camas. Los fondos para las habitaciones y estructuras físicas fueron 80% de la sociedad de beneficencia y 20% del Estado, pero el personal es todo estatal y los fondos de funcionamiento también son del Estado. Nosotros los agudos los derivamos a las obras sociales sí tuvieran o al Provincial en primera instancia.

En el 2008 me convoca Cappiello para venir de nuevo al hospital como director. Hay un comite de admision que lo integran; la trabajadora social, la psicóloga, enfermería, médico. Las personas pueden venir referenciadas por un hospital, por centro de salud o por PAMI, no se está a la búsqueda de otras obras sociales, vienen dirigidas por ejemplo IAPOS. Se trata de mantener una constante para no perder el sentido del lugar público. Es altísimo el porcentaje de viejos y viejas que tienen cobertura desde el 97 o 98, con otras personas hicimos unas experiencias acotadas de enfermería domiciliaria barrial, haciendo relevamiento visitando lugares, dónde vivían los viejos y cómo, fue empírico y no como investigación. Mucha gente tenía cobertura médica, como PAMI y mucha gente no sabía cómo usarla entonces era más importante un trabajador social que un médico o un enfermero.

Consultorio externo el asunto es que cuando vuelvo en el 2008 había médicos que hacían consultorios externos. En el 96 propongo a enfermería abrir como forma de control sanitario barrial para la comunidad, era un consultorio de enfermería, fue lo primero como contacto barrial. No era enfermería, eso se abrió con Drisun. Hoy está abierto a la comunidad. Abierto a la comunidad está: vacunación, medicina física y rehabilitación (fonoaudiólogos, terapia ocupacional, kinesiología) hay mucha adherencia de los viejos a los tratamientos, la mayor parte viene derivada y del barrio, el recupero es muy difícil cuando son de obras sociales.

Por internación geriátrica el 80% de gasto de funcionamiento es PAMI, en el conjunto de todo es un grano de arena pero en lo cotidiano se ve eso es gasto de funcionamiento para comprar los pañales, los medicamentos que no están en el vademécum....eso es gasto de funcionamiento.

Los gremios han planteado el quite de colaboración, significa que si falta un enfermero de un lado no se puede compensar con otro de otro lado y se oponen a que ingresen nuevos por la falta de gente, que yo le agrego a esto que falta gente que trabaje. Lo central es enfermería porque el ingresante es el que necesita cuidados asistidos y muchos de ellos tienen síndrome de movilidad, acá no hay personas escaradas por la movilidad que los enfermeros le dan. Trabajan 350 personas acá....bue es la nómina....pero hay muchos en licencias o de tareas diferentes (30%).Tenemos un gran problema con los gremios.

3 - ¿Tienen cupos?

No siempre tenemos lista de espera, es estacional la cuestión. Nosotros articulamos con Desarrollo en algunos casos que se complejizan en sus hogares que ellos tienen, en los SAMCOS algunos funcionan, el Raúl Rodríguez no sé si funciona, los de los SAMCOS por ahí derivan. A 15 km de las afueras de Santa Fe hay uno que es más pequeño (geriátrico), vinieron hace unos 5 años a hacer unas pasantías acá.

Con la municipalidad, no sé si está el crotario.

4 - ¿Qué actividades realizan?

Con las familias se buscan espacios de taller de encuentro podría hacerse más intensamente, no está mal pero bueno. Hay pintura, juegos de salón, grupos de lectura. Esa sería el área socio preventiva, que está abierta a la comunidad, con algunos viejitos de adentro es por goteo son pocos los asistentes....el perfil de ahora que son pacientes de cuidados asistidos no se puede hacer tanto...es más tirando a ser dependiente no como antes que eran autoválidos. A veces uno convoca al taller y hay que irlos a buscar. Suelen venir de distintas instancias académicas a hacer pasantías y yo les digo este no es el ejemplo de cómo se envejece es un mal ejemplo de cómo se envejece. Son desgraciados envejecimientos vinculados a las historia de vida o cosas que les han pasado...los estudiantes lloran porque les impacta muchísimo.

Yo apenas entré me impactó; pabellones, excusados y después me atrapó hay un dicho que dice que el psiquiátrico psiquiatriza y el geriátrico geriatriza. Lo de la

geriatriización se expresa en la burocratización del hacer, entonces el médico viene y siempre lo mismo y el viejo está ahí, es un proceso que se da en relación al viejo.

5 - ¿Cómo pensás que se entiende la vejez? ¿Se trabaja desde el envejecimiento saludable?

No tengo un diagnóstico, podría opinar y parcialmente es limitada mi opinión, si observo las realidades, lo que veo como actitud social y comunitaria es que la vejez se deja venir, sobre todo los jóvenes que creen que la juventud es eterna no se incorporan a los que ya son viejos. La vejez es el destino inexorable, inevitable de todos los seres vivos, si no murió antes va a ser viejo. Que cosa más loca evitar envejecer.

El envejecer bien sería pensando en voz alta es envejecer con felicidad, trabajando, no sin enfermedades. Los del Iset venían a hacer educación física como pasantías (ahora no lo tenemos) la gente de la municipalidad algo hace pero no comunican.

La externaciones no están incorporadas porque no está como política de salud promover la externación en esta institución, quizás si se promueve hay que empezar a trabajar con las familias, el barrio o quizás ver la posibilidad de esas llamadas casas de medio camino.

No se externan. En tiempos muy lejanos cuando era asilar, si había algún que otro caso. Es que el autoválidos no tiene oferta solamente en Desarrollo Social. Hace 25 años atrás eran más los autoválidos y acá como el costo cama es igual...se fue priorizando como propuesta desde la misma institución el cuidado asistencial crónico.

Una vez planteé al comité de admisión que ante la demanda hay que no internar....que ante la demanda hay que acompañar las respuestas posibles opciones posibles acompañar a la familia, el comité lo hace pero falta.....las trabajadoras sociales lo hacen pero en la práctica no es así porque la familia llega desbordada siempre con el ejemplo de la hornalla encendida....las familias colapsan.

Las generaciones de 50 años de hoy día no han tenido posibilidad de convivir con tanta comunidad vieja como la de hoy.....la pregunta es qué se va a hacer con los viejos? El viejo como un analizador social... cómo se aborda el problema del envejecimiento? No es casual poner problema antes de envejecimiento.

Yo intente enfatizar y sigo intentando el tema del movimiento; lo más importante es que el viejo no se quede inmóvil ni de cuerpo, ni de mente ni social. No solamente la

motricidad sino activo en todo sentido, lo grave es el sentimiento de inutilidad que invade al viejo cuando empieza a perder sus lazos sociales y su posición social.

Hace unos años hablamos de la posibilidad de que si en el barrio hubiera una pareja o alguien solo o sola (viejos) ofreciera su casa para compartir y tener algún tipo de mirada con base desde el geriátrico como una referenciación. Se puede pensar como una experiencia de foco en el barrio si se pudiera identificar un espacio así o un lugar que se pueda alquilar, ver la selección de los co habitantes, el perfil y demás aspectos y crear un referencia, control de enfermería desde el geriátrico, esto hay que pensarlo que desde la legislatura se incorpore a el presupuesto anual, porque sin presupuesto no se puede llegar a hacer nada porque si no van a terminar siendo las monjitas de caridad. Recuerden el presupuesto es la expresión financiera del proyecto político.

Acá en el barrio hay centros de jubilados, un club y el Luis Pasteur.

Tratamos de acompañar cuando no hay camas y ver donde podemos encontrar la solución.

2. Entrevista a Liliana Oliva

(Licenciada en Trabajo social, Hospital Geriátrico Provincial)

1 - ¿Cuál es tu función en el HGP y desde hace cuánto?

Yo hace 24 años que trabajo en la Institución, todos me conocen, yo estoy en todos lados integro el Área Socio preventiva, y varios comités como el de admisión.

Yo hago hasta un trabajo administrativo, tengo ficha de los 180 viejitos con foto y todo.

2 - ¿Trabajan intersectorialmente?

Nosotros por la admisión trabajamos mucho con desarrollo y con PAMI, el Raúl Rodríguez cerró así que están derivando a algunos con convenios.

3 - ¿Cuáles son los criterios de admisión?

Cuando llegan las familias siempre se prioriza y se le da lugar al viejo o vieja del barrio, se evalúa su nivel de dependencia y bueno se va viendo.

Acá uno se encariña con algunos pacientes más que otros....en mi oficina tengo la biblioteca y bueno ellos vienen y pasan tiempo....los gatos que ven son de ellos muchos tienen su gato propio....yo para navidad les regale un tupper a cada viejito que tiene gato para que le guarde comida y se las den al gato.

Bueno hay muchos talleres todos son abierto a la comunidad pero a veces vienen y a veces no, el de cine lo dan viejos del barrio que no están internados, ese es un día a la semana. El de radio lo doy yo con una compañera psicóloga que es todas las mañanas menos los miércoles. Hay uno que llamamos solárium de mujeres que es de cosmetología, lo dan pasantes de la Universidad del gran Rosario que empezó como para ver la salud de la piel de las mujeres pero ahora es más cosmetológico tipo maquillaje y demás. También hay de lectura, de pintura, computación, francés, bellas artes, bingo y hay escuela primaria para los que no la terminaron es por la tarde.

Nuestro espacio de rehabilitación es excelente y también está abierto a la comunidad, tenemos en otro espacio pasantes de medicina, de kinesiología y terapistas ocupacionales que hacen talleres semanales para que los viejitos estén en movimiento...no hay profes de educación física eso sí que falta.

3. Entrevista a Pablo Urbaitel

(Coordinador del diseño de políticas para adultos mayores de la Dirección de adultas y adultos mayores de la Municipalidad de Rosario (Lic. en Cs. de la Educación y docente de la UNR)

1 - ¿Cuál es tu función en la Dirección y desde hace cuánto?

Yo soy de Ciencias de la Educación y hago investigaciones y me dedico más a la sociología de la educación y muchos años trabajé juventud y hace un tiempo trabaje adultos mayores, lo que yo hago acá es coordinar y diseñar las políticas no la implementación pero si el diseño.

Las políticas públicas de adultos mayores son las últimas en iniciarse, lo que se produce es una fuerte metamorfosis en la idea de lo que es la vejez y en cómo se reconfigura las relaciones intergeneracionales, cuando la expectativa de vida era menor y cuando la vejez se asociaba a esperar la muerte y al cuidado de los nietos y no había proyectos alternativos , no había más que posibilidades de hacer propuestas históricamente de cuidar personas solas y enfermas , también pensemos que hay dos cuestiones ; el vértigo de las sociedades contemporáneas hacen que las nuevas generaciones cuiden de los adultos mucho menos que en otras épocas antes hacía falta menos geriátricos porque la expectativa de vida era menor pero fundamentalmente es que mientras cambia la relación con la adultez mayor , rescatando lo que escribe Gil Carbó “ el pasaje de una sociedad gerontocrática a una gerontofóbica” se produce un cambio , los hijos de los adultos se los va tirando a ver quién no lo agarra entonces en ese contexto en una sociedad que terciariza todo, hay una tercerización del cuidado en los que pueden o una excesiva soledad.

Prolongación de la vida, esto de la gerontofobia en una sociedad que no prioriza a la vejez, y que está ocupada en el vértigo de las relaciones sociales del siglo 21 el lugar del adulto mayor es infinitamente más precario. Entonces por otro lado comienzan a darse cambios en la concepción de vejez, el que llega a la adultez mayor no se siente un desecho sino que se siente alguien con derechos y con deseos propios eso viene de la mano que cambia generacionalmente la concepción de vejez.

Una cosa es la vejez de entreguerras que la post baby gum, una mujer u hombre de 80 tenía bajo nivel educativo y su vida estaba asociada en el caso de las mujeres al cuidado del hogar y en caso de los hombres al trabajo por lo cual no estaba la visión de pensarse

que no sea eso , esa generación de entre guerra entre el 18 y 39 está desapareciendo , un adulto mayor que tiene 80 y pico tiene menor nivel de educación y menor nivel de expectativa de acercarse a trabajar.

Los mayores 75 aunque hayan salido al mercado laboral siguen con la idea del cuidado del hombre probablemente lo que venga sea diferente.

Hay más mujeres solas que hombres solos por dos cosas por estadísticas las mujeres viven más , y por otra cosa que es cultural las mujeres se casaron con hombres más grandes , la viudez femenina es mayor que la masculina. Un tercer elemento es que las mujeres mayores de 75 que si bien no han tenido mayores niveles de educación se permiten la posibilidad de hacer algo no atado al trabajo , los hombres no ellos consideran que cualquier actividad no atada o vinculada a lo laboral no valo lúdico no se enganchan....para que ustedes se den una idea hicimos una actividad que había como 600 personas , el animador dijo que levanten la mano los hombres y había 5.El tema del cuidado no tiene que ver con la pareja sino con los hijos , con la familia y fundamentalmente porque el deterioro de la edad tiene que ver más con lo cognitivo y la movilidad , en otro momento histórico la estructura familiar posiblemente lo hubiera sostenido pero cada vez son más los casos , el trabajo con la vejez es el trabajo del futuro , las tasas de natalidad son así, el sistema jubilatorio va a tener que cambiar porque si el sistema estuvo pensado para que la persona aporte 30 y tenga una sobrevivida de 10 , ahora aporta 30 y tiene una sobrevivida de 20 o 30 entonces no cierra.

Es políticamente incorrecto pero es cierto.

Por ejemplo los jubilados universitarios es un problema, le estas quitando un potencial a los 65 años que no es viejo y tiene mucho para dar, ahora si no lo jubilas taponas un sistema por lo cual hay un problema que hay que resolver, quizás con trabajos de menos duración para que no taponen yo lo que haría es si vos cobras x el 82 puedas trabajar por el 18 que resta para completar, pero permitiendo que otro entre. También hay trabajos y trabajos, hay que empezar a mixturizar y ser sistemas más optativos. De la pobreza con éste sistema de jubilación no vamos a salir nunca porque no hay forma.

La municipalidad en la década del 50 arma un gerontocomio que funcionaba en el refugio donde va la gente en situación de calle (Grandoli y Ayolas) a dos cuadras del geriátrico, ahí había una especie de geriátrico, es un lugar donde hay un lugar de mayores para hombres y además el refugio, eso es ahora.

A principios de los 90 se abrió una escuela municipal “Dr. Beresovsky” en su momento quería que se hagan talleres para adultos mayores y que lo den los adultos mayores, pero con el tiempo fue cambiando, históricamente siempre desde desarrollo había trabajo con gente en situaciones de pobreza, hasta el 96 que se empieza a pensar en el plan estratégico para adultos mayores y en el 99 se crean los centros de día que hay dos, en convenio con España y funcionan en lugares españoles uno el Centro Asturiano y otro el Centro Castilla.

De gerontocomio se cambia a hogar, la idea es que sea más abierto y de autoválidos y con talleres y actividades, viven pero no hay cuidados intensivos, es autoválido, desde que se universaliza la jubilación hay grandes cambios.

La Dirección empieza a funcionar en diciembre desde el 2007 que se aglutina todo lo que estaba trabajándose de forma separada (escuela, hogar, centro de día, festival de cine para adultos mayores “una mirada mayor”)

El hogar actualmente funciona, con una diferencia tiene pocas habitaciones (16 personas) son habitaciones de tres o cuatro, es un lugar agradable con mucho verde, con la universalización de la jubilación los que estaban pasan a tener PAMI y dejan de necesitar, lo que más tenemos hoy es gente de alrededor de 50 años más vulnerable, en situación de calle, no hay convenio con PAMI no hubo articulación con PAMI, nunca tuvimos mucha relación siempre fue muy difícil.

En general las políticas sociales tienen el problema de que no hay políticas para adultos: hay niñez, juventud y adultez mayor.

En el hogar viven salen por ejemplo a cuidar coches y vuelven. La diferencia con el refugio es que son pabellones y es coyuntural, están en épocas puntuales. En el hogar viven, tienen talleres, los acompañan al médico, tienen su pieza, su ropa, la admisión se hace desde desarrollo social y es de tránsito es decir por un tiempo, hay gente que queda más tiempo. Un ejemplo es de un hombre que se había jubilado de empleo de comercio y no le alcanzaba para alquilar, entonces estaba en la calle, hoy teóricamente esa gente está cubierta por PAMI.

Hay un equipo de abordaje social que se encarga de las situaciones más vulnerables, ese área yo no tomo.

Hay casos que la gente no tiene donde ir a vivir y se les tramita hoteles temporales, hay hoteles de muy bajo costos, algunos se les paga el geriátrico, no tantos porque eso le corresponde a PAMI.

El área más grande es la nuestra es la Socioeducativa que es la que yo diseño y coordino, lo que hicimos fueron varias cosas (participan activamente más de 2000 personas).

La escuela de Gerontología, pienso el estado gasta mucha plata en gente que no lo necesita, la política de la sábana corta, si hay que optar opto por los barrios por la necesidad. La escuela siempre estuvo en el centro y eso ya marca una accesibilidad....se daban cursos baratos (accede la gente de clase media del centro), los últimos años se hicieron varias cosas gratuitas y hay mucha más gente por la crisis.

Lo que empezamos a notar es que la gente venía a los talleres y se iba, y lo que en realidad necesitaban y solicitaban era otra cosa eran espacios de encuentro y socialización; la gente está muy sola.

Entonces armé lo que se llama CAIAM (Centro de Actividades Integrales para Adultos Mayores).

Lo de larga duración es un geriátrico (o un hogar) la gente vive ahí.

Lo de mediana duración es un centro de día (de 9 a 16) y duermen en sus casas (tenemos dos con 15 personas cada uno) capacidad fija....la admisión es por desarrollo pero se cobra la comida y el traslado, tiene un costo, va más gente de clase media... y gente más deteriorada + 80.

Lo de corta duración es lo de los talleres, que vienen y se van.

Hay una cuarta que son los CAIAM funcionan dos veces por semana tres horas con los recursos que podemos que no son tantos, funcionan con un coordinador del espacio (un día es propuesta cultural y otro día educación física)

La provincia no tenemos mucha articulación, tenemos buena relación pero ellos no tienen mucho que brindar.

Los Trabajadores Sociales articulan algunos casos sí.

El que tenga la posibilidad de tener PAMI lo acompañamos para que lo gestione hay mucha gente que no tiene el recurso simbólico para hacerlo.

Para participar tienen que llamar acá y se les explica, los centros de jubilados venden viajes, nosotros hemos tenido históricamente mucha dificultad con ellos...son muy personalistas.

Lo nuestro es un trabajo muy barrial con los CAIAM, está el festival de cine, Rosario crea es la muestra de nuestros talleres de arte, artistas mayores es la muestra de teatro y danza y palabra mayor que son los talleres literarios.

En la Comedia hacemos los festivales de cine.

Esos festejos se hacen en octubre.

Los Caían no tienen cupos fijos...es ilimitado.

Hay profes de educación física, psicólogos.

Nosotros armamos un programa de capacitación / formación para los trabajadores que se llama PROFOPAM (Programa de Formación sobre la Problemática del Adulto Mayor)

Desde el 96 hay un curso de asistente gerontológico, al principio era muy diverso teníamos a la gente que cuidaba de noche y después el estudiante de medicina entonces lo que hicimos es un curso para cuidadores nada más.... y a los estudiantes le ofrecemos.... hay también un curso para familiares y cuidadores de personas con alzheimer. A los estudiantes a veces abrimos cursos pero los estudiantes no registran que es una salida laboral. Yo en la universidad arme una carrera de especialización de pos grado en adultos mayores y no se abrió nunca porque había pocos adultos, lo invisible que está el tema.

El Iset tiene una residencia y por eso vienen, el voluntariado no me convence porque tiene que tener una continuidad.

El curso de cuidadores (tiene un costo bajo) hay un montón de gente que viene, hay tanta demanda que tuvimos que abrir otro. El curso es básico pero hay enfermería, recreación, psicología.

4. Entrevista a Gustavo Ríos (Médico, auditor de PAMI)

1 - ¿Cuál es tu función en PAMI?

Me llamo Gustavo Ríos, en PAMI soy auditor.

2 - ¿Cuáles son las líneas de políticas de PAMI y las principales problemáticas de la población de AM?

Para contarles un poquito en líneas generales lo que ofrece PAMI y que no se les haga lío porque es mucho, en los libritos es muy lindo, está todo escrito, después la práctica es otra cosa, ahí se encuentran las deficiencias. Hay muchas cosas terciarizadas y después también están los policlínicos propios.

Hay como dos ramas, en lo que es autoválidos están las actividades preventivas y las preventivas específicas, por un lado todo lo que es actividades culturales, deportivas, educación física, talleres, voluntariados, turismo, autocuidado, y después actividades específicas en relación a alguna patología particular, como por ejemplo el alzheimer. Muchas son en lugares conveniados como centros de día o centros de jubilados, y otras son en lugares propios de PAMI.

Las actividades y ofertas de PAMI se orientan según el grado de vulnerabilidad de los ancianos.

Para quienes están un poco más complicados y no pueden asistir a esas actividades PAMI ofrece el servicio de internación domiciliaria. Esto se evalúa por patología, por ejemplo si un anciano se quiebra la cadera se le cubre el tratamiento de fisioterapia a domicilio.

El tema casi siempre en estos casos es lo social, depende mucho de lo familiar, y hay de todo, tenés situaciones muy particulares en cada familia, si tienen hijos o no, si están peleados, si la familia por x razón no puede o no quiere hacerse cargo, de algunas cosas o de todo... y ahí está la principal deficiencia, porque eso es lo que vuelve aún más vulnerable al anciano, cuando el anciano está solo en su casa confía y a veces si no tienen a nadie aparecen cuidadores o vecinos que se aprovechan, y como entran a su casa muchas veces les roban, ustedes me entienden no? eso pasa mucho, que el anciano deja entrar gente a su casa para que los cuiden y están tan vulnerables que se aprovechan.

Los que no tienen vivienda van al geriátrico, PAMI lo cubre, se hacen las evaluaciones pertinentes y también son muy estrictos en las condiciones de los geriátricos, en los papeles, en los cuadernos, tiene que estar todo bien, después la realidad es otra cosa no? no funciona como debería...

y eso por qué? la mayoría de las veces la asistente social no hace visita domiciliaria, hacen más tareas administrativas de oficina, visitan muy poco, deberían evaluar el grado de vulnerabilidad y necesidad del afiliado pero si no van a la casa cómo saben... muy poco salen... y bueno también que acá por ejemplo hay una sola...

Otra de las cosas es el acceso, porque les dicen si PAMI te cubre todo, pero los afiliados no saben, y les dicen fijate en la página de internet, pero hay toda una generación de afiliados más grandes que todavía no entienden, lo de ir al cajero automático con la tarjeta, que no usan teléfono celular ni computadora, y entonces les dicen fijate en internet y no pueden, y por ahí no tienen nadie que los ayude en eso viste? Eso es la principal deficiencia, hay mucho mucho pero no llegan, muchos de los afiliados no están todavía con todo esto de lo digital, no saben, toda una generación es así, los de 80, 80 y pico, algunos tuvieron más suerte o pudieron pero muchos no saben, y entonces si vos les decís fijate en internet se quedan afuera, los estás dejando afuera. Y en internet es todo muy lindo, tenés tutoriales, recetas saludables, los horarios de las colonias de vacaciones, pero si el afiliado no lo ve eso es deficiente me entendés?

3 - Según las principales problemáticas que identifican en la población, ¿qué líneas tienen pensadas para desarrollar a futuro?

Entonces eso, en líneas generales es perfecto el sistema, está todo pensado, todo, pero la práctica es compleja, siempre faltan recursos, o falta personal, o el afiliado no accede o no sabe lo que tiene cubierto, y eso de lo digital que ahora está buenísimo que todo se modernice pero los ancianos te van a la oficina, hace cola en la agencia, me entienden lo que les digo?

Para un anciano lo más delicado es la salud, y es de lo que se encarga PAMI, que es una obra social, eso el afiliado lo debería tener cubierto, pero a veces no saben y la gente se aprovecha, se aprovechan mucho porque los ven vulnerables, y si van a hacerse un estudio por ejemplo que deberían tener cubierto le cobran por ahí no se... 250\$ ponele que te diga, y el afiliado lo paga, pero imaginate que para un jubilado, que el 90% está jubilado con la mínima, y lo más caro para ellos es la salud, si le cobrás eso por un estudio nomás le estás sacando el plato de comida de toda la semana viste... o si

necesitan una prótesis y les dicen que tienen que esperar y les dan vueltas para cubrirla pero les dan una rápida si pagan también, el afiliado si puede va y lo paga aunque no le corresponda...

Y después lo más complejo son las cuestiones familiares, eso es un problema, y cada situación es particular, te encontrás de todo...

4 - ¿Se trabaja con co-housing?

Si eso... mirá en PAMI son muy exigentes y estrictos con los requisitos, se piden todos los papeles en regla, y se piden muchos papeles, los requisitos son muy detallados, para todo, cualquier lugar tiene que cumplir con esas reglas y eso de las casas.... si... pasa que viste PAMI te cubre por ejemplo un transporte para un afiliado, pero es por afiliado ¿me entienden? uno solo, no al vecino que lo acompaña, entonces eso ¿cómo se hace?... para esas cosas si no está legalizado, no hay reglamentación, eso no se habilita, son proyectos muy lindos pero muy difíciles de hacer, porque no está habilitado algo así.

5. Entrevista a Raquel Musso

(Médica - Mesa de Información y Planificación- Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

1- ¿Cuáles son las políticas de Salud para Adultos Mayores de la Municipalidad de Rosario?

A nivel sectorial no existe el desarrollo de una línea específica de política de salud dirigida a la atención de adultos mayores dentro de la municipalidad de Rosario. No una especial que se ejecute desde la Secretaría de Salud Pública. Eso no quiere decir que no haya participación del sector salud en otras líneas de acción que se ejecutan desde otras secretarías como Desarrollo Social, Deportes o Cultura o iniciativas individuales dentro de instituciones de salud del sistema...

En términos asistenciales, en el Sistema de salud municipal los mayores igual que los menores son considerados ciudadanos con derecho a la salud y procurando un abordaje integral se los adscribe para su cuidado al sistema de salud municipal como a cualquier otro ciudadano, sea desde un centro de salud o desde otro establecimiento.

2- ¿Hay instituciones especiales para adultos mayores?

La Municipalidad no tiene establecimientos de Salud con internación especializados en geriatría. En realidad en el sector público el único de salud que existe es el Geriátrico Provincial de calle Ayolas y el resto son privados, Todos prestadores del PAMI. Tiene centros de salud, hospitales generales, el de emergencias, el ILAR, pero no son sólo para adultos mayores.

3- Con un sistema de salud municipal tan desarrollado, ¿por qué? ¿Cree que no han sido priorizados los problemas de salud de los adultos mayores?

Eso de priorizar la problemática es algo no hizo la sociedad en general y desde siempre. Los mayores eran menos y su cuidado problema de la familia. Desde el modelo médico los problemas no estaban vinculados tanto a la edad (como en el caso de niños) sino a la patología que lo afecta y el grado de dependencia, sea las enfermedades crónicas, el alzheimer, las reumáticas, la discapacidad. Empezó a registrarse la problemática con los cambios demográficos y culturales, luego entró en la agenda de organismos internacionales y llega a las políticas nacionales.

Además de esto que es general, hay que considerar que con la existencia de una importante cobertura de salud desde la Seguridad Social (PAMI) en términos

cuantitativos, más allá de que los problemas de salud suelen ser más complejos y costosos el grupo de ciudadanos mayores que demandan atención o cuidado por enfermedad en el sistema estatal (consultas, internaciones, estudios) no es tan representativo. Muchos lo hacen porque viven cerca de un centro de salud, porque no le cae bien el médico de cabecera ya que "PAMI está capitado, porque están acostumbrados o porque los trámites y tiempos de acceso no son tan complicados, o cuando la obra social no les cubre algo que el Estado ofrece, pero no son tantos y tampoco para todas las necesidades. No tengo cifras, pero pueden buscar en la web o pedir en estadística los egresos hospitalarios y las consultas de mayores de 65 y comparar con otros grupos de edad.

Esto hablando de atención de la salud en un sentido básicamente biológico... Aunque no quiere decir que desde una perspectiva de salud más amplia la problemática de este grupo de personas no esté siendo cada vez más reconocida por su complejidad y por el modo en que se viene colocando en agenda con el aumento de la esperanza de vida al nacer y los cambios sociales. Aunque en ese sentido lo cierto es que las acciones de inclusión, promoción de la salud, producción, la socialización, la actividad física o intelectual, vivienda digna y otras similares que se llevan a cabo desde la Municipalidad ni son específicas ni están lideradas por el sector salud. Tampoco se está considerando el desarrollo de una política sectorial que yo sepa. De hecho la mayoría de programas o instituciones se concentran en Desarrollo Social donde hay una dependencia especial que es la Dirección de Adultos Mayores.

Lo que sí existen en el sistema son iniciativas individuales de equipos o profesionales de distintos establecimientos, especialmente centros de salud que hacen lugar a actividades de promoción y prevención por ejemplo del ejercicio físico, de la alimentación saludable, del encuentro e intercambio con pares, talleres, campañas de vacunación articulando con centros de jubilados, etc. Siempre hablando de mayores autoválidos. También he oído otras preocupaciones o ideas tanto para el cuidado domiciliario de las personas con mayor dependencia y sin familia como apoyo a la vida cotidiana, que no encuadra como internación domiciliaria como las necesidades de contar con asistentes personales, cuidadores que sustituyan a familiares inexistentes o no continentales, son cuestiones que surgen frente a casos puntuales de abandono.

En salud tenemos muchas políticas sectoriales específicas para otras cosas como por ejemplo para mujeres, para embarazadas, también ciertas patologías (VIH; TBC o

Enfermedades Crónicas no transmisibles) y ciertos grupos poblacionales considerados más vulnerables, algunos como niños y adolescentes donde la vulnerabilidad se asocia a la edad. Eso en muchos casos tiene que ver con construcciones sobredeterminadas por tendencias internacionales que en cada momento dieron origen a planes o programas verticales que bajando desde la nación y atravesando la administración provincial llegan a los municipios, pero para adultos mayores no hubo mucho de eso, La mayoría de las políticas de protección para adultos mayores desde nación llegaron por la vía del PAMI o Desarrollo Social y esa es la forma que tomaron en la ciudad.

Respecto a los establecimientos especiales, además del Geriátrico que es un hospital, registrado y habilitado como tal desde la superintendencia de seguros de la nación e integrante de la red provincial de servicios en Rosario también tenemos otro que es el viejo “gerontocomio municipal” con otro nombre ahora. Este depende de Desarrollo y es algo así como un asilo para ancianos o una residencia pública.

Tienen que saber que según las normativas vigentes los establecimientos para adultos mayores son de distinto tipo: los de salud los registra la nación en un sistema que se llama SISA (REFES- Registro Federal de Efectores de Salud) y si están acordes a las condiciones de estructura definidas en el Programa de Calidad de Atención Médica la administración provincial los habilita como tales. Del cumplimiento de esas condiciones depende que además de estar autorizados para internar pacientes mayores con enfermedad orgánica o mayor dependencia se puedan facturar los servicios a la seguridad social. Esos pueden ser con internación o ambulatorios, centros de día para discapacidad, de diagnóstico o de diagnóstico y tratamiento pero siempre ofreciendo servicios de salud, con médico a cargo, equipos profesionales especializados, etc. Vale tanto para públicos o privados. Privados hay muchos.

También hay muchas instituciones a las que llamamos geriátricos que en realidad son hogares, viviendas, residencias, etc. Estas son instituciones que dependen de Desarrollo Social, son de protección social como los hogares para niños por ejemplo. Para este grupo, donde las hay de distintas características la regulación no es muy clara, tiene grandes vacíos a nivel nacional, hay algunas normas provinciales que se orientan más a definir condiciones de calidad para poder ser subsidiados o entrar en programas, pero básicamente son regulados o no por cada municipio. Rosario tiene ordenanza, otras municipalidades no las tienen y los habilitan las municipalidades como comercios o los

hay irregulares o no habilitados como casas que reciben adultos mayores para su cuidado y la familia paga... En Rosario también hay de eso.

4- ¿Qué se podría ofrecer desde Salud para cubrir necesidades de adultos mayores?

Respecto a la atención de la enfermedad nada diferente a lo que existe, fortaleciendo el trabajo en red y la adscripción. Aparecen necesidades de cuidado especiales que no son especializadas y sin embargo muchas veces no se registran hasta que son reconocidas desde el sector salud, cuando aparece una enfermedad que requiere más apoyo domiciliario, una incapacidad y en algunos casos una consecuencia de esa falta de cuidado. Como por ejemplo alguien que ayude a limpiar, hacer los mandados y trámites, a cocinar, otras que tienen que ver con la higiene del personal, con la socialización, compañía para la soledad, afecto. Otras situaciones son las vinculadas con personas con familia, con mayor o menor grado de dependencia pero a los que la familia o no quiere o no puede cuidar porque tiene que salir a trabajar. Son temas de Salud o de Desarrollo? Son cuestiones de protección para la vulnerabilidad especial de los mayores, pero responsabilidad de quién?.

En los últimos períodos, especialmente desde la consolidación del llamado Gabinete Social, hay un trabajo conjunto entre varios sectores salud, desarrollo, cultura, vivienda, producción. En este espacio, procurando abordajes integrales e intersectoriales se están llevando a cabo distintas líneas de proyectos para problemas complejos que no son específicos de un sector del Estado. Las necesidades de las personas mayores yo creo que deberían ser consideradas allí, para articular mejor lo existente y generar en conjunto estas cuestiones que cubren los vacíos. Lo de articular lo existente tendría que ser considerando también lo que cubren políticas nacionales y provinciales. El Gabinete Social está (coordinado por el Secretario de Salud (Leonardo Caruana) y si Uds. elaboran una propuesta interesante, él puede llevarlo al Gabinete Social.

A partir de lo que oigo de los equipos de salud y también de lo conversado con compañeros de desarrollo social al momento de enunciar necesidades para el plan estratégico visión 2030, la problemática de adultos mayores debe ser considerada porque va a seguir creciendo. Habría que pensar distintas cosas:

- Necesidades de cuidado que son diferentes según las personas.
- Otras necesidades de orden afectivo, social, cultural, materiales.(soledad, aislamiento, carencias materiales)

- Existencia o no de familiares o quienes puedan participar del cuidado y los límites concretos de esas personas (tiempo relativo porque también trabajan y viven) que complica el cuidado de ancianos
- Posibilidades de producir (tanto económicamente) como culturalmente transfiriendo experiencias, habilidades, memoria (intergeneracionalidad posible)

Evaluando con un buen diagnóstico lo que existe y lo que faltaría se me ocurre que las posibles propuestas tendrían que ver con:

En lo específico de salud: fortalecer el proceso de adscripción y articular recursos de distintas instancias (PAMI, muni, provincia)

Como propuestas intersectoriales: centros de día que podrían estar relacionados a un Centro de Salud, donde el adulto sería un adscripto (quienes no tienen PAMI), con posibilidad de modalidad de enfermería domiciliaria para los que lo requieran donde habrá diversas actividades, algunas ya existen como la actividad física, los talleres. Soñando digo un centros de día por distrito, intersectoriales con oferta diversificada según las necesidades, donde puedan ir a hacer alguna actividad social o cultural o a permanecer hasta que la familia regrese del trabajo, esto articulado con un programa de formación de cuidadores domiciliarios como alternativa para la generación de empleo de jóvenes para aquellos casos más dependientes o para el trabajo en el centro de día. A la inversa la posibilidad de que los adultos mayores puedan ser capacitadores en oficios dentro del nueva oportunidad.

Si.....Otra cosa serían las viviendas asistidas pensando en las personas sin recursos ni vivienda propia o la asociación de necesidades como las casas de medio camino de salud mental o las residencias europeas.

5- La propuesta ¿tiene que tener indicadores cuantitativos?

Aunque particularmente no me gustan los números, trabajo con ellos y reconozco que en planificación son útiles y necesarios. Cualquier propuesta que implique un proyecto tiene al menos dos instancias con indicadores.

La primera es la descripción de la realidad, del problema que van a caracterizar para justificar que hay necesidad de un proyecto. Lo que se dice momento diagnóstico. Eso utiliza indicadores que se toman de fuentes secundarias sean bibliográficas o de sistemas. No es necesario que los construyan Uds., pero sí que los encuentren y los usen para validar lo que afirman, esos simplemente los mencionan y citan la fuente.

Segunda Entrevista a la Dra. Raquel Musso. Diciembre 2019

Hola! Primero queremos agradecerle los textos que nos prestó y los que nos sugirió. Nos hizo leer mucho y nos complicó bastante... Como ya le contamos nosotras estamos por elaborar una propuesta, esa que según nos contó había comentado con el Secretario (Dr. Leonardo Caruana) y la Subsecretaria (Dra. Silvia Marmioli) y se habían mostrado interesados.

Ja! Lo hacemos siempre que podemos y especialmente cuando traen problemas que nos interesan y no tenemos tiempo de ponernos a estudiar, hay otra prioridad o no se nos caen ideas. Esta bueno que lo hagan los jóvenes, los estudiantes. Pero no todos te devuelven su trabajo. Cuando lo hacen aportan mucho, ideas, miradas muy críticas que a veces te sacuden, pero que te sirven. Con los de TS, psicología y ciencias políticas hemos interactuado mucho especialmente cuando trabajábamos en Atención Primaria de la Muni. Con alumnos de RRII yo personalmente no he tenido experiencia.

En este punto queremos información antigua, sobre su experiencia en el Proyecto OPS, cuando era Directora de Planificación Estratégica del Ministerio. Como nosotras justificamos hacer la tesis con Ceci Cuenya, que estudia relaciones internacionales pusimos el punto de nuestro encuentro en ese proyecto, pero ella llegó como producto del proyecto y queríamos antecedentes.

Ser viejo es bueno para eso. Nos funciona mejor la memoria retrógrada que la anterógrada. Si, Cecilia fue una de las coordinadoras convocadas, creo que se dice la técnica, pero en realidad las funciones eran técnico- administrativas. El otro chico, el coordinador administrativo era economista, era el que se ocupaba de las cosas del dinero, pero creo que abandonó el proyecto rápido. Yo en el 2015 me enfermé y luego a fin de año ya me volví a la Muni. Hasta el primer tramo las acompaño.

Sobre los consultores, ¿Uds. los contrataron? ¿Cuál fue el mecanismo de selección y de contratación? ¿Tuvo que ver con la disciplina?

Quien los contrata es el Proyecto. Los sueldos de coordinadores y técnicos contratados salen de una cuenta especial de proyecto. Justamente de los fondos de OPS. Estos eran prácticamente todo para sus sueldos y un poco para comunicación social y para eventos de capacitación. Me acuerdo que la mayor inversión era la nuestra, el Ministerio la presupuestaba dentro del Proyecto y la dejaba anclada ahí a partir del convenio. Se estila que se eligen primero por distintos criterios el primero y principal es saber

quiénes son. Luego se arman los llamados “términos de referencia” a su medida y se adjuntan dos CV más diciendo se ha optado por tal persona entre estas tres. En este caso el economista si fue por la disciplina, lo de relaciones internacionales fue azaroso, pero le encantó a la gente del Área.

¿Se acuerda del número de convenio y las fechas?

Ah, no! Eso no me pidan, busquen en internet si Cecilia no lo tiene, ahí está todo subido tanto por OPS Argentina, por Ministerio de Nación como por Noticias del Gobierno de la Provincia. Pregúntenle las fechas y encuentren alguna referencia oficial más certera que mi memoria en esos sitios.

Entrevistamos al Dr. Capiello pero él nos habló en general de la cooperación. Nos dijo que porque ya no estaba como Ministro no tenía detalles de este Proyecto y nos sugirió le preguntemos a Ud. que estaba a cargo de planificación o al Dr. Drisun que lo siguió como Ministro. Nos mencionó que todo empieza en Rosario y nos habló de la ONU. ¿Ud. nos podría ayudar a reconstruir con lo que recuerde, también de otros proyectos de cooperación?

Lo que pueda. Lo demás como les dije pídanle a Cecilia los documentos y busquen en los portales de OPS Argentina, msal.gov.ar y santafe.gov.ar y ha de estar todo ahí. Tal vez estén a tiempo de entrevistar a María Julia Reyna o a Matías Piatti que eran las personas de RRII con las que interactuamos en esto de la OPS. Ellos miran las cosas desde otro lugar. Yo les puedo hablar desde las políticas de salud o la gestión de salud. Tengo los teléfonos todavía acá si los quieren.

Les voy tirando una secuencia, de a momentos, como me vaya saliendo y Uds. reconstruyen con eso, lo de Miguel y otros entrevistados y lo de los portales. ¿Quieren? Pulan bien lo que digo, hay cosas que pueden no ser políticamente correctas, no me hagan quedar mal. Supongo que esta entrevista muere en la tesis y no van a usar citas textuales ni nombres si eso no es necesario.

Bueno, muchas gracias. Por supuesto, cuente con eso.

Primero, al toque que llegamos a la provincia, cuando era Gobernador Hermes (Binner) y Ministro Miguel Capiello entiendo que se habían comenzado a tirar líneas para construir soporte Internacional a la gestión. A algunos referentes extranjeros del área salud los habíamos conocido en el CEMUPRO. Los que nos pedían información eran de Economía, de Municipios Comunas y Regiones y de un área que se llamaba Unidad de Proyectos, (esta era para los grandes hospitales regionales). Nosotros del Ministerio

éramos los proveedores de descripciones, informes, planes y proyectos que teníamos en borrador. El Dr. Sciara desde economía y Mónica Bifarello (que en ese momento estaba en Municipios y Comunas y después paso a Desarrollo Social) habían quedado con muchas relaciones como con la gente de la comunidad Europea desde el Urbal en Rosario y otros proyectos que no sé bien cuales eran y los estaban activando. Silvana Codina (la arquitecta de la Unidad de Proyectos) tenía otras redes por la construcción del CEMAR y el Nuevo HECA en Rosario. A veces venía algún visitante al Ministerio. Quien fuera Ministro lo recibía formalmente y luego lo llevábamos a la oficina de Planificación o a la Secretaría de Salud donde estaba Débora (Ferrandini). Recuerdo españoles y belgas que nos entrevistaban, nos pedían datos, que les contemos problemas, etc. Lo único que sé que eran todos “amigos” y que estaban colaborando con la cuestión de la Reforma del Estado, regiones, descentralización. Salud no era la especificidad. Mientras nosotros hacia adentro de salud estábamos reconociendo el espacio, construyendo equipos y pensando las estrategias, escribiendo nuestros planes. Luego, por ahí en el 2011 (creo). Cuando Mónica Bifarello ya estaba en desarrollo se hizo un taller grande en el hall de la casa de Gobierno de Santa Fe con gente de la ONU, fuimos con Adriana Restivo (Coordinadora de Gabinete), Cristian Godoy (Información para la Gestión) y Cecilia Moyano (Vigilancia epidemiológica). Mónica lo organizó y lo coordinaba, tengo muchas imágenes y poco contenido. Se evaluaban los logros y los pendientes de los Objetivos del Milenio y se estaban formulando las líneas de base nacionales de lo que luego serían los ODS. Nuestra participación era como un espacio para mostrar que buenos y confiables éramos con el manejo de la información, que sólidos técnicamente para seguir abriendo puertas y terminar en convenios con organismos de la ONU, especialmente los de políticas sociales donde contamos salud, desarrollo, cultura, trabajo, hábitat, etc.

Recién sobre el 2014, cuando primero Miguel Capiello y luego Antonio Bonfatti (que ya era gobernador) habían ido a EEUU, habían estado en Boston con Harvard y en la OPS/ONU haciendo contactos, cuando la responsable de RRII era Julia Reyna en esa fecha que antes estaba iniciando el Gabinete Social y había otras chicas más jóvenes en RRII que no me acuerdo el nombre). Bueno, para esa fecha el Gobernador y el Ministro me citan y me dicen -ya está el acuerdo con nación y podemos hacer un proyecto con OPS, van a venir ellos con sus prioridades tal día. Hay que intentar introducir las nuestras y si no se puede atenuar la fuerza de las imposiciones, te van a contactar de RI-

Así fue la primera visita de ellos que eran como diez y una puesta en escena en la oficina del Ministro donde invitamos gente de seguridad, de desarrollo, de cultura, de educación. Ellos nos pasan un PPT de sus prioridades y nosotros habíamos acordado pedir un proyecto intersectorial que fortaleciera el Gabinete Social y el Gabinete Joven (los espacios de articulación, pero su agenda era información, evidencia, bioética, eran salud nomás). No se podía. Eran filial local de OMS. Ellos están fragmentados como el estado y como la ciencia: la UNICEF, la UNESCO, a OMS, cada uno su organización, su presupuesto, su modo de ver el mundo y sus intereses. El acuerdo sólo podría involucrar al Ministerio de Salud.

Es recién después de ahí donde con los equipos de las áreas dependientes de planificación (comunicación institucional, informática, formación de residentes y fundamentalmente información para la gestión que suma a epidemiología y estadística) entramos a jugar en ese espacio. Pero desde un lugar exclusivamente técnico. Primero voy a algunas reuniones en Buenos Aires acompañando a María Julia para fijar las gruesas líneas de acuerdo y tratando en la medida de lo posible de tensionar a nuestros intereses, mirándola por si me excedía para callarme, porque no son espacios justamente de transparencia esos. Luego ya empezamos a escribir y completar las grillas con toda la artesanía posible para que calce lo que queríamos en las matrices de problemas, actores y objetivos de manera que nos deje ciertos gradientes de libertad. Eso lo hacíamos con intercambios por mail con Matías de RRII y ya el camino estaba aceitado porque habíamos aceptado casi todas las reglas de juego nos dejaron espacio para que nuestras fichas convivieran en el mismo proyecto.

Luego se fueron haciendo reuniones por módulo o componente en santa fe. Nuestros equipos y los de OPS para la planificación operativa, cronogramas de actividades, cómo las hacíamos, quien venía de ellos, a quien contratábamos. Ahí acordamos los nombres de los consultores y no hacer una unidad de gestión sino un equipo mini para no gastar todo el dinero en superestructura y fundamentalmente para no construir una gestión paralela que después trae más problemas que beneficios. Fue muy fácil acordar eso porque en salud los programas con financiamiento externo en países latinoamericanos son un problemón, los piensan desde el otro lado del mundo. Pero el referente de OPS era un uruguayo, lo conocía a Fernandez Galeano del Frente Amplio que era amigo de la gestión, ya se estaba por jubilar y se quedaba mucho en Argentina y Uruguay. Nos facilitó todo.

En paralelo la gente de Administración gestionaba la cuenta, la gente de Legal y Técnica los papeles y ya empezábamos a ampliar las discusiones en torno a las acciones que en su mayoría los primeros eran arreglos informáticos o sistemas que ya estábamos pensando y habíamos metido como instrumentos de construcción de evidencias, la telemedicina, el registro de investigaciones, la construcción de la comisión de bioética donde participaba Beatriz Martinelli que estaba en farmacia y luego pasó a coordinar ese espacio. Lo de gabinete social y gabinete joven, el plan de consumos y esas cosas del recursero y los cursos los conocen mejor Uds. que yo.

Luego, cuando está la plata en la cuenta porque tiene todas las firmas de Ministro, Gobernador, ok de Nación, OPS argentina y OPS central contratamos a los chicos y arrancamos formalmente. Se hace un acto cuando se firma, sale en el diario (busquen en noticias).

Nosotras vamos a armar el Proyecto con base a un manual que se usa en la Cooperación Internacional que usa el Enfoque de Marco Lógico. Tenemos en bibliografía modelos que hablan de grandes proyectos, centrales, pero no de los que implican planificación local. ¿Qué opina? ¿Nos puede sugerir algún formato para hacer el proyecto?

Uy! Que mal las veo! Salvo administradores y evaluadores externos, los que trabajamos en planificación de salud padecemos estos instrumentos. Te cambian el rumbo de un proyecto. Esconden lo político, las determinaciones y luego el método te lleva a reproducir lo que querés cambiar. Si sabía no les daba tanta bibliografía de la salud colectiva y DDHH y las dejaba con la oficial que responde a la línea de OPS. Pero Uds. habían notado las contradicciones y lo pidieron. Como sé que Uds. estudian otra cosa (creo que Matus y Rovere, como nosotros los tenemos a ellos y a Mario Testa como el gran referente del pensamiento estratégico en salud) pensé que iban a escribir un documento más político, no que iban a completar una plantilla preformada. ¿Para qué se meten en ese bolonqui?

Es que queremos ordenar todo para que les sirva de verdad a los ejecutores y que se pueda pedir dinero con eso, con las herramientas que piden ellos ¿Nos puede sugerir algún formato?

Bueno. Conozco la lógica de planificación desde que empezaron los programas verticales en los 90 (trabajé en el PROMIN Santa Fe en esa época) y luego fui evaluadora del de otras provincias. No es ningún orgullo haber sido consultora del BIRF en los 90,

pero Rosario hizo la diferencia y de eso si me enorgullezco. Se usa la palabra estrategia y se planifica normativamente con esa metodología en OPS, OMS y en los Ministerios tanto Nacional como Provincial. Te lo piden así, porque evalúan los procesos y le sirve a quien paga para controlar y como disciplinador, así hay que armarlos por eso digo que el trabajo es artesanal, no es un trámite como te puede parecer acá tenes el formulario llena tu proyecto, este es el instructivo. Bueno, les busco algunas plantillas de nación como ejemplo, entendiendo la lógica Uds. pueden armar el suyo. Tengo de salud muchos (redes en salud por ejemplo tiene un formato sencillo y flexible), pero creo que los mejores son los de hábitat porque como quieren hacer una vivienda por un lado va el proyecto de obra y por otro la intervención social a la que le llaman de desarrollo humano) Les mando esos dos.

Gracias por todo, esperamos el mail y no volver a molestarla.

Por nada! Suerte!

6. Entrevista a Virginia Moretti y Carla Pontelo

(Trabajadoras Sociales de la Dirección Provincial de Adultos Mayores del Ministerio de Desarrollo Social)¹²²

Nosotras acá lo que hacemos es atención a la demanda espontánea y a las derivaciones, las derivaciones pueden ser de la Muni, de hospitales de ONGS distintos organismos que recepcionen adultos mayores como “Sol de noche”, el familiar generalmente es por asesoramiento, por temas de violencia, se reciben muchos llamados sobre todo en estos dos años desde el 144 por situaciones de violencia, de convivencia porque el 144 recepciona pero si son adultos mayores nos lo manda para acá. Pero en situaciones de violencia primero hay que hacer la denuncia. Pueden venir por ayuda económica, en este contexto son muchas... para mejorar la calidad de vida, por temas de salud, por tema alimentario y sino por ingresos a hogares oficiales. Los Hogares oficiales en toda la provincia son 19 (son de la provincia, en distintos lugares desde Tartagal hasta Rufino), el de Rosario está cerrado por reformas desde diciembre del 2017, la obra esta se tiene que reabrir y todos los adultos mayores que estaban fueron reubicados.

El ingreso a estas residencias es para personas adultas mayores a partir de los 60 años con un perfil de autovalidez porque los hogares oficiales no cuentan con personal médico o de enfermería para brindar la atención sino que acompañan la vida del adulto mayor, entregan medicación pero no hay atención , algunos hogares cuentan con algún miembro profesional pero los hogares nuestros son residencias no geriátricos , residencias de puertas abiertas , es decir que el adulto mayor puede continuar realizando algún tipo de trabajo informal fuera de la institución, al ingresar a los 60 (sobre todo los hombres) no cuentan con ningún ingreso (no tienen la jubilación y dentro del hogar se acompaña a tramitarla muchas veces)... por eso salen a hacer alguna changa.

Si tiene PAMI no puede ingresar, en primera instancia, pero PAMI ofrece geriátrico, no residencias de puertas abiertas... la diferencia es que los hogares de puertas abiertas dependen de Desarrollo y los geriátricos del Ministerio de Salud (la auditoría médica). Mucha de la gente que viene no quiere un geriátrico quiere un hogar. El ingreso es sin costo pero se aporta voluntariamente lo que cada residente puede.

¹²² La entrevista se realizó conjuntamente a las dos trabajadoras sociales.

La cantidad de residentes varía según el hogar, el de Rosario en su mejor momento había 46... pero tiene capacidad para 70. Cuando fueron reubicados se hicieron entrevistas (hay dos psicólogos y una trabajadora social) y se analizó cada lugar de derivación y se les fue proponiendo se tuvo en cuenta la realidad de cada uno si tenían trabajo por ejemplo, Rosario tiene una realidad muy diferente a las localidades más chicas incluso a Santa Fe , acá casi todos tenían un trabajo informal (cuidacoches, limpiavidrios) en la localidades más pequeñas es diferente. Se evaluaron los vínculos familiares, si tenía algún tipo de problema de salud para ver el hospital de referencia, a todos se los ubico en el resto del nodo sur.

Cuando estaba abierto el Hogar de Rosario los centros de salud a los cuales se diferenciaban era "Luchemos por la vida" o "Supercimiento", también depende de donde venían las personas muchos se siguieron referenciando desde donde venían, muchos que estaban en situación de calle por ejemplo siguieron en el Cemar o Centenario, depende las historias de vida, son sumamente complicadas las historias que vienen acá. Cuando se van fragilizando derivamos.

Las personas que llegan acá vienen porque no tienen vínculos familiares que los puedan contener, o dejaron de poder pagar un alquiler o una pensión o no han tenido nunca una casa y estaban en situación de calle y ya no quieren más seguir así, muchos de los discursos son "la calle esta terrible, no es lo mismo hace 10 años que ahora" otro tema son las adicciones , no está permitido el consumo de alcohol dentro de la institución, pero se sabe que si estuvo 20 años en situación de calle es muy difícil el abordaje.

Hoy en día cuando nos llegan personas sin vivienda tratamos de indagar sobre los vínculos y si está dispuesto a ir a un lugar fuera de Rosario porque para que no se pierda también sus vínculos.

Se trabaja con la muni en derivaciones del refugio de ellos y si alguien tiene que quedar en algún lugar permanente, ahí nos llaman.

Una cuestión es que no pueden tener problemas de salud mental.

También derivaciones de hospitales y ahí ellos tienen que hablar con el Samco de cada localidad.... para derivar.

Cuando se va fragilizando casi siempre tiene PAMI y sino ahí con hogares conveniados (son geriátricos privados que se realizan convenios con cantidad pequeñas de plazas)

En el hogar acá en Rosario es un hogar mixto con habitaciones compartidas... no siempre son mixtos... acá han formado pareja, se van trabajando esas situaciones.

No todas las residencias son iguales, hay uno que aún tiene pabellón, el resto tiene habitaciones de dos o cuatro. También hay talleres según los intereses de cada residencia.

El de Rosario se tendría que haber abierto en el 2018 pero se fue postergando... por el tema económico, el presupuesto quedó chico, especulamos que puede ser antes del cambio de gobierno.

Pero hay que trabajar muy bien quienes quieren volver, los equipos de trabajo también que fueron reubicados.

Hay una cocina centralizada que tiene horarios, muchos salen y tienen que avisar si vuelven a almorzar o no... por una cuestión de respeto y convivencia, no hay menú a la carta hay dieta equilibrada que elabora la nutricionista, según cada situación de salud incluso.

Lista de espera no hay se trata de ubicar a todos

Hay muchos que es transitorio y muchos se quedan permanentes, algunos esperan que les salga la jubilación para poder alquilar una piecita.

Y cuando necesitan un cuidado especial se los reubica. Cuando hubo que reubicar algunos no quisieron, hay veces que no se adaptan y se los reubica a otras instituciones.

Trabajamos con situaciones de mucha vulnerabilidad; familias numerosas hacinadas.

Nosotros no tenemos programas de actividades de día y eso, esas cuestiones pasas por la secretaría de integración social (que depende de la dirección), no tenemos convenios con centros de día si asesoramos sobre espacios que hay.

Hay personas que están muy solas que nos llaman muchas veces solo para hablar, entonces trabajamos eso y que encuentren un espacio.

Con los Caían si trabajamos, derivamos.

Acá en este edificio estamos nosotras y habilitación / inspección de hogares privados, hacemos también capacitaciones sobre habilitación de hogares privados autoválidos y temáticas particulares (nutrición, buenos tratos, consumo de sustancias) para los residentes y trabajadores de salud.

Nosotras y la psicóloga hacemos el seguimiento de las personas que son reubicadas.

El adulto mayor acá llega solo, puede tener hijos pero no tienen vínculo, en general son solos, rompieron vínculos (no es lo mismo que en lo privado)

No solicitan entrar por soledad, sino por situación de calle o al borde de... porque no pueden afrontar un alquiler, no tienen vínculo con la familia... no todos quieren ingresar

al hogar pese a que es abierto, muchos quieren seguir en el lugar que están o en la situación de calle... tienen derecho a decidir acá los ingresos son con consentimiento.

Si la precariedad habitacional es terrible y no quiere ingresar se trata de subsidiar algo para mejorar la vivienda, son ayudas económicas de 3000 pesos por única vez anual.

Hay una vivienda compartida comunal que existe en Santa Fe que nosotras mandamos a un señor, tiene una cocina centralizada y nosotros tenemos un convenio y son de 4 personas.

La localidad es Clarke (tiene 1300 habitantes y está a 65 km de Rosario)

7. Entrevista a Miguel Cappiello.

(Médico, múltiples cargos en la gestión de salud de Rosario, Interventor del PAMI ex Ministro de salud de la provincia de santa fe 2007/2012, legislador municipal y provincial.)

Luego de explicar los motivos de la entrevista.

Respecto a las cuestiones relacionadas con las políticas de salud para adultos mayores, ¿qué puede decirnos? Desde la provincia, desde la municipalidad, desde el PAMI. Un poco de todo, con el orden que Ud. quiera, le vamos a ir tirando líneas sobre lo que quisiéramos saber.

Bueno. Vos tenés por un lado los adultos mayores y sus problemas. Algunos son de salud, como los de todas las personas pero con el perfil de patologías propias de la edad como enfermedades crónicas, neurológicas, cardiovasculares, metabólicas, reumáticas o tumorales, por citar las más frecuente y el mismo envejecimiento, que sin ser enfermedad te trae limitaciones y deterioro progresivo del cuerpo y la mente.

Otros son los problemas respecto al acceso a la atención de la Salud. Yo fui Director de PAMI. Con todas las dificultades que se puedan presentar en Rosario con la existencia de los Institutos la cosa está bastante cubierta. No es lo mismo en ciertas áreas donde son otras estructuras las que responden y mucho menos en los pueblos. Ahí es cuando aparece el sector público, cuando el jubilado o su familia apelan al hospital. Me refiero a gente que cuando activa tuvo cobertura de obra social y un sueldo, no a la gente que accede a jubilarse o a tener PAMI pero siempre uso el hospital, ese no quiere dejarlo por nada del mundo y a veces queremos que el gasto lo asuma el PAMI si se trata de cosas de alto costo. Como cada vez se universaliza más la jubilación, más gente queda con PAMI y menos apelan al hospital. Hablo en general, en años como este cuando los servicios se recortan, los plus se aumentan, los vademécum se achican los jubilados vuelven a buscar atención de la salud en las redes públicas.

¿Qué diferencias hay entre las redes provincial y municipal? Ud. las conoce bien a las dos.

Bueno la red municipal es más flexible, está menos burocratizada, se trabaja más en equipo, los que tienen más autonomía. La reforma que estábamos expandiendo a nivel provincial tiene menos años de evolución, una escala grande, una dispersión y heterogeneidad territorial que hace que la gestión sea difícil y hasta leyes y cuestiones administrativas que son problemas. Pero en esencia para ambos los ancianos son un ciudadano más con un problema de salud que tiene que ser atendido, se pone mucho énfasis en la familia con la que se trabaja cuando la hay y se puede y estos procesos son muy medicalizados, tal vez menos en municipalidad, pero no dejan de estarlo.

Lo que es interesante lo que hacen ciertos centros de salud como actividades de taller, cine debate, espacios recreativos, artísticos, bailes, teatro. Juntan adultos mayores, aunque no excluyen a otros apuntan al envejecimiento saludable y activo.

Ya que menciona eso, ¿qué opina de la iniciativa de envejecimiento activo y saludable de la OPS?

Está buena, es una necesidad de las personas y de los sistemas estatales, no se pueden crear más instituciones para depositar mayores, discapacitados, locos, hay que incluirlos, son ciudadanos como los que trabajan, que ya trabajaron antes, pero tienen mucho que aportar a la sociedad, su familia. Respecto a los AM cada vez son más, más tiempo se vive, se acumulan personas mayores y en vez de ser una alegría se termina leyendo como problema. Las contradicciones de la humanidad y las ciencias.

¿Qué se ofrece desde salud en ese sentido?

Lo que te contaba, cursos para cuidadores que se hacen con las instituciones específicas, el geriátrico provincial, algunos programas que son intersectoriales, básicamente con deportes, cultura o con desarrollo. El mayor problema es cuando no son autoválidos que requieren institucionalizarse porque la familia no los puede cuidar o no tienen a nadie. Ahí cuando tienen cobertura se pide en PAMI o IAPOS o la obra social, pero sino hay que buscar en el estado y hay muy pocas plazas para crónicos, Si sólo están demasiado grandes y dependientes pero no son enfermos van a hogares algunos de desarrollo, otros privados o de OMG subsidiados o pagados por las familias. Por PAMI solo geriátricos autorizados.

Y cuando se trata de personas solas pero autoválidas y sin vivienda digna, que viven en casas muy precarias o en la calle ¿Qué se hace?

Bueno, eso interpela a todos. Nos empezamos a derivar el problema de municipalidad a provincia, de provincia a nación, de salud a desarrollo, de desarrollo a hábitat y mientras sigue en la calle. No son tantos por suerte, pero los hay y eso es serio. Lo de los refugios es algo nuevo y no todos lo usan, a veces se pagan habitaciones en pensiones por un tiempo o alojamiento en hogares que son ONG, tanto desde la provincia, de la muni, luego le pedimos a nación. Otros países tienen refugios, viviendas compartidas, viviendas cooperativas. Acá la gente pudiente lo está planificando y la gente de negocios está invirtiendo en algo que va a tener mucha demanda. Del mismo modo que te aseguran tu retiro, te aseguran el auto, te aseguran la vivienda compartida para tu soledad de AM, te aseguran la vida o te aseguran el descanso eterno.

¿Conoce el Proyecto OPS del Ministerio de Salud que empezó en el 2016?

¿Cuál particularmente? Creo que hubo más de un acuerdo con participación de OPS en esos períodos. En Salud somos OPS/OMS adictos. Supongo que te referís al grande, al de la informatización de la investigación y otros procesos como los educativos (educación virtual) y la construcción de evidencias para la gestión y la clínica.

Sí, ese.

Ya no estaba en el Ministerio cuando se produce, aunque estuve en los actos, cuando presentaron resultados. Me invitaban como legislador. Cuando era ministro andábamos tras de eso. Era por el 2008, recién llegados a Santa Fe, cuando nos visita por primera vez gente de la ONU por eso de los Objetivos del Milenio, se hicieron talleres grandes en reforma del Estado (gobierno), en eso estaban Mónica Bifarello y María Julia Reyna, ambas profesoras de la Facultad de Uds. Una se ocupaba de las relaciones internacionales y otra de las cosas más técnicas de planificación. Nosotros le proveíamos datos para construir las líneas de base, identificábamos problemas. Luego se hace un gran convenio marco que nos pone luego a trabajar a cada uno con los organismos específicos. Más tarde se produce el acuerdo con OPS que lleva al proyecto que me decís, cuando se sortean obstáculos con Nación que no nos dejaba acceder de

forma directa. Antes, habíamos firmado otro con OMS y PNUD para comprar medicamentos más barato.

¿Qué opina de la Cooperación Internacional en Salud?

Tiene sus cosas buenas y cosas malas, pero yo me quedo con las buenas. Todo intercambio te permite ampliar tu perspectiva, conocer otras experiencias, gente con mucho conocimiento experto que ha circulado por otros países, te permite explorar otras realidades y aprender algo. En general vamos con la idea de conseguir dinero o equipamiento y nos terminan vendiendo, algo que si no hace mucho daño tiene un fuerte peso de publicidad, por eso si lo podemos manejar lo malo no importa demasiado.

En casi todas las situaciones que conocí terminamos confirmando como equipo que teníamos ideas, capacidades, información producida y mucho para mostrar. Eso nos fortalecía hacia adentro, nos agregaba entusiasmo. También en los intercambios pudimos entender que no hay receta para hacer política y que un proyecto solo se construye dentro del territorio si querés que sea viable, aunque a veces los proyectos tienen la receta incluida no siempre se puede cambiar la letra. Luego si es que nos pudimos dar cuenta de eso y darle una vuelta siempre vino lo lindo: nos invitan a contar a otros países lo que hacemos, como lo logramos, hablan bien de nosotros, salimos en el diario, nos dan premios. De eso se ha tratado la Cooperación Internacional tanto en Rosario como en Santa Fe, de internacionalizar un proyecto, un modo de gestionar. Busquen en los portales y vean que se dice de eso en ambos: el de la municipalidad y la provincia. Es que las personas que estuvimos en Santa Fe ya veníamos conociéndonos de años de trabajar en el mismo proyecto y pensar la CI con este sentido, Hermes lo tenía claro, había que fortalecerse con apoyo político internacional, de instituciones importantes porque muchas veces íbamos a contramano de lo que sucedía en la nación o la provincia. De esa experiencia de Rosario como te dije ya nos conocíamos y teníamos ejercicio con Mónica, María Julia, Antonio (Bonfatti), Hermes (Binner), Ángel (Sciara) y equipos intermedios que luego sabían cómo avanzar para obtener los beneficios y minimizar los impactos negativos de los proyectos (siempre los hay) , también condicionamientos. Nosotros no estamos del lado de los que tienen la sartén por el mango, hay que saber jugar con eso. Por eso los acuerdos de los que más

beneficios sacamos y más innovaciones pudimos producir fuero los que tuvimos por ejemplo para hacer el Lazarte con academias brasileras o con la comunidad europea para rehabilitación o en el urbal.

8. Entrevista a Misel Carnino

Hola! Bueno antes que nada te vamos a preguntar por vos y después te vamos a tirar unos cuantos ejes de referencia de cuestiones relativas con nuestra tesis para que nos cuentes desde tu experiencia en gestión lo que recuerdes.

Primero, ¿cómo llegaste a trabajar en gestión en salud siendo licenciada en historia? ¿cuál era tu función de la Dirección de Coordinación de Proyectos?

Bueno yo cuando estaba cursando la carrera de historia fui ayudante de cátedra y me ofrecieron sumarme un grupo de investigación, el CESS, en el que estaba Susana (Belmartino). Por ese entonces no era común estudiar sobre salud, no había mucho, me resultaba interesante. Estudiando también después hice las formaciones del Lazarte. Y ahí las conocía a Silvia (Comba) y a Raquel y a Silvia por su militancia le ofrecieron la Secretaría de Salud de Puerto San Martín y me convocó a trabajar. Y bueno ahí empecé. La gestión no tiene que ver con la profesión o la disciplina, tiene que ver con un proyecto político, con un trabajo ideológico. Y bueno ahí fui haciendo mi camino estudiando y trabajando en salud hasta que llegué al Ministerio donde nos conocimos.

Bueno... esa Dirección era sólo un raviol o cargo disponible, parte de la estructura de administración que se desmembró de ella para darle flexibilidad y convertirlo una estructura matricial. No tenía una estructura propia. Ni siquiera un espacio. En lo real mi función se fue configurando como la de un gestor interno que se ocupaba de trámites logísticos para proyectos de capacitación propios del Ministerio, especialmente aquellos con eje en la formación de enfermeros (la provincia tiene escuelas de enfermería) que participaba de la organización de eventos y encuentros y que por distintas cuestiones relacionadas con mi perfil se me incluye transversalmente en un equipo técnico-político amplio que se configuró dentro de la Dirección de Planificación Estratégica e Información desde el que distintas personas aportábamos a una diversidad de procesos que se entrecruzaban ahí entre los que te puedo mencionar los educativos, la planificación, la programación y elaboración de proyectos, la revisión técnico sanitaria de ciertas normativas, la producción e integración de información, la informatización del sistema de salud provincial, la conformación de estructuras nuevas o planeamiento institucional, el apoyo a la definición de políticas de selección de recursos humanos (perfiles, etc.). La idea de esas mesas de trabajo o colectivos en el nivel central tenían

que ver con poder juntar partes del ministerio que funcionaban desarticuladas al máximo y fundamentalmente personas que siendo parte de equipos técnicos y políticos tenían muchas diferencias ideológicas o conceptuales que no ponían en discusión porque todo pasaba por lo operativo, se planificaba muy normativamente y luego las cosas no sucedían. Era como un espacio de educación permanente para gestores del que saldría luego la expansión de ese proceso al nivel territorial. Hacer reuniones grandes, mezclando gente de la planta y personal político para discutir lo político (en términos de ideológico y no partidario) fue toda una revolución para las lógicas ministeriales y por supuesto de alta conflictividad y tensión. Volviendo a mí aparte de aportar en esos espacios, en el centro de todo esto mi responsabilidad directa eran las escuelas de enfermería y el apoyo a procesos regulatorios y de gestión de la formación desde el ministerio.

Siendo Licenciada en Historia ¿le fue difícil integrarse en un equipo de salud?

Las dificultades se presentan más por cuestiones institucionales, personales e ideológicas que por la profesión. Quien trabaja en políticas sociales, sean de salud, de desarrollo, de cultura trabaja en el espacio de lo que llamamos el campo desde el que se analizan los problemas y se proponen las intervenciones, se gestiona, no hay prácticamente profesión que no pueda ser incluida. Tampoco hay alguna que pueda sola, aunque eso crean los médicos o los enfermeros. Diferente es la cuestión nuclear de la atención profesional, del cuidado, el diagnóstico o el tratamiento, ahí no vale cualquiera, a los saberes técnicos del campo se apela desde el núcleo, en ese lugar tiene pertinencia el TS, pero sin embargo a nivel nacional no está incluida como una profesión con especificidad en el campo salud, aunque se la considera como parte de los equipos ampliados, y se torna imprescindible en algunas situaciones.

Por ejemplo ser licenciado en historia o licenciado en relaciones internacionales no nos permite ir a gestionar una institución de salud o hacer clínica, pero si podemos hacerlo si somos trabajadores sociales, especialmente en salud mental o atención primaria. Pero eso no es formal, es una construcción de hecho, la corporación logró entrar, que le reconozcan el pase al agrupamiento profesional donde por ejemplo enfermeros aún no están. Somos bichos raros y es menos común pero los historiadores podemos trabajar en salud, no solo en educación. Podemos aportar al análisis epidemiológico, a indagar la

historia de las instituciones para explicarlas y luego intervenir sobre ellas, los licenciados en relaciones internacionales apoyar a los equipos políticos en las cuestiones relacionales en distintos espacios, cosas protocolares, acompañar gestiones (en salud pública hay mucho trabajo de eso) luego hay funciones administrativas que todos podemos hacer. Pero los lugares hay que pelearlos, legitimarse en esos espacios da mucho más trabajo a quien no viene del campo y es peor para los que no podemos aportar al proceso más nuclear que es el de diagnóstico y tratamiento.

¿Recuerda el Proyecto OPS?

Si, por supuesto.

¿Qué tuvo que ver con su planificación y gestión?

Bueno, no participé de la planificación ni gestión inicial. Poco puedo decirte de eso.

Lo que recuerdo es que con otras áreas que se dedicaban a investigación o formación de recursos humanos fuimos consultados desde Planificación respecto a cosas que nos interesaría poder hacer pero no había como administrativamente, era a efectos de que quedara presupuesto comprometido dentro de un proyecto de los que caían para ser analizados ahí. Dentro de eso con la Directora de Residencias agendamos un curso para tutores, con la referente de investigación un encuentro sobre bioética y actividades de capacitación en metodología de la investigación. Luego me convocan un largo tiempo después a que lo hagamos y a participar en la comisión de información que estaba desarrollando un módulo informático para registrar de manera integrada y regular procesos educativos y de investigación. Todo lo demás que te puedo contar toco de oído solo por compartir un espacio físico y amistad con otros compañeros involucrados formalmente.

¿Y con la construcción de acuerdos de cooperación internacional o gestión de otros proyectos de este tipo?

Tampoco. Nunca tomé contacto como referente del Ministerio con organismos internacionales. Salvo en eventos o reuniones formales.

Pensé que como eras Coordinación de Proyectos abarcabas todos los Proyectos...

No, no era así, una cosa son las denominaciones formales de cargos que ya existían y otras las funciones que asumimos en el marco de un proyecto político y de un equipo político. Lo nuestro eran funciones políticas, se trataba de formar equipos y aportar lo que uno mejor sabe hacer a lo que todos queremos lograr. Aparte nadie puede abarcar todos los proyectos en una organización tan grande y heterogénea como el Ministerio de Salud. Creo que por suerte no me tocó lidiar con los equipos de organismos internacionales, los intercambios solo se produjeron cuando los acuerdos estaban firmados y me tocaba algo para hacer que tenía que ver con lo que yo ya estaba haciendo... Lo más próximo fue mi participación en la gestión durante una formación en enfermería con una fundación española (fudem), se hicieron dos proyectos consecutivos, pero eran chiquitos, un curso de profundización para enfermeros del norte de la provincia. Con la cooperación internacional los procesos de planificación y administrativos son complejos y muchas veces resultan en cuestiones como proyectos o programas paralelos a los de la estructura provincial, todo un problema.

¿Por qué?

Por ese paralelismo, porque tienen lógicas administrativas diferentes y tienen que cumplirse y eso para la gente de administración es un trabajo más. Igual son importantes desde el punto de vista político y a veces financiero y también necesarios, pero no somos los funcionarios intermedios los que decidimos si se concretan o no los acuerdos que lo permiten, pasan por lo macropolítico.

Lo que explico es que no siempre dan mucho dinero, no los elegiste, te ponen condiciones y trabajo extra. Igual como beneficio puedo decir que permiten que el dinero se gaste de manera más fácil, a veces sorteando circuitos internos muy lentos y que el dinero se preserve presupuestariamente para ciertas prioridades u objetivos, cuando coinciden con los nuestros. Casi todos te imponen asistencia técnica y capacitación que no siempre es la que necesitás. En eso las ONG de la comunidad europea (FUDEM) son mucho más flexibles que los organismos como OPS/OMS. Los modelos de gestión más ortodoxos pensados en inglés, llenos de siglas y generalizaciones y solicitudes de datos para ellos son en general problemones. Ni te cuento cuando el birf está detrás!!

Respecto a las cuestiones relacionadas con las políticas de adultos mayores, ¿qué puede decirnos?

También poco. Eso se hace casi todo desde desarrollo. Aprendí cosas en esto con mi mamá, con los trámites de PAMI, con sus enfermedades. Pero creo que los problemas más grandes de los viejos son que están solos, poco ocupados, que terminan siendo una carga para la familia porque requieren compañía y ayuda para cosas cotidianas que no son tratamientos de enfermedad, eso en general se consigue y es tanto mejor cuando mejor cobertura y más dinero tiene el adulto mayor. Leí y escuche bastante de eso con lo de los planes de estudio de enfermería. Los enfermeros enfocan mucho en el cuidado, la humanización, la atención de cuestiones afectivas.

