

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Trabajo Social

Tesis de Trabajo Social

2005

Área de tercera edad en un hospital público : rol del trabajador social

Suárez, María Salomé

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/630>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Dedicatoria

En primer lugar quiero agradecer a Dios y a mis padres por permitirme, apoyarme, guiarme y ayudarme a concretar este sueño, haberme capacitado en una profesión que siento como vocación desde hace muchos años, la cual me permitió no solo incorporar conocimientos, sino también conocer a la persona más importante de mi vida, junto al hijito hermoso que Dios nos dió, Marianito; a vos Pablo, quiero dedicar todos, todos los momentos, logros y fracasos, porque gracias a vos todos mis sueños son realidad.

A mis hermanos que siempre estuvieron ahí, en circunstancias difíciles y en momentos alegres, compartiendo cada instante. Deseo que toda mi familia sepa que soy lo que soy y llegué donde llegué gracias a ellos. A los pequeñitos de la familia, mi hijo Marianito, mi ahijado Franco, mi sobrinos Guillermito, Dharma, Sol , Abi, mi primita Fioque, a Facu, Martina mi ahijadita Lumi y Santi, que cada vez que los miró me siento responsable de contribuir, aunque más no sea, con un granito de arena, para ayudar a construir un mundo mejor.

Un lugar muy importante lo ocupan mis amigas y compañeras, Naty, Ana, Andy, Lu, Gaby, Lau, Sil, Vale, Juli, Solé B. y Solé G., Euge , Valezka, Anabela, Lore y demás, las cuales fueron pilar y sostén de todo este camino recorrido, a ellas les debo todas aquellas anécdotas divertidas e inolvidables como también haberme acompañado y ayudado en situaciones difíciles. También agradecer a profesores y profesionales de

Servicio Social que se dedican a transmitirnos sus conocimientos, especialmente a Mónica, quién dedicó y dedica aún hoy parte de su tiempo para enseñarme, apoyarme, asesorarme y transmitirme experiencias que hacen al buen desempeño de la profesión. Espero y deseo, a través del servicio a los demás, poder devolver todo lo que ellos me brindaron a lo largo de mi vida y de mis estudios.

INDICE

<u>Introducción</u>	1
Objetivo general y objetivos específicos.....	4
<u>Parte I: Marco Conceptual</u>	5
1-Análisis situacional de la crisis estructural en el ámbito de la salud	6
a)- La salud pública.....	7
b)- Complejidad del adulto mayor: su inserción en el actual sistema de atención pública de la salud.....	12
2-El Trabajo Social	19
a)- Especificidad del Trabajo Social.....	20
b)- El Trabajo Social en el ámbito de la salud pública.....	28
c)- El Trabajo Social en el campo de la vejez.....	34
3-Tercera Edad: características generales	43
a)-Definición y características generales de la gerontología y geriatria.....	44
b)-Contexto histórico situacional. Características locales.....	48
c)-Consideraciones generales.....	55
<u>Parte II: Desarrollo del Área Tercera Edad: H.I.G.A "Dr. O. Alende"</u>	62
1-Área de Tercera Edad : orígenes y características	63
2-Estructura de funcionamiento del Área	68
2-1- Denominación	69
2-2-Recursos	69
2-3-Desarrollo de la atención diaria	71

a)-Unidad de Atención Geriátrica Gerontológica (UNAGGe):	
Evaluación cuádruple.....	71
b)-Unidad Administrativa.....	74
<u>Conclusiones</u>	76
<u>Anexos</u>	86
<u>Bibliografía</u>	87

Introducción

INTRODUCCION

La autora desarrolla y propone este trabajo final, tomando como referencia la realización de la residencia de pre-grado de quinto año de la Licenciatura en Servicio Social perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, de la Universidad Nacional de Mar del Plata, durante el período comprendido entre los meses marzo 2001- marzo 2002, en el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar Alende, Servicio Social General, Área de Tercera Edad.

El presente trabajo se desarrolla en torno a los siguientes ejes:

- ✓ Reconocimiento del marco institucional.
- ✓ Desarrollo y análisis situacional de la atención del adulto mayor y su inserción en un sistema de atención pública de la salud.
- ✓ Desarrollo del abordaje integral realizado a la población comprendida en el área.
- ✓ Funcionamiento del Equipo de Salud de la Unidad de Atención Geriátrica Gerontológica.
- ✓ Intervención del Trabajador Social.
- ✓ Elaboración de conclusiones.

Para una mejor interpretación y comprensión de la temática expuesta se hace referencia al surgimiento, características generales y desarrollo del "Área de Tercera Edad" del H.I.G.A " Dr. Oscar Alende". El mismo se crea en el mes de Enero de 1997, a través de una Disposición de la Dirección de Hospitales del

Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As., el cual funcionaría en todos los hospitales de su dependencia.

La apertura de un área de tercera edad dentro del Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende", no registra antecedentes, solo se puede mencionar el funcionamiento de un centro de atención de P.A.M.I., el cual tenía a su cargo gestiones administrativas de sus afiliados que concurrían al hospital.

A partir de la fecha anteriormente mencionada, el Área comienza a funcionar, contando en ese momento con una Lic. en Serv. Social y tres empleados administrativos.

El objetivo fue generar dentro de los hospitales provinciales y municipales que desearan integrarse a la propuesta, un espacio de atención particular hacia las personas comprendidas dentro del grupo etéreo de Tercera Edad, el cual, según la O.M.S , se considera a partir de los 65 años para países desarrollados o del primer mundo y de 60 años para países tercermundistas, debido al deterioro en el estado de salud provocado por las desfavorables condiciones socio sanitarias en que se encuentran.

La Disposición Ministerial comprende la necesidad de brindar atención, desde las distintas profesiones, como también la recepción y acompañamiento en la realización de gestiones administrativas.

El Área incluye a todas las personas mayores de 60 años que ingresan al hospital en demanda de atención. Su objetivo es optimizar la calidad de atención brindada hacia este grupo etéreo.

Desde el área de Tercera Edad surge la Unidad Geriátrica Gerontológica, a partir de la necesidad de un abordaje integral. Se establece un Equipo de trabajo,

el cual realiza la "Evaluación cuádruple" (médica, social, psicológica, psiquiátrica y funcional). Desde el área social particularmente, se realiza la "Evaluación Social Gerontológica", centrada sobre la red socio familiar del paciente.

El área cuenta con la Unidad Administrativa, siendo la misma un objetivo prioritario en la implementación de su funcionamiento.

La autora considera de fundamental importancia compartir con el colectivo profesional, el análisis de dicha experiencia, teniendo en cuenta que el proyecto elabora una modalidad de atención sin precedentes en el ámbito público en la Pcia. de Bs.As., donde tiene la posibilidad de participar bajo la supervisión de un profesional con formación específica en el área, integrante del Servicio Social del Hospital.

OBJETIVO GENERAL:

- Promover la existencia de un área de atención específica a la Tercera Edad, implementado en el H.I.G.A, ciudad de Mar del Plata, y su necesidad e importancia dentro del ámbito de la salud pública.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar la necesidad de considerar a la Tercera Edad como una población que requiere una asistencia especializada a partir de sus propias características.
2. Identificar la necesidad de un abordaje interdisciplinario hacia la Tercera Edad, donde se contemple una visión integral del adulto mayor.
3. Analizar y reflexionar sobre la experiencia implementada en el H.I.G.A "Dr. Oscar Alende, ciudad de Mar del Plata, desde las características del actual sistema de salud pública.
4. Definir la especificidad profesional del Trabajador Social como miembro integrante de un equipo de salud que trabaja con Tercera Edad.
5. Promover la Unidad de Atención Geriátrica Gerontológica en la atención de la complejidad del adulto mayor.

MARCO

CONCEPTUAL

1- Análisis situacional de la **crisis estructural en el** **ámbito de la salud.**

"El aumento de la esperanza de vida de la población, en los últimos años, plantea un reto importante para la salud pública, en un momento en que la persistencia de la pobreza en países que todavía se enfrentan con los problemas básicos del desarrollo, genera mayores presiones sobre sistemas que ya están de por sí sobrecargados".¹

¹ 25 a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA – 50a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL, Washington D.C.

1- Análisis situacional de la crisis estructural en el ámbito de la salud.

a- La salud pública:

Ya desde los tiempos primitivos se estableció una correlación entre el hombre y el mundo que lo rodea, y a lo largo del tiempo, con la estructura social.

En la antigüedad, los problemas del ambiente y las acciones contra las epidemias ya eran funciones del gobierno. Durante la Edad Media, las acciones de salud fueron una importante función de la administración local. La salud pública fue cobrando, paso a paso un desarrollo mayor.

La preocupación individual por los efectos de la enfermedad y la muerte se fue integrando mediante diversas formas y sistemas a una preocupación colectiva. Dentro de ese proceso, se pasó de los niveles particulares a los públicos.

La revolución industrial del siglo XIX, tuvo gran influencia en la medicina, habida cuenta de los problemas de salud que afligían a los trabajadores a consecuencia de los nuevos riesgos derivados de sus condiciones de trabajo y de vida. Fue a principios de ese siglo, en Europa, cuando surgieron los movimientos más notables a favor de la salud pública moderna.

También, en EE.UU., en 1850, se constituyó la primera organización oficial de salud pública, ligada al esfuerzo de Lemuel Shattuk, quién propuso la organización de juntas locales con el fin de organizar estadísticas de salubridad,

Marco conceptual: Análisis situacional de la crisis estructural en el ámbito de la salud.

promover la enseñanza de la medicina preventiva, realizar exámenes periódicos familiares y fomentar la higiene escolar.

En 1973 la OMS. definió la Salud Pública de la siguiente manera: "La Salud Pública se refiere a todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad de una población, del estado sanitario y ecológico del ambiente de vida, la organización y funcionamiento de los sistemas de los servicios de salud y la planificación y gestión de los mismos. La salud pública se ocupa de la salud global de la población bajo sus aspectos de promoción y protección de la salud. Curación, readaptación y educación para la salud".

Salud pública expresa los planes políticos en materia de salud de una Región o País, pone énfasis en las acciones sobre el ambiente y reconoce la importancia de los aspectos sociales en los problemas de salud causados por los estilos de vida.

En 1990, Milton Harris, propuso una nueva definición que establece: "La Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad par sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la estructura social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud".

La investigación y la práctica delimitan el espacio para integrar las dos caras de la Salud Pública. A su vez, el conocimiento sobre el o los objetos de estudio, se

Marco conceptual: Análisis situacional de la crisis estructural en el ámbito de la salud.

basa en la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta. El impacto final de la salud pública no es solo sobre los individuos en particular, sino sobre la sociedad como un todo.

Desde el punto de vista jurídico, los servicios están disponibles para todos los miembros de la sociedad y las restricciones al acceso se deben solo a la inexistencia absoluta o en proporciones de infraestructura y recursos humanos para satisfacer la demanda de atención. El financiamiento de estos servicios proviene de recursos humanos contratados a tal efecto.

En cuanto al modelo de Salud Pública Argentino, existe una política sanitaria orientada hacia una atención asistencialista, que poco ha hecho por instaurar una cultura preventista.

La realidad sanitaria argentina cuestiona la relación entre gasto en salud y los resultados obtenidos. La población quiere participar para obtener una atención integral y señala los principales vicios: dificultad económica, social y/o geográfica para acceder a diferentes servicios, lista de espera para determinadas prestaciones, especialmente en medicamentos; exceso de prácticas curativas en desmedro de prevención y protección.

La suma de atención médica y la salud pública no es suficiente y eficaz para conseguir salud y mantenerla y eventualmente recuperarla.

Desde una aproximación al concepto de salud, manifestado por la ONU "Salud para el año 2000", se puede decir que la salud no es un todo, como tampoco la enfermedad. Es un proceso fluctuante sobre dos ejes: salud-enfermedad en equilibrio dinámico que se refuerza o rompe por la interacción de factores físicos, biológicos, psicológicos, culturales, sociales, políticos y

Marco conceptual: Análisis situacional de la crisis estructural en el ámbito de la salud.

económicos. Esta mirada más ligada al concepto de calidad de vida, implica una visión amplia y circular del ambiente donde se contiene directamente la variable poder, no siendo sumatoria como en lo que propone la OMS -1964-: completo bienestar físico, psíquico y social, donde la realidad indica que sobre ambos campos de salud interactúan otros factores o variables que la condicionan.

Muchos de los problemas de salud son vistos como sociales, no como individuales, y se destacan la importancia que en ellos tienen los temas de política local y nacional.

En los últimos años la crisis del Estado en Argentina, hizo evidente la necesidad de reformar las políticas sociales. Esta reforma exigió la modificación del rol de las provincias y los municipios, en cuanto a la gestión de las políticas sociales, generándose la descentralización de las responsabilidades del Estado (salud entre otras).

Dada esta crisis social y económica, el hospital público presenta un fuerte deterioro en su estructura, al mismo tiempo que la demanda de sus servicios no deja de aumentar.

Haciendo referencia al sistema público de salud a nivel regional, se hace mención aquí al Hospital Interzonal General de Agudos, Dr. Oscar Alende, ubicado en la Región VIII, conformada por 16 partidos, Ayacucho, Balcarce, Gral. Alvarado, Gral. Guido, Gral. Madariaga, Gral. Lavalle, Gral. Pueyrredón, La Costa, Lobería, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil y Villa Gesell, comprendiendo un total de 1.087.745 habitantes, de los cuales 621.945 pertenecen a Gral. Pueyrredón y el 94 % de éstos a la ciudad de Mar del Plata.

Marco conceptual: Análisis situacional de la crisis estructural en el ámbito de la salud.

La decadencia nacional, la desidia política, la especulación económica y la pauperización social ponen en crisis su calificación histórica. Este deterioro fue progresivo, pero en el año 2001 se profundizó más.

Una consecuencia directa con esta situación deriva del corrimiento abrupto de pacientes al sector público debido a la desregulación de las obras sociales y el gran porcentaje de la población desocupada, acrecentándose más el problema debido a que la Región Sanitaria VIII es muy amplia y el H.I.G.A "Dr. Oscar Alende" es un hospital de derivación. En consecuencia el círculo de salud no se lleva a cabo, en especial lo que es atención primaria de la salud, por lo que se recarga el hospital y el presupuesto existente para el mismo no alcanza.

Los dos hospitales públicos ubicados en la ciudad de Mar del Plata, administrados por el Gobierno de la Pcia. de Bs.As., H.I.G.A "Dr. O. Alende" e H.I.E.M.I "Dr. Victorio Tetamanti", se encuentran superados en su capacidad de atención, tanto en la asistencia en guardia como en consultorios externos.

Tanto a nivel nacional como regional la salud pública ha sido afectada a raíz de las resoluciones que se han tomado desde el Estado, medidas que no contemplan la satisfacción de la población, el beneficio de los ciudadanos, sino que tan solo buscan reducir los gastos que ya han sufrido modificaciones y que no alcanzan para responder a las demandas de la población.

En cuanto a los desafíos de la nueva salud pública, requerirá de acciones en el plano de la organización. Al respecto deberán atenderse las tres "D" de las organizaciones: capacidad de diseño, de desarrollo y de desempeño institucional.

b- Complejidad del Adulto Mayor: su inserción en el actual sistema de atención pública de la salud:

El envejecimiento concebido como un proceso que experimentan los individuos se puede examinar en su aspecto biológico o desde el punto de vista social.

Sin negar que envejecer es un fenómeno natural, inherente a la finitud biológica del organismo humano, cabe subrayar que son las características de la sociedad las que condicionan tanto el promedio de años de sus habitantes, como su calidad de vida durante los años de vejez.

Así lo sugiere el profesor Thomae², para quien la vejez, es un destino social, puesto que son las características de la sociedad las que condicionan la cantidad y la calidad de vida.

Towsend³ plantea algo similar cuando sostiene que la situación actual de dependencia de los ancianos ha sido causada por la política social.

Cada individuo elabora una forma peculiar de enfrentar la realidad de su vejez y de adaptarse y actuar dentro del marco definido por su sociedad⁴.

Es cierto que el organismo humano experimenta el desgaste consustancial a la finitud de los seres vivos, pero esta disminución no significa déficit, ya que el organismo funciona con niveles variados de superávit o de reserva, y lo que es más importante, existe la posibilidad de intervenir para atenuar y contrarrestar los

² Helander j, Thomae H. Aging and society: Contributions of behavioral and social Gerontology. E Thomae H. MaddNew Perspectives On Old Ages. New York: Springer Publishing. Co.1982.

³ Towsend P. The Structural Dependency of the Elderly: A creation of Social Policy in the twentieth Century. Aging and Society. 1981; 1 (1):5-28.

⁴ Barros B, Zegers B. Capítulos 5 y 13: Viva la Vida. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile: 1990 (Colección TELEDUC).

Marco conceptual: Análisis situacional de la crisis estructural en el ámbito de la salud.

efectos de tal desgaste sobre la capacidad de los individuos de seguir desempeñando por sí mismos sus actividades cotidianas.

Esto es lo que rescata la Organización Panamericana de la Salud (OPS) al definir el estado de salud de los que envejecen no en términos de déficit sino de mantenimiento de la capacidad funcional.

Es muy importante, entonces disponer de servicios sociales y salud destinados a promover un envejecimiento sano, prevenir, retardar o atenuar los problemas que puedan afectar la capacidad de los individuos de actuar por sí mismos y crear programas de apoyo.

Si bien es cierto que el envejecimiento va acompañado por un indiscutible deterioro biológico, las condiciones sociales de carencia de servicios de salud y la ideología del modelo médico tradicional son las que restan estímulos para que los ancianos se mantengan activos, con la consiguiente repercusión negativa que resulta de abstenerse de tomar medidas para evitar o atenuar las fallas en la capacidad funcional.

Paralelamente, el desarrollo de los países y el avance de las técnicas y de la ciencia médica, traen como consecuencia la longevidad y el consiguiente aumento del porcentaje de personas mayores de 65 años en la población.

El incremento de números de ancianos por una parte, y la permanente escasez de recursos por la otra, han puesto de relieve, la importancia de la calidad de la atención que se les brinda, dado que lograr mejorarla es también una forma de aumentar la eficiencia de los recursos.

Marco conceptual: Análisis situacional de la crisis estructural en el ámbito de la salud.

En la última década se ha insistido en la búsqueda de métodos que permitan evaluar esa atención para así poder planificar y asegurar una calidad adecuada en los servicios brindados a la mayoría de la población anciana⁵.

Esta evaluación cobra especial importancia al considerar las características de la población anciana, ya que se trata de individuos cuya función social se ha modificado, ya no son jefes de familia, ni los principales proveedores del sustento, porque debieron dejar sus puestos de trabajo, y en consecuencia, sus recursos se han visto limitados al mínimo, y muchas veces necesitan incluso ser sostenidos económicamente; su capacidad funcional y cognoscitiva ha disminuido y sus contactos sociales se han reducido.

Además de la provisión de servicios, los ancianos necesitan tener un contacto estrecho con las personas que los proporcionan, quienes actúan, en reiteradas ocasiones, como confidentes.

Es posible distinguir cuatro aspectos relacionados con la calidad de atención ofrecida al anciano:

1. el sistema de salud
2. la atención profesional
3. las relaciones interpersonales entre el equipo profesional y el anciano
4. el costo de la atención.

⁵ Hirschfeld MJ, Fleishman R. "Nursing home care for the elderly" A world Viewww. Oxford: oxford University Press, 1990.

Marco conceptual: Análisis situacional de la crisis estructural en el ámbito de la salud.

Haciendo referencia a la promoción de la salud de los ancianos y al actual sistema de salud, cabe destacar que en los países subdesarrollados, sin exceptuar el nuestro, la situación social y en particular, el estado de salud de la población añosa, debe ser motivo de preocupación por parte de los gobiernos en ésta y en las próximas décadas.

Es indispensable mencionar la severa crisis económica que afectó en estos últimos años a los países en desarrollo. En la mayoría de ellos el crecimiento económico se detuvo, y muchos, incluso experimentaron una regresión.

Los programas de ajuste económico propuesto por los organismos internacionales de funcionamiento para el pago de la deuda por parte de los países pobres contribuyen a la reducción del gasto en programas sociales, lo cual afecta especialmente a los grupos más desprotegidos.

Los procesos desordenados de urbanización e industrialización, no se han acompañado de la debida planificación de la infraestructura de los servicios básicos, el deterioro de las condiciones ambientales como consecuencia tanto del desarrollo como del subdesarrollo completa el cuadro en que se debe considerar la situación de salud en general y la de las personas de edad en particular.

Los problemas de salud de los ancianos reflejan y son parte de esta situación general, ya que el envejecimiento rápido de la población constituye en sí mismo una situación crítica para los países pobres.

Es así, como a la vez, que el envejecimiento biológico, aumenta el riesgo de enfermedades crónicas, los efectos acumulativos de los factores de riesgo relacionados con el estilo de vida a lo largo de los años, hacen que la magnitud de éstos problemas sea mayor a medida que aumenta la edad. Las consecuencias

Marco conceptual: Análisis situacional de la crisis estructural en el ámbito de la salud.

para los servicios de salud se reflejan en el aumento de los costos de la atención médica dirigida al diagnóstico y tratamiento de enfermedades que requieren de una tecnología costosa, hospitalización repetida, cuidados domiciliarios, etc.

A lo anterior se agregan las necesidades sociales de los ancianos, que comprende no solo la cobertura de servicios sino la solución a los problemas de la vida cotidiana para evitar la discapacidad y la dependencia.

Señalando específicamente el sistema de salud en nuestra ciudad, el deterioro de los últimos años, trajo como consecuencia dificultades para cubrir insumos y medicamentos, falta de personal y de un presupuesto flexible y coherente adaptado a las necesidades concretas y reales. Por consecuencia no se ofrecen, ni en los hospitales públicos, como tampoco en las salas barriales municipales, servicios acordes a la demanda.

La falta de coordinación y estrategias políticas tanto a nivel nacional como regional, acordes a las necesidades populares, profundizan la ineficiencia. Es aquí donde cabe destacar la importancia de la capacitación profesional, del rol que desempeñan las personas que toman contacto con el paciente, o en este caso, con el anciano, de su creatividad, de sus estrategias y su capacidad para la optimización de recursos, etc.

Es aquí también donde se plantea como indispensable, dentro de este marco socioeconómico y político, un espacio concreto de atención a la Tercera Edad, por ser una población compleja y con características propias, que demanda una intervención específica.

Marco conceptual: Análisis situacional de la crisis estructural en el ámbito de la salud.

Es importante señalar seis principios relativos a la salud del anciano:

1. la vejez no es una enfermedad, sino una etapa evolutiva de la vida.
2. La mayoría de las personas de 60 años y más están en buenas condiciones físicas y su salud es buena, pero al envejecer pierden la capacidad de recuperarse de las enfermedades en forma rápida o completa y se vuelven más propensas a debilitarse y a necesitar ayuda para su cuidado personal.
3. Se puede fortalecer la capacidad funcional en la vejez mediante capacitación y estímulos, o evitando factores vinculados con la mala salud.
4. Desde el punto de vista social y psicológico, las personas de edad avanzada son más heterogéneas que los jóvenes.
5. La promoción de la salud en la vejez debería encaminarse a la estimación de un buen funcionamiento mental, físico y social, así como a la prevención de las enfermedades y las discapacidades.
6. Muchas medidas que afectan a la salud de las personas de edad avanzada trascienden el sector salud, lo cual requiere de la capacidad y la preparación de los distintos profesionales para poder identificar y abordar diversas situaciones problemáticas.

Los principios mencionados sirven de ejes básicos para la promoción y protección de la salud de los ancianos en la cooperación y asistencia prestada por la OPS, y se están incorporando también en varios programas nacionales.

Los programas de salud de los ancianos se planifican e implementan desde tres niveles: nacional, provincial y local.

Marco conceptual: Análisis situacional de la crisis estructural en el ámbito de la salud.

Las acciones de promoción de la salud son prioritarias para las personas de edad, puesto que el impacto que se busca es el mejoramiento de su calidad de vida para prolongar los años productivos y garantizar su participación en el proceso de desarrollo integral de la población.

En estos momentos, lo más urgente es lograr que se reconozca la importancia del envejecimiento como problema de salud pública que exige acción inmediata. Aunque ya se ha adelantado bastante en el último decenio, aún queda mucho por hacer en los próximos años.

2- El Trabajo Social

“Como profesionales de Trabajo Social, nuestro conocimiento requiere plantear soluciones adaptadas a las necesidades sociales de la persona, el grupo o de la comunidad. El T.S. es desde hace tiempo, una pieza más dentro del enfoque interdisciplinar que aborda al individuo en su contexto vital de salud. Dentro de este contexto, se encuentran naturalmente los mayores, que van a reclamar nuestra atención.”²

² Manual de Prácticas de Trabajo Social en la Tercera Edad. – Majos Angélica. Acción Social. Ed. Siglo veintiuno de España Editores S.A. Primera Edición, octubre de 1995.

2- El Trabajo Social

a-Especificidad de la profesión:

El Trabajo Social es una actividad profesional específica, dispuesta a favorecer una adecuada integración de las personas, de las familias, de los grupos, al medio social en el cual viven, y se desarrollan, fortaleciendo la dignidad y responsabilidad de las personas, haciendo una llamada a la capacidad de las mismas, a las relaciones interpersonales y a las fuentes de la colectividad.

El T.S es una profesión dedicada y comprometida a efectuar cambios en la sociedad en general y en las formas individuales de desarrollo dentro de la misma.¹

Los T.S son profesionales que se dedican a fomentar el bienestar social del ser humano, y a potenciar su realización, además de desarrollar y aplicar con disciplina tanto el saber científico relativo a las actividades humano-sociales, como los servicios sociales destinados a satisfacer las necesidades de aspiraciones de individuos y grupos, teniendo siempre en cuenta la promoción política social.

Los T.S. se guían en su trabajo por un código internacional de ética y otras declaraciones internacionales de acción social que implican una acción a todos los niveles en los contextos jurídicos, económicos, sociales...

¹ S Resolución (67) 16 adoptada por los delegados del Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre función, formación y estatuto de los T.S.

Sus funciones consisten:

- 1. Ayudar a las personas a desarrollar las capacidades que les permitan resolver los problemas sociales, individuales y colectivos.**
- 2. Promover la facultad de autodeterminación, adaptación y desarrollo de las personas.**
- 3. Promover y actuar sobre el establecimiento de servicios y políticas sociales justas o de alternativas para los recursos socioeconómicos existentes.**
- 4. Facilitar información y conexiones sociales con los organismos de recursos socioeconómicos.**

Los T.S se ocupan de planificar, proyectar, calcular, aplicar, evaluar y modificar los servicios y políticas sociales, preventivas, asistenciales y de promoción para los individuos, familias, grupos y comunidades. Actúan en sectores funcionales, utilizando diversos enfoques metodológicos.

Trabajan en una amplia gama de ámbitos organizativos, proporcionando servicios sociales a diversos grupos de la población, a nivel micro y macro social.²

El T.S. realiza su actividad gestionando y movilizandorecursos, los organiza y pone a disposición de la comunidad, a favor de las personas, grupos y familias para prever y resolver situaciones de necesidad.

El profesional ayuda a las personas interesadas, para lograr una adecuada utilización personal y social de estos recursos, organiza y promueve prestaciones y servicios para que exista una mejor respuesta de éstos a las situaciones

² Definición de la profesión del Trabajo Social (OIT.)

particulares de necesidad y a la exigencia de autonomía y responsabilidad de las personas, valorizando, por este motivo, todos los recursos de la comunidad.³

Según Kisnerman, el trabajador social, interviene en esta realidad social, de manera intencionada y científica, por lo tanto, racional y organizada, para conocerla, transformarla, contribuyendo con otras profesiones a lograr el bienestar social de la población, entendido éste como un sistema global de acciones que respondiendo al conjunto de las aspiraciones sociales eleva la calidad de vida de una sociedad.

Desde el Trabajo Social el bienestar individual y general de una sociedad es un derecho y parte de la realización de la esencia humana.

El concepto de "Bienestar Social", no solo se refiere a la suma de bienestares individuales, sino a la creación de condiciones de igualdad y justicia social.

En el proceso histórico de la profesión se establece una vinculación casi natural entre necesidad y bienestar social que expresan su relación con la cuestión social. Se podrá orientar mejor una estrategia profesional si se revaloriza el concepto de necesidades sociales como una aspiración legítima y como un derecho de una sociedad.

Para operativizar el concepto de necesidad en la intervención profesional, es necesario saber hasta que punto las necesidades son sentidas para luego ser reconocidas por los sujetos.

³ Definición reflejada en un documento de INTRESS, Instituto de Trebal Social i Serveis Socials. Apuntes recogidos del perfil profesional, elaborado sobre estudios y documentación Italiana, 1983

Las "necesidades sentidas" aparecen en la intervención profesional como demanda-carencia y forman parte del saber cotidiano de los sujetos por el carácter práctico de su vivencia. Por lo tanto constituye el punto de partida para iniciar un proceso metodológico de intervención.

Una vez analizadas estas necesidades, es fundamental la planificación de objetivos, acciones y recursos para viabilizar las posibles soluciones.

Reducir las necesidades a un problema individual es ocultar su verdadera naturaleza, en tanto ella es un producto social que responde a determinantes de carácter económico, político, cultural y valores éticos.

En definitiva lo que el Trabajo Social debe reconocer en su vinculación con las necesidades sociales, es saber que la satisfacción de ellas está en el desarrollo múltiple del hombre, en el despliegue de sus posibilidades como ser humano.

Es muy importante para el trabajador social saber escuchar, comunicarse y registrar como los sujetos reproducen, generalizan y transmiten los hechos de su vida.

El Trabajo Social como profesión compromete sus acciones en la perspectiva del desarrollo de la calidad de vida de los sujetos sociales con los cuales trabaja. Ello implica la satisfacción de necesidades básicas y las necesidades de identidad (pertenencia, participación, igualdad, desarrollo de capacidades).

En cuanto a la elaboración de la metodología de intervención, se puede acordar que el método es la "manera de hacer (decir o enseñar) algo siguiendo determinados principios y con un cierto orden".

El método en trabajo social es en efecto como el trabajador social interviene desde su primer encuentro con la persona hasta que finaliza su acción con la misma.

El método se puede dividir en distintas fases con fines de estudio y de profundización. El mismo es un instrumento que permite alcanzar objetivos previamente determinados, está subordinado a los valores y a los fines pero existe una relación estrecha entre los objetivos perseguidos y la manera de actuar.

En cuanto al “objeto de intervención” en el Trabajo Social se construye desde la reproducción cotidiana de la vida social de los sujetos, explicitada a partir de múltiples necesidades que se expresan como demandas y carencias y que de esta forma llegan a las instituciones para ser canalizadas o no.

Las fases del método de intervención fueron descriptas a menudo como:

Análisis de la situación, diagnóstico y tratamiento. Esas tres fases corresponden en la práctica, a las etapas del comienzo, medio y fin de la intervención; en cada uno de esos momentos se insiste más en: el análisis de lo que sucede, la elaboración de una opinión profesional y la puesta en práctica de un plan de tratamiento a corto, mediano y largo plazo.

Tomando como referencia a la autora Margarita Rozas Pagaza⁴, se denomina “Proceso metodológico a la secuencia de tres momentos: Inserción, Diagnóstico y Planificación. Los mismos se aplican en el nivel individual, grupal y comunitario.

⁴ Margarita Rozas Pagaza. “Una perspectiva teórica- metodológica de la intervención en T.S.” Ed. Espacio, Bs.As., 1998.

El inicio metodológico de la intervención empieza por un recorte geográfico y social del contexto en el cual el profesional inicia su práctica. Por otro lado se inicia un conocimiento del proceso en el cual se interrelacionan los actores en función de su relación con sus necesidades. Para comenzar ese acercamiento se establece un "Proceso de inserción". Este proceso articulado a una actitud investigativa, posibilita desarrollar un diagnóstico que explique el campo problemático. Es un proceso de reformulación constante, de interacción e intercomunicación entre actores. En la inserción se combinan diversas técnicas como ser observación, entrevistas, testimonios, investigación bibliográfica, visitas domiciliarias, hojas de seguimiento, tabulaciones, fichero de recursos, estadísticas, etc.

Posteriormente el "Diagnóstico", es una instancia en la que se explicitan los nexos de la cuestión social relacionada a la satisfacción de las necesidades de los sujetos y, que a su vez, permite obtener explicaciones teóricas sobre la realidad particular, posibilitando reorientar los objetivos y una estrategia de intervención profesional. Se trata de facilitar a los profesionales acciones de planificación pertinentes y posibles con relación al campo problemático y a las circunstancias particulares de la acción profesional.

Teniendo en cuenta la complejidad de la construcción del objeto de intervención, es impensable separar las acciones relacionadas a la inserción y el diagnóstico con los procesos de "Planificación", porque unos implican a los otros como aspectos de un solo proceso, relativamente diferenciables cuando se estructuran de manera técnica. La planificación se sustenta en una concepción de planificación estratégica, está orientada a generar un proceso de elaboración y

toma de decisiones, a partir de la interacción de los actores y el conocimiento fundamentado de la realidad. La planificación relacionada al campo problemático y a un proceso metodológico, es aquella que cumple funciones prácticas, con la posibilidad de convertirse en instrumento útil, cuya validez social no está sustentada en una relación instrumental, sino en la eficacia de la solución a las demandas que los actores sociales presentan.

Hay dos aspectos fundamentales que aportan a ésta metodología de intervención, que son Investigación y Evaluación.

Investigación: es una actividad de búsqueda de conocimiento o la argumentación de respuestas a determinados interrogantes, no se reduce a la aplicación de un instrumento o a la simple observación de un hecho.

La investigación en Trabajo Social se puede visualizar desde tres niveles: en un primer nivel relacionado con un tipo de investigación básica, que tenga como objetivo avanzar en el conocimiento de la naturaleza de la intervención y la disciplina en general, que permita generar insumos teóricos para argumentar la intervención. En un segundo nivel, profundizar los campos problemáticos relacionados a diversas dimensiones que hacen a la relación sujeto – necesidad. Esta investigación da cuenta de aspectos tan particulares de la vida cotidiana de los sujetos en la lucha por la satisfacción de sus necesidades. Un tercer nivel, está vinculada a la comprensión del objeto de intervención que no es solo una determinación empírica, sino también un proceso intelectual. En este contexto entran a jugar categorías como: vida cotidiana y necesidades sociales, que pueden constituir algunos conceptos claves para entender los procesos

interactivos, no solo en torno a las condiciones de vida de los sujetos, sino al lenguaje y las formas de comunicación.

Evaluación: el sentido de la evaluación en Trabajo Social, se refiere básicamente a los resultados que se obtienen en el desarrollo de la metodología de intervención, en cuyo interior se genera un proyecto.

La evaluación atraviesa el proceso de intervención profesional, con la finalidad de reorientar permanentemente la intervención profesional, la valoración de la información y el sentido de las acciones en función de la resolución del problema objeto de intervención. Es considerada sobre todo cualitativa y compleja, en la medida que se apunta a que las acciones de los distintos actores confluyan al mejoramiento de las problemáticas que comprometen la calidad de vida de los sujetos sociales.

En Trabajo social se evalúa sobre tres aspectos:

1. Referido a la forma recreativa de implementación de la metodología de intervención, destinado a pensar la importancia de una correcta manera de encarar el proceso de la intervención con la finalidad de que ello redunde en un servicio de utilidad a los sectores sociales con los cuales se trabaja.
2. Referido a las modificaciones que los sujetos sociales, vinculados en este proceso metodológico, puedan haber logrado mediante procesos educativos que los afirme en su situación de sujetos protagónicos.
3. Referido al trabajo en el contexto de la institución con fines a resguardar la posibilidad de garantizar este proceso.

Estos tres aspectos tratan de posibilitar una evaluación integral que de cuenta de la complejidad de la intervención profesional.

b- El Trabajo Social en el ámbito de la salud pública:

La complejidad de la realidad actual obliga a los profesionales a trabajar en función del logro de servicios que posibiliten una actitud reflexiva ante la acción, creando espacios necesarios de capacitación permanente, donde paralelamente se intercambien experiencias de las prácticas cotidianas, que desde un marco referencial actualizado permitan repensar el accionar profesional.

Esta realidad impone trabajar con una estructura flexible en la dinámica interna de los servicios y permeable a la incorporación de nuevas formas de organización.

En este marco es importante definir el Trabajo Social en Salud, el cual según la autora Amaya Ituarte¹, es "una actividad profesional de tipo clínico que implica, de un lado el diagnóstico psicosocial de la persona enferma como aportación al diagnóstico global y al plan general del tratamiento; y de otro lado el tratamiento (Individual, familiar o grupal) de la problemática psicosocial que incide en, o está relacionado con el proceso de salud-enfermedad, siempre dentro del contexto general de tratamiento y en orden al logro de los objetivos de salud y que conlleva la tarea de orientar, cuando el problema así lo requiera, al resto del equipo sanitario, así como al propio paciente, y a su entorno, sobre los recursos

¹ Manual de prácticas de Trabajo Social en el campo de la salud. Jasone Mondragón Lasagabaster e Isabel Trigueros Guardiola, siglo XXI editores. España, septiembre 1999.

sanitarios y sociales que puedan ser adecuados para el logro de los objetivos de salud".

A su vez, el Trabajo Social en el área de salud tiene por objetivo el estudio y tratamiento de los factores sociales que condicionan la salud, a nivel individual, como familiar, y sanitario, promoviendo la organización de la población en defensa de ella. Trabaja para el mejoramiento de la salud de la población asistida, a partir de un concepto integral de salud, entendiendo por ello un proceso dinámico, multideterminado por factores políticos, sociales, económicos, históricos y culturales, que considera a la persona como un sujeto social y protagonista en su proceso vital.

En su accionar el trabajador social ayuda a la persona a desarrollar un sentido más realista de su responsabilidad hacia la comunidad; trata de animarlo no solo a hacer un esfuerzo en beneficio propio, sino también a apreciar el papel que desempeña en la familia y como ciudadano.

En Trabajo Social en salud cabe destacar aspectos importantes como:

1. La importancia que los factores psicosociales tienen tanto en la salud como en la enfermedad y en la posibilidad de perder o recuperar la salud.
2. La necesidad de tratar los problemas psicosociales que aparecen en situaciones de enfermedad.
3. La función que el trabajador social tiene en el sistema de salud es que la población atendida y/o los profesionales del equipo de salud tomen conciencia que la atención a los factores psicosociales y el

tratamiento de los problemas psicosociales es una exigencia básica de la atención integral de la salud.

4. Las formas de intervención del Trabajo Social en el ámbito sanitario pueden ser indirectas o directas y ambas significan la aplicación práctica de la teoría, los conocimientos y las habilidades propias del Trabajo Social para conseguir los objetivos de salud.

La primera, la forma indirecta, incide en aspectos de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como también en asistencia y rehabilitación a través de la planificación, la organización y gestión de los servicios sanitarios. Implica:

- Valoración de los factores psicosociales y su incidencia en la salud de personas, grupos y comunidades.
- Análisis de aspectos que requieren atención especial.
- Programar y efectuar acciones promocionales y preventivas.
- Coordinación interinstitucional.

La segunda, la forma directa, incide en la atención a los problemas psicosociales, aunque ejerce también funciones de prevención y promoción.

Implica:

- Diagnóstico psicosocial.
- Tratamiento psicosocial, individual, familiar y grupal.
- Implementación de programas.
- Orientación sobre recursos y servicios socio sanitarios.
- Coordinación interna y externa.

Las funciones que desarrolla el T.S se correlacionan con los objetivos psicosociales para lograr un equilibrio de la atención integral, donde el demandante o población a atender sean tenidos en cuenta como algo más que como comunidades biológicas.

Los objetivos del T.S se insertan en los objetivos generales de la institución de salud, de la que forma parte, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales. Como son tan complejos, deben ser alcanzados en forma progresiva mediante objetivos específicos, que necesariamente deben tener relación entre ellos para poder cumplir los generales de promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud.

Objetivos del Trabajo Social hospitalario:

- Participar en los trabajos de planificación y organización de los servicios del hospital para mejorar la asistencia sanitaria integral y la humanización en la institución.
- Prevenir, ayudar, tratar y mejorar, empleando técnicas y métodos específicos, a las personas o grupos, que a causa de su enfermedad y en cualquier acontecimiento patológico, no alcancen por sí solos superar las dificultades intrínsecas o extrínsecas de diverso orden que se les presenten y obstaculicen su tratamiento médico y reinserción óptima a la vida social.
- Promocionar la participación de las personas, de los grupos y de las comunidades a fin de que sean los protagonistas de la transformación de la situación sanitaria.

El T.S interviene según la situación de la persona en el ingreso, estancia y alta médica, y en las consultas externas, analizando en cada caso los diferentes aspectos que presenta el paciente: situación familiar, económica, vivienda, posibilidades de rehabilitación, etc., utilizando los recursos existentes de la forma más racional, para conseguir la recuperación, evitar o, en algunos casos, distanciar los sucesivos reingresos.

El perfil profesional hospitalario se conoce a través de las funciones que desarrolla:

1. Atención directa a enfermos y/o familias: el paciente llega por iniciativa propia o derivado por otras instituciones. La atención directa consta básicamente de:
 - 1-1. El estudio sociofamiliar para conocer los factores que influyen y están influenciados a su vez por el proceso de enfermedad. Comienza una citación o entrevista con la persona, se toma contacto con el personal sanitario para conocer su estado de salud y una entrevista a la familia para conocer sus relaciones. Completado el informe sociofamiliar, se aportan al equipo de salud los aspectos psicosociales del paciente y su flia. y se potencian los medios de curación y su inserción en su ambiente sociofamiliar.
 - 1-2. Diagnóstico de la problemática de fondo y establecimiento de tratamiento social: que puede ser información, asesoramiento de recursos, direcciones, etc. Si existe situación conflictiva familiar se hará intervención social basada en las técnicas propias del

trabajo social. Brindando orientación y contención para llegar a la aceptación y superación del problema, motivando al paciente a generar actitudes de cambio; brindando apoyo, a fin de que el mismo logre manifestar sus sentimientos y pueda superar situaciones complejas. El seguimiento se realiza conforme el problema evolucione, tratándolo de forma periódica y continuada.

Áreas de intervención del Trabajo Social hospitalario:

1. Área de Investigación:

- Estudio para conocer la zona y sus problemas específicos.
- Capacitación de los factores de riesgo para la planificación de los diversos programas de salud.

2. Área de prevención:

- Información y contactos del hospital y de sus servicios con las demás instituciones y servicios del Área Sanitaria. Coordinación.
- Promoción social, individual y/o grupal, ayudando para que sean agentes de su recuperación a través de una educación sanitaria.
- Prevención de futuras necesidades (altas hospitalarias, tratamientos hospitalarios a domicilio, ayuda domiciliaria).

3. Área asistencial:

- Gestión y aplicación de los recursos existentes para satisfacer necesidades del paciente o de su familia.
- Intervención en las fases agudas de la enfermedad. Valoración de la urgencia.

- Trabajo a nivel individual y/o familiar.
 - Seguimiento familiar.
 - Garantizar la continuidad de los casos en el medio social de los usuarios para evitar la institucionalización innecesaria.
 - Valoración social que contribuya a un diagnóstico de equipo más integral.
 - Apoyo a las familias.
 - Coordinación con otros servicios que garanticen y ayuden al tratamiento.
 - Atención directa al paciente . Valoración de su demanda.
4. Área de rehabilitación:
- Promoción y utilización de recursos adecuados para cada situación concreta que sirva de apoyo social y contribuyan a mejorar las condiciones de vida de los pacientes y de sus familias.
 - Potenciar y apoyar la creación de recursos que den cobertura a las situaciones sociales que lo requieran.

c- El Trabajador Social en el campo de la vejez:

El Trabajo Social en el campo de la vejez es una tarea profesional que se basa en las funciones propias de la profesión y que se distingue de otros campos de trabajo, por la elección del marco conceptual, las técnicas específicas de

intervención en problemáticas determinadas, y el ámbito institucional del trabajo profesional.

El trabajador social aborda desde el marco referencial los siguientes conceptos: clase social, marginación social, conflicto intergeneracional, cultura/subcultura, roles sociales y pérdida de los mismos, pérdida de funciones físicas, psíquicas y sensoriales, enfermedades degenerativas y terminales, dependencias psicológicas, físicas y sociales, factores extrínsecos e intrínsecos que favorecen las depresiones y los aislamientos. Nivel socioeconómico, improductividad, costo de vida, integración, participación, solidaridad, sistemas de organización, asociacionismo y las instituciones como sistemas sociales.

1- Funciones asistenciales y promocionales:

Atender directamente a los ancianos ante sus demandas de necesidades sociales, aplicando los recursos adecuados existentes, promoviendo otros, ofreciendo el recurso técnico/profesional del trabajador social.

Trabajar con las personas que presentan problemas o dificultades de integración social, o sea, dentro del ámbito familiar, hogares, geriátricos, etc.

Intervenir socialmente promocionando y proporcionando la posibilidad de ejercicio social en pequeños grupos y fomentando la participación ciudadana por parte de la población mayor.

Detectar necesidades de atención especializada en la población anciana que vive en su hábitat natural y ofrecer respuestas posibles (Ej.: atención domiciliaria, equipos sanitarios, voluntariado, etc.).

2- Investigación:

Análisis de las causas/problemas a través del estudio de casos y estudios de población. Estudio de los procesos grupales, surgimiento y disolución de grupos, causas y necesidades de la población. Estudio de demandas socio asistenciales para la vejez.

3- Planificación:

Participar y colaborar activamente en la planificación de los recursos humanos, técnicos y materiales para la Tercera Edad, que se generen en las distintas instituciones.

Mejora de los existentes para adecuarlos a necesidades del anciano, tanto en su medio vital como en los hogares y geriátricos.

4- Evaluación:

Evaluación de la intervención profesional, planes, programas y proyectos y la consecución de los objetivos planteados.

La atención a la salud del anciano debe ser objetivo prioritario en la agenda de los servicios sanitarios.

Los programas de atención al anciano deben tener como finalidad mantener al mismo en las mejores condiciones posibles, procurándole el soporte social adecuado a cada situación.

Desde este punto de vista, la intervención social se sustenta principalmente en tres pilares básicos:

- Desarrollo de actividades preventivas y de promoción de la salud.

- Gestión, adecuación y optimización de recursos sociales, a través del trabajo en red social e institucional.
- Intervenciones sobre el entorno familiar y comunitario (prestando especial atención a los cuidadores).

La intervención social en lo que respecta a los ancianos se desarrollará en distintos niveles: Individual, familiar, grupal y comunitario.

En lo que respecta a la atención individual, la intervención debe ir dirigida a todos los mayores de 65 años sin más, priorizando a aquellos que se encuentren en situación de alto riesgo social.

Según los autores Jasone Mondragón e Isabel Trigueros, desde el punto de vista social, se considera anciano de riesgo a aquel que cumple alguno de los siguientes criterios:

- Alta hospitalaria reciente.
- Anciano con limitación física.
- Ancianos con deterioro mental.
- Anciano de edad elevada (mayor de 75 años).
- Ancianos que viven solos.
- Ancianos con ausencia de la familia próxima.
- Ancianos reclusos en su domicilio.
- Ancianos en los que exista sospecha de malos tratos.
- Situaciones que presenten riesgo de institucionalización del anciano de forma prematura e inadecuada.
- Ancianos con problemas económicos.

La intervención social del trabajador social en la atención al anciano irá encaminada tanto a aumentar la calidad de vida de éste como de la flia. en que está inmerso, procurándole los cuidados precisos y necesarios.

La intervención irá dirigida hacia distintas áreas:

- Área económica y administrativa.
- Área relacionada con la vivienda.
- Área de relaciones sociales.
- Área relacionada con el grado de dependencia y el apoyo social.
- Área relacionada con el anciano en proceso de incapacitación física y/o psíquica.

Haciendo referencia al trabajo social con ancianos en el hospital, se ajusta dentro de la definición general del Trabajo Social hospitalario como un servicio especializado que atiende a personas que se encuentran con problemáticas derivadas de la enfermedad que padecen, situaciones sociales y/o familiares conflictivas, dificultades económicas que no permiten satisfacer necesidades básicas, etc.

Se brinda atención personal al paciente y su familia en los aspectos emocionales, psicosociales, de relación, sociales y económicos.

En el trabajo hospitalario con la Tercera Edad, se observa la problemática de las enfermedades crónicas, que se caracterizan por hospitalizaciones frecuentes, incapacidades residuales y necesidad de seguimiento posthospitalario.

Las enfermedades crónicas, tienden a crear problemática social, de dependencia de otras personas, conflictos psicosociales, etc.

El trabajador social hospitalario conoce al paciente y a su familia, así como sus problemas por la reincidencia de los ingresos.

El trabajador social participa a la familia del paciente, en tareas de concientización, apoyo y educación sanitaria.

En el trabajo conjunto con la persona se establece una "relación de ayuda" donde influyen diversos factores:

a- El "contexto" donde se encuentra el anciano influye en su estado emocional y en su autovaloración social. Factores en el ambiente pueden llegar a "obligar" al anciano a la obediencia hasta el extremo de su autoanulación psicológica, los mismos factores pueden producir reacciones agresivas, acompañadas de ansiedad.

b- También influye la pérdida de salud y el curso de las enfermedades, y la influencia que tiene sobre la persona que lo vive y su ambiente.

c- Es importante tratar de distinguir entre la depresión en el anciano y la tristeza que acompaña una crisis vital, ya que la última no es patología sino una reacción natural al cambio. El trabajador social tiene importantes tareas de apoyo y de relación de ayuda en las crisis vitales, en tanto que una depresión es competencia del psiquiatra en cuanto a relación terapéutica, y asesoramiento familiar como parte del equipo interdisciplinario que trata al paciente depresivo.

Cabe destacar aquí, la importancia del trabajo en equipo y la interdisciplina como modo de abordaje integral.

La realidad es tan compleja y versátil que resulta inaprensible desde un enfoque particular y su comprensión exige una interpretación interdisciplinaria.

Una visión de conjunto, podría observar con perspectiva de gran ángulo, desde el profesional que trabaja individualmente, hasta el equipo metadisciplinario que ha logrado un funcionamiento eficaz.

El presente trabajo hace referencia específicamente al equipo interdisciplinario. Dicha forma de actuación se realiza con un grupo de profesionales que perteneciendo a diversas disciplinas se reúnen para obtener un objetivo y resultado común, pero manteniendo campos específicos con fronteras bien perfiladas y de acuerdo con ello, aportando una cuota de determinación que debe respetarse como regla de interdependencia disciplinaria. El liderazgo es "funcional" y opera según los aspectos a tratar y el tiempo de ejecución de los trabajos. El rol del líder es alternativo.

Los resultados obtenidos representan, entonces, los aportes de las diferentes ciencias y son consecuencia de una integración que consideró a cada una de las disciplinas con sus metodologías y conceptos instrumentales.

Haciendo referencia, puntualmente a las particularidades clínicas del anciano, éstas demandan la interacción de lo que se ha dado en llamar "equipo de salud", integrado por el médico, el trabajador social, el psicólogo y el terapeuta ocupacional.

Estos profesionales deben desligarse de los estigmas y estereotipos que la sociedad y los mismos profesionales tiene respecto de la vejez e impregnarse de

una mirada que les permita analizar los problemas del anciano sin ningún prejuicio.

Puntualizando específicamente el rol del T.S en el campo de la gerontología, debe estar capacitado en las siguientes actividades:

1- Asesoramiento sobre servicios y derechos existentes, y defensa de los derechos del anciano.

2- Coordinación en la provisión de servicios y orientación, y contención a las personas que cuidan al anciano.

3- Desarrollo de programas de educación familiar.

4- Desarrollo y supervisión de los programas de voluntariados.

5- Participación del anciano en la comunidad.

6- Dirección de centros de cuidados diurnos para ancianos y de otros servicios, tales como unidades de cuidado domiciliario u hogares de ancianos.

7- Participación en la planificación de servicios para ancianos.

8- Desarrollo de trabajos de investigación y de programas de evaluación social.

9- Supervisión de estudiantes de Trabajo Social, y colaboración en otras disciplinas relacionadas con el cuidado de los ancianos, tales como medicina, enfermería y rehabilitación.

El T.S debe transmitir y compartir estas actividades con el equipo, a través de la técnica más común y simple de trabajo interdisciplinario, que es la "reunión de equipo", que debe observarse regularmente en cada lugar de trabajo. En forma

natural, la interrelación permanente no formal de los profesionales es irremplazable.

Un equipo interdisciplinario requiere la integración o incluso la modificación de las diferentes disciplinas. La mayoría de las necesidades del anciano requiere algún grado de colaboración interprofesional.

El concepto de "equipo interdisciplinario" demanda que todos los profesionales que componen el mismo y también los que están en relación con el anciano, ya sea en un hospital general, una institución o en la comunidad, deben actuar en forma coordinada e interdisciplinaria, de manera tal que su evaluación y decisión de provisión de servicios se haga con base en un nivel de conocimiento homogéneo, de respeto mutuo, en forma inmediata y efectiva.

Una de las funciones más importantes del equipo geriátrico debe ser la lucha contra el prejuicio hacia la vejez en todo medio y en todo momento. La educación del público orientada a crear una actitud positiva y correcta hacia el anciano es la mejor inversión de cualquier sociedad.

3-Tercera Edad: características generales

“Si bien la salud es un derecho de todos, es de todos también la responsabilidad de cuidarla. Debido a las enormes dificultades que plantean las necesidades sanitarias, sociales y económicas de las personas de edad, se hace necesario concentrarse en la promoción, prevención y recuperación de la salud, contando con la participación activa de la población”.³

³ Autora: Suárez, María Salomé

3-Tercera Edad: características generales

a- Definición y características generales de la Gerontología y Geriatria:

En el año 1908, Ilya Metchnikoff, médico de origen ruso aporta significación funcional al término conceptual "Gerontología", compuesto por dos raíces griegas, "geros": anciano y "logos": estudio. Se define pues la gerontología como el estudio de la ancianidad, aportando esta definición en su origen, de que la ancianidad es un concepto muy amplio, pudiendo abarcar desde las distintas características diferenciales entre los sexos, hasta aspectos médicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, jurídicos y filosóficos, que implican ambos.

Es durante el año 1909 cuando otro estudioso del ámbito gerontológico, Leo Nascher, médico de origen austriaco, acuña el concepto de "Geriatria": término compuesto también por dos raíces griegas, "geros": anciano e "iatrikos": tratamiento. El concepto de tratamiento nos conecta a una secuencia bipolar, en la que encuentra por un lado el término salud, y en el otro, el de enfermedad. La geriatría es la rama de la medicina que estudia los problemas médicos, psíquicos, funcionales y sociales de las personas de 60 años y más.

La geriatría y la gerontología son complementarias e indisolubles y tienen como factor común al anciano. Es a partir de la segunda mitad del siglo anterior cuando la gerontología adquiere identidad propia. Desde este ámbito nos aproximamos a tres grandes enfoques:

- Gerontología social
- Gerontología psicológica
- Gerontología biológica.

Desde lo funcional las tres ópticas se funden en una dinámica interactuante y sistémica.

En Gerontología Social, Stieglitz, introduce este término en 1943, asignándole un significado, de ser, aquella parte que tiene por objeto principal de atención las relaciones de interacción entre el sujeto anciano y su contexto. El sujeto anciano se explica por su biología, psiquismo y circunstancias sociales, pero se comprende por su biografía, entorno, códigos específicos de significación y particularidades de su existencia.

Es necesario un enfoque unitario para la comprensión, siendo la Gerontología un instrumento pluridisciplinario e integrado de observación, análisis, descripción, explicación y comprensión del sujeto humano.

Son objetos de esta ciencia:

- El diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades de la vejez. Especialmente las llamadas crónicas degenerativas.
- La rehabilitación física, psíquica y social de los ancianos.
- Retardar o frenar la velocidad de envejecimiento, prolongando el plazo de vida y tratando de que dicha longevidad sea alcanzada en condiciones físicas, psíquicas y sociales adecuadas.

En cuanto a la Geriatría, se deben tener en cuenta las edades de interés geriátrico, el profesor Dr. Herve Beck, establece las siguientes:

- 45 a 60 años: edad del primer envejecimiento.
- 60 a 75 años: vejez gradual (viejos jóvenes).
- 75 a 85 años: vejez declarada.
- 85 a 99 años: grandes viejos (viejos viejos).
- 100 años y más: centenarios.

El mismo profesional recuerda que si bien tenemos una edad cronológica que está registrada en nuestro documento de identidad, también tenemos una edad biológica que es la resultante de la situación de cada uno de nuestros órganos. Es decir, alguien puede tener una edad cronológica avanzada y una edad biológica menor, o viceversa.

El profesional que se desarrolla en geriatría tiene la obligación del cuidado del paciente, debe ayudarlo a ayudarse, buscar valorar las capacidades residuales del paciente para facilitar su reinserción social. Su meta es mejorar la calidad de vida del paciente en su última etapa del ciclo vital.

Paralelamente debe interrogarse sobre la libertad, el sufrimiento, la muerte, el tratamiento, la eutanasia y debe tener una orientación filosófica de la vida, y en especial de su propia vida.

Se considera paciente geriátrico, según la OMS, al que reúne tres o más de las siguientes condiciones:

Marco conceptual: Tercera Edad, características generales.

- ✓ Mayor de 70 años.
- ✓ Presenta pluripatologías.
- ✓ Su enfermedad principal tiene tendencia a la invalidez física.
- ✓ Hay patología mental, acompañante o predominante.
- ✓ El manejo de la enfermedad está condicionado por problemas sociales.

También con el fin de reconocer a un posible paciente geriátrico, tengamos en cuenta "las once I de la Geriatria":

- 1- Inmovilidad
- 2- Incontinencia
- 3- Inestabilidad
- 4- Insomnio
- 5- Indigencia
- 6- Impotencia
- 7- Iatrogenia
- 8- Irritabilidad de colon
- 9- Inmunodeficiencia
- 10- Incapacidad visual y auditiva
- 11- Intelecto disminuido

En cuanto al campo de investigación gerontológico geriátrico, los estudios transnacionales sobre las necesidades de los ancianos en los países

Marco conceptual: Tercera Edad, características generales.

subdesarrollados, han demostrado que el principal problema de los ancianos es la falta de bienestar económico y de recursos para atender las necesidades básicas, como el acceso a los servicios de salud. Por ende, la principal dificultad para las autoridades de los países en desarrollo es como prestar atención a largo plazo al creciente número de ancianos pobres, grupo vulnerable, enfermo y discapacitado, con los escasos recursos asignados al sector de la salud.

La transición demográfica y epidemiológica, en un medio de recursos estáticos y escasos, requiere estrategias innovadoras de planificación, de servicios para los ancianos, que a menudo exigen la colaboración de varios sectores gubernamentales, los profesionales de la salud y asistencia social y los organismos voluntarios.

Uno de los principales objetivos del componente de investigación de los programas de atención de los ancianos es proporcionar a las autoridades información que les ayude a formular esas estrategias innovadoras.

b- Contexto histórico situacional. Características locales:

Durante las últimas décadas, la atención mundial se ha dirigido de forma sostenible a los problemas sociales, económicos, políticos y científicos derivados de la evolución demográfica que se está produciendo y que tiene como resultado principal el envejecimiento de la población.

A lo largo del siglo XIX se ha presenciado a nivel mundial una serie de cambios sociodemográficos, derivados de diversos factores; tales como el control de la mortalidad perinatal e infantil, el descenso de la tasa de natalidad, mejoras

en la nutrición, el cuidado básico de la salud y el control de un gran número de enfermedades infecciosas.

Como consecuencia de estos cambios se ha producido un notorio crecimiento, tanto en números absolutos como relativos de la población mayor de 65 años.

El envejecimiento de la población se asocia en general con los países más industrializados de Europa y América del Norte, donde en muchos de ellos, más de una quinta parte de la población tiene 60 años y más.

Hoy en día muchos países en desarrollo, especialmente en América Latina, Caribe y Asia, están experimentando cambios similares en la estructura por edad de la población, y se registran al mismo tiempo, debates sobre la inversión económica y la capacidad de los gobiernos para mejorar el bienestar financiero de sus ciudadanos de más edad.

El Caribe es hoy la región en desarrollo "más vieja" del mundo, pues más del 9% de su población total tiene 60 años y más.

América Central y América del Sur tienen una estructura de edad más joven en la que 6,9% de la población total es de 60 años y más.

Hacia el año 1998, en la República Argentina los mayores de 65 años constituían el 10% de la población en tanto que alcanzarán el 19% en el 2050. Los mayores de 75 años que constituían un 3,5% llegarán al 8,5%, mientras que el porcentaje de los demás de 85 años se triplicará largamente.

Por ejemplo durante los últimos treinta años la mortalidad, debida a las enfermedades cerebro vasculares ha descendido en un 60% y un 30% las debidas a enfermedades coronarias.

En síntesis cada vez más personas mayores con más prolongada expectativa de vida, con lo que la estructura de la población variará notablemente, y consecuentemente se harán más numerosos los problemas sociales que son su correlato.

Otro dato significativo de nuestro país, es que Córdoba, Bs.As. y Santa Fé, resultan ser las tres provincias de mayor ritmo de envejecimiento poblacional. Este hecho coincide con la característica presentada, de ser las regiones de mayor desarrollo económico, y contar además, con el índice de población más numeroso.

Es un hecho admitido entre los demógrafos, que el envejecimiento poblacional está claramente marcado por tres fenómenos que pueden producirse en forma simultánea:

- ✓ La declinación de la fertilidad
- ✓ El aumento de la expectativa de vida
- ✓ El aumento de la emigración

Algunos autores mencionan otros aspectos más excepcionales que ocurrieron en períodos especiales de la historia como el "baby boom", posterior a la segunda guerra mundial, en los países que intervinieron en la contienda, o movimientos de cohortes de gente vieja, como el caso de la península de La Florida, impulsados por la búsqueda de lugares de mayor tranquilidad o de oferta inmobiliaria.

En este último caso el envejecimiento no se daría por los fenómenos que se mencionan anteriormente, sino por una razón más simple: hay más personas

mayores en números absolutos, y entonces la edad promedio de la población no puede más que aumentar.

Esto es lo que ha ocurrido en nuestra región. Los variados estudios coinciden en afirmar que la ciudad de Mar del Plata constituye uno de los principales enclaves del país, con mayor recepción de población añosa. Esta particularidad tiene su fundamento en los aspectos sociodemográficos argentinos y su impacto en la comunidad local.

La presencia de este proceso migratorio de ancianos en la ciudad de Mar del Plata se correlaciona con factores de tipo estructural. En primer lugar, una oferta destacada en lo referente a áreas que favorecen la calidad de vida en muchos aspectos, ampliamente superior a las comunidades de origen. En segundo lugar, una oferta laboral económica que se incrementa en los meses de verano, la cual por lo general lleva a decidir el traslado junto a todo el núcleo familiar. En estos casos son poblaciones económica y socialmente desfavorecidas, las cuales demandan además, una red asistencial de apoyo.

Otro factor para destacar también, es la presencia de un imaginario social, como constructor de un modelo de vejez, el cual se halla sostenido en una intensa publicidad a nivel nacional, consistente en posibilidades ofrecidas, desde una ciudad turística, y con una importante vida social y cultural durante todo el año.

Al hablar de oferta destacada en relación a factores que hacen a la calidad de vida, se hace referencia a una importante red de servicios socio sanitarios y culturales dependientes de instituciones estatales.

Estos programas resultan cada vez más necesarios, dado el número importante de población añosa que demanda los servicios.

En la actualidad, los diferentes niveles gubernamentales, Nación, Provincia y Municipio, tienen instalados en la ciudad áreas específicas de atención a la Tercera Edad.

Si bien es importante la proporción mayor de 60 años que se halla jubilada y pensionada, resulta aún importante el número de ellos que no gozan de este beneficio.

Este sector concurre a centros asistenciales estatales, donde demandan no solo atención sanitaria sino también cobertura integral en otras áreas, como lo socio ambiental, habitacional y alimentaria. Desde estos lugares se implementan redes asistenciales de atención, a fin de dar respuestas adecuadas a la problemática en conjunto con las demás instituciones operantes en las distintas áreas mencionadas.

En cuanto a la dinámica poblacional Argentina, según el censo de 1980, la proporción hombres/mujeres en zonas urbanas era de 77%, que es baja, puesto que las mujeres en promedio viven más que los hombres. Sin embargo, la proporción en las zonas rurales era de 124%. Esto sugiere una diferencia importante en los modelos de migración h/m, que tiene consecuencias para los sistemas de salud y seguro social, tanto en zonas urbanas como rurales.

Debido a que las proporciones de sexo al nacer favorecen a los niños, los hombres sobrepasan a las mujeres en edades jóvenes. Sin embargo, como la mortalidad masculina es mayor que la femenina en casi todas las edades, el porcentaje de mujeres aumenta con la edad y la ventaja numérica masculina desaparece con el tiempo.

Las proyecciones de población sugieren que las mujeres constituirán la mayoría creciente de las poblaciones de más edad en todas las regiones del mundo en desarrollo.

Las diferencias de género en la esperanza de vida, evidentemente afectan el estado civil, más adelante en la vida. Las investigaciones siguen demostrando que los casados viven mejor que los no casados en varias dimensiones: económicas, social, emocional, de cuidado, durante el ciclo de vida.

Los ancianos casados, por lo general, superan en número a los viudos, mientras que las ancianas viudas sobrepasan con mucho a las mujeres ancianas cuyo cónyuge vive.

Desde un punto de vista social, tales diferencias de género pueden ser menos destacadas en los países con amplia cobertura de servicios de salud, seguro social generalizado y sistemas de jubilación.

En cuanto a la ciudad de Mar del Plata, durante la década del 50 y del 60, todavía había superioridad masculina. Recién la década del 70, muestra inversión del fenómeno.

Es un hecho que la desproporción entre los sexos, es favorable para la mujer en las últimas etapas de la vida.

En cuanto a nuestro país y datos obtenidos en el Censo Nacional de Población 1991, tanto en la Prov. de Buenos Aires, como en el Partido de Gral. Pueyrredón, la población de 65 años y más, viven más en hogares unipersonales que los más jóvenes. En este tipo de hogar hay un 41% ocupado por mayores de 65 años. Igualmente los hombres viven menos solos, más nuclearizados y en menor cantidad en familias extensas que las mujeres.

Paralelamente, es importante puntualizar las cuestiones que hacen a la fuerza laboral y ocupación de estas personas. Las personas mayores que quieren y/o necesitan seguir trabajando, consiguen emplearse en tareas poco calificadas, y en industrias no dinámicas, donde los salarios son generalmente bajos.

Los datos disponibles indican que más de la mitad de los hombres de 60 años y más, siguen siendo económicamente activos en muchos países. Asimismo, estos trabajadores de edad avanzada se concentran especialmente en el sector primario, específicamente la actividad agrícola, y menos en el sector industrial.

Al quedar cesantes por "retiro compulsivo" comienzan a padecer algunas dificultades: desajustes de la personalidad, pérdida de la capacidad adquisitiva, pérdida de los grupos de pertenencia, etc., con el consecuente deterioro de la calidad de vida. En general no acceden a trabajos calificados.

"La educación" que ha sido superada por la evolución de los conocimientos y las tecnologías, merece atención como obstáculo que representa para adaptarse a nuevas ocupaciones.

Este grupo etéreo es descalificado y recibido con preconceptos, que hablan de ellos como pasivos, disminuidos, sin capacidad de aprendizaje. Esto es parte de un discurso colectivo y social, que concluye muchas veces, por parte de quien envejece, con la completa apropiación de estos mandatos.

En el caso de los ancianos, la representación que tengan de sí y el sentido que le asignen al envejecimiento parece ser función, por lo menos en parte, de la representación social de la vejez.

Para poder modificar este discurso habría que despojarse del "viejísimo" para concebir a los ancianos como capaces de seguir desarrollándose y contribuyendo en el orden familiar y social, y en el de la realización personal.

Mar del Plata es una ciudad donde mucha gente, sobre todo habitantes de la ciudad de Buenos Aires y alrededores, esperan encontrar el lugar donde vivir su vejez, lo que transforma a nuestra ciudad en una de las que mayor migración de ancianos recibe del país.

Es en este ámbito social particular, donde se deben mejorar las expectativas en cuanto a la calidad de vida, no solo prestando servicios para prolongarla, sino también para vivirla "dignamente".

c- Consideraciones generales:

Ante la realidad frágil y dependiente, al anciano no le preocupa tanto la muerte, como la posibilidad de un largo período que la anteceda.

Tal preocupación es compartida cada vez más por los servicios asistenciales, y por distintas organizaciones e instituciones.

Los cuidados a los ancianos se enfocan cada vez más a la evaluación global, la prevención de las discapacidades, y la protección de la independencia.

Es importante reafirmar los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, de promover el progreso social, y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad.

En este marco, se hace mención, de los "Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de Edad".

Aunque el Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1982 significó un gran acontecimiento, éste no representó el sentimiento vivo en los corazones y mentes de la mayoría de las personas mayores, ni llegó tampoco al público en general. Aún más, mientras que las Naciones Unidas a través de los años enunciaban un número de leyes en defensa de los derechos humanos de determinados grupos, ninguna de éstas hablaba de la situación de las personas mayores. Entonces, la Federación Internacional de la Vejez (FIV), una entidad privada sin fines de lucro, decidió redactar una *Declaración sobre Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad* que pudiese llenar tan importante vacío. La Declaración se elaboró con la cooperación de varias organizaciones que representan o trabajan a favor de las personas mayores alrededor del mundo. Los Principios de las Naciones Unidas en favor de *las Personas de Edad*, se basan en su mayor parte en la Declaración de la FIV (adoptó el 16 de diciembre de 1991-Resolución 46/91).

La Asamblea General alienta a los gobiernos a que introduzcan lo antes posible los siguientes principios en sus programas nacionales:

Independencia:

- 1- Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante

ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.

- 2- Las personas de edad deberán tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de tener ingresos.
- 3- Las personas de edad deberán poder participar en la determinación de cuándo y en que medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
- 4- Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.
- 5- Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio.
- 6- Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

Participación:

- 7- Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su

bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.

8- Las personas de edad deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.

9- Las personas de edad deberán poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

Cuidados:

10- Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.

11- Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.

12-Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.

13-Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.

14-Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

Autorrealización:

15-Las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.

16-Las personas de edad deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

Dignidad:

17-Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.

18-Las personas de edad deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

Estos derechos estarían amparados dentro de una política de Seguridad Social, destinada a la promoción y protección de la población integrada por una serie de prestaciones, tales como jubilaciones y pensiones, cobertura sanitaria, asignaciones familiares, subsidios y otras.

La política previsional constituye, sin duda, la más importante de las políticas para la Tercera Edad, sin embargo, el sistema previsional argentino, crea un sistema de Seguridad Social, el cual a la vez de resultar ineficiente, posiciona a sus destinatarios en receptores pasivos de beneficios magros y paliativos de situaciones crónicamente irresueltas.

El otorgamiento de haberes mínimos a los jubilados y pensionados, ha convertido a ésta franja étnica, en consumidores perpetuos de servicios sociales.

Como se hace mención anteriormente se puede observar como la visión actual de la vejez se significa a través de la enumeración de variadas pérdidas e imposibilidades, y por tanto su asociación al concepto de enfermedad. Se puede mencionar la pérdida de identidad, de valoración social, la pertenencia, el reconocimiento social y la inserción activa como productores de la cultura.

En este proceso social aún no se le ha otorgado a la vejez un lugar apropiado, que les permita transitar esta etapa de la vida en condiciones dignas y como portadores de valores humanos compartidos y legitimados por la sociedad en su conjunto.

La finalidad de la Planificación para el Área de Tercera Edad en un Hospital Público, intenta fundarse en esa consideración. Si bien los postulados esgrimidos debieran formar parte de la cotidianeidad de quienes son sus destinatarios, resulta necesaria la implementación de actividades en donde se puedan generar espacios de reflexión y de acción compartida. Es importante además, que si bien su inicio es en el ámbito hospitalario, los objetivos propuestos intentan producir un impacto familiar y social que instale al sector poblacional de Tercera Edad, al alcance de posibilidades e intereses desde un modelo propio, e inmerso en valores de justicia y equidad social.

DESARROLLO DEL ÁREA
DE TERCERA EDAD

Hospital Interzonal General de Agudos

"Dr. Oscar Alende"

1-Área de Tercera Edad

-Orígenes y características-

“Dr. Oscar Alende”

“La ciudad de Mar del Plata constituye uno de los principales enclaves gerontológico del país, por lo tanto, existe una gran demanda de servicios socio-sanitarios y culturales. El Área de Tercera Edad implementado en el Hospital Interzonal General de Agudos de dicha ciudad, resulta de gran relevancia por ser un servicio público que brinda una cobertura integral y atención especializada”⁴

⁴ Autora: Suárez, María Salomé

1-Área de Tercera Edad -Orígenes y características-

En el mes de enero de 1997, se dispuso desde la Dirección de Hospitales del Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs.As., la creación de un Área de Tercera Edad, la cual funcionaría en todos los hospitales de su dependencia (ver anexo).

La apertura de un Área de Tercera Edad dentro del Hospital no registra antecedentes. Solo puede mencionarse, el funcionamiento de un Centro de Atención de PAMI, el cual tenía a su cargo gestiones administrativas de sus afiliados que concurrían al hospital.

El objetivo de la Disposición Ministerial que se menciona anteriormente, fue generar dentro de los hospitales provinciales, y municipales que deseen integrarse a la propuesta, un espacio de atención particular hacia las personas comprendidas dentro del grupo etáreo Tercera Edad.

La disposición comprende la necesidad de brindar atención en las áreas médica, técnica y administrativa.

En este sentido el HIGA de Mar del Plata presenta una particularidad respecto del resto de los hospitales de la provincia. A las áreas mencionadas incorpora lo social como un aspecto fundamental dentro de su funcionamiento.

Es así como se crea el Área de Tercera Edad incorporando como responsable del mismo a un profesional de Servicio Social y contando con tres empleados administrativos.

Esto constituye un hecho innovativo dado que el resto de los hospitales se desempeña solo con personal administrativo.

El Área de Tercera Edad incluye a todas las personas mayores de 60 años que ingresan al hospital en demanda de atención.

Su objetivo es optimizar la calidad de atención brindada hacia éste grupo etéreo, incluyendo en esta propuesta la atención asistencial, como también la recepción y acompañamiento en la realización de gestiones administrativas.

Dentro de los objetivos generales, se intentó priorizar las formas administrativas con que se organizaba la asistencia diaria de la población. Este hecho se enmarca dentro de la consideración de que corresponde a los legítimos derechos de cada persona su atención digna y la recepción eficiente de su demanda dentro de los lugares públicos establecidos para tal fin.

La aceptación de este postulado constituyó un eje principal, y resultó fundante como estrategia para optimizar la calidad de atención sanitaria hacia la Tercera Edad.

De este modo, se realizaron acuerdos con el Servicio de Cómputos, encargados de organizar la atención diaria en consultorios externos y con el Servicio de Farmacia del hospital.

La finalidad fue evitar las prolongadas esperas por parte de los mayores de 60 años.

También se acordaron formas de trabajo con el resto de los servicios de atención y la Guardia del hospital, a fin de absorber de inmediato la urgencia.

Los distintos servicios en los cuales se halla organizada la atención hospitalaria fueron incorporando paulatinamente la existencia de un área de

atención especializada para la Tercera Edad, y junto con ello, aunque en forma incipiente aún, modificando las formas de atención hacia estos pacientes. En este sentido, se observa la incorporación de los aspectos sociales y familiares en la evaluación médica, tendiendo a lograr una visión más integral, a partir de la propuesta y la tarea realizada desde el área.

Otro de los objetivos perseguidos, fue la implementación de acciones a fin de lograr la vinculación del Área en el contexto de los servicios socio sanitarios de Mar del Plata.

En este sentido se establecieron contactos con el Área de Tercera Edad de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón y con ciertos sectores de la Secretaría de Desarrollo Social, también municipal, con los cuales se consideró necesario el establecimiento de pautas de intervención de acuerdo a las incumbencias.

También se realizaron acuerdos de trabajo con organizaciones eclesióásticas y servicios de voluntariado.

De este modo, se intentó operativizar la organización general del Área, en una primera etapa de su funcionamiento.

Diariamente se trabaja sobre el afianzamiento de lo realizado y planificando nuevas acciones tendientes a cubrir espacios de prevención, docencia e investigación.

Desde el Área se intentan generar acciones tendientes a revertir el estado de pasividad del grupo etáreo atendido dentro del contexto social, como también intervenir en la transformación de la visión social actual de la Tercera Edad.

Se considera que la incorporación de áreas de trabajo en que se incluye a la población asistida, tiene un impacto favorable en su calidad de vida total.

Desarrollo del Área de Tercera Edad – HIGA- : Orígenes y características.

Se intenta lograr una modificación en la forma de evaluación e intervención, la cual parte de una visión interdisciplinaria desde el hospital, relacionada institucionalmente con el fin de abordar las distintas áreas desde sus lugares de atención.

Pero especialmente se considera relevante, la apertura del área hacia la comunidad, con acciones concretas, que traduzcan los contenidos éticos, teóricos e ideológicos que la identifican.

2- Estructura de funcionamiento del Área

"Generar acciones innovadoras, recursos adecuados y una dinámica transformadora de la población atendida, permite a través del trabajo en equipo, superar y/o modificar situaciones no deseadas".⁵

⁵ Autora: Suárez, María Salomé

2- Estructura de funcionamiento del Área

2-1 Denominación:

La denominación de “Área de Tercera Edad”, se establece a partir de la necesidad de generar un espacio que brinde una atención integral de la salud, que considere a la persona en su totalidad, coordinando las diversas disciplinas que contribuyen a su abordaje.

Asimismo, como se desarrolla en capítulos anteriores, intenta desterrar la asociación de vejez y enfermedad, como también el carácter pasivo y dependiente derivado del modelo de atención tradicional.

2-2 Recursos:

Recursos Humanos:

- 1 Lic. en Servicio Social

A cargo del Área. Profesional de Planta, dependiente del Servicio Social General. Dedicación exclusiva al Área.

- 5 médicos Clínicos (actualmente realizando consultorios de Geriatría). Pertenecientes a Clínica Médica.

- 1 Médico Psiquiatra.

Perteneciente al Servicio de Salud Mental.

- 1 Lic. en Psicología

Desarrollo del Área de Tercera Edad: Estructura de funcionamiento del Área.

- 1 Lic. en Terapia Ocupacional
- 2 Empleados administrativos.
- Grupo de voluntariado.

Recursos Edilicios:

- El Área de Tercera Edad cuenta con un espacio físico apropiado, el cual fue refaccionado por personal voluntario y la contribución de comerciantes e instituciones de la comunidad. Dispone de tres consultorios de atención para Lic. en Servicio Social, Lic. en Psicología y Lic. en Terapia Ocupacional, dos espacios para la actividad administrativa, una cocina y una amplia sala de espera con mobiliario confortable para los pacientes. La atención médica se realiza en los consultorios de Clínica Médica.

Recursos Materiales:

- Los consultorios exclusivos del Área se encuentran adecuadamente ambientados y con mobiliario suficiente como para desarrollar la tarea. Las dimensiones del espacio asignado, son acordes a las necesidades, dado la importante cantidad de pacientes que ingresan diariamente.

2-3 Desarrollo de la Atención Diaria:

a)- Unidad de Atención Gerontológica (UNAGGe):

Hablamos de **GERONTOLOGÍA** porque es la disciplina que integra todas las áreas que contribuyen al estudio y evaluación de las personas de Tercera Edad.

En la atención diaria se ha desarrollado el método de **EVALUACIÓN CUÁDRUPLE**. Por este se entiende la evaluación de las áreas médica, social, psicológica-psiquiátrica y funcional. Esta propuesta se encuentra en implementación desde el mes de Septiembre de 1998. La entrevista de primera vez la realiza el área social o médica, realizando luego dicha evaluación.

Luego de esta evaluación de tipo preliminar se establece un Plan Terapéutico, el cual integra actividades de rehabilitación y promoción social, como también indicaciones de tipo preventivo para el paciente, familiares y cuidadores.

El equipo de atención responsable de la tarea, se halla integrado por profesionales mencionados en el ítem Recursos Humanos.

El personal administrativo pertenece a Planta permanente, su tarea se halla organizada de acuerdo a las necesidades del Área dentro del Hospital.

Especificaciones de la actividad por Áreas de trabajo: (Se adjunta cuadro de Planificación General).

ÁREA PREVENTIVA: Se considera a la Prevención, como las acciones tendientes a brindarles a las personas la capacidad de participar activamente en la construcción de un proyecto de vida propio, basado en principios de autonomía y responsabilidad.

Acciones implementadas:

- Grupo de Pacientes autoválidos.
- Educación Física.

ÁREA ASISTENCIAL: Incluye la respuesta otorgada a la demanda recibida en la asistencia diaria.

Acciones implementadas:

- Programa de Atención a Pacientes con Deterioros Cognitivos.
- Programa de Atención a Pacientes con Enfermedad de Parkinson.
- Atención demanda espontánea
- Formación de Grupos Voluntarios
- Evaluación Cuádruple (médica, social, psicológica-psiquiátrica, funcional).

ÁREA REHABILITACIÓN: Acciones tendientes a estimular las potencialidades vigentes de cada persona, como también la recuperación de las posibilidades funcionales en cada uno de ellos.

Acciones implementadas:

- Inserción en actividades del Área.

Desarrollo del Área de Tercera Edad: Estructura de funcionamiento del Área.

- Educación Física.

ÁREA DOCENCIA: Acciones tendientes a lograr la transferencia e intercambio de conocimientos específicos de la especialidad.

Acciones implementadas:

- Ateneos intrahospitalarios
- Rotaciones
- Intercambio Institucional.

ÁREA INVESTIGACIÓN: Es un objetivo prioritario, a fin de generar un proceso de evaluación constante de la propuesta y lograr su difusión y consolidación con un importante aporte en el ámbito asistencial y académico.

Acciones implementadas:

- Sistematización de la actividad realizada
- Investigación Hogar Pacientes Sociales
- Consulta y lectura bibliográfica
- Reuniones evaluativas de la Unidad.

Acciones desarrolladas desde el Trabajo Social: (Se adjunta cuadro con tipificación de intervenciones).

Estas acciones adquieren una especial relevancia, teniendo en cuenta que el mayor porcentaje de las personas que concurren al Área no poseen Obra Social

Desarrollo del Área de Tercera Edad: Estructura de funcionamiento del Área.

y tampoco ingresos estables. En general son personas que han realizado una actividad laboral informal de tipo temporario o changa, por lo cual no pueden acceder a una Jubilación Ordinaria. Un número significativo de ellos poseen Pensiones por Edad Avanzada o por Invalidez, recibiendo un haber mínimo como único ingreso, por lo cual se encuentran en una situación económica desfavorable.

En general, la población asistida presenta un severo déficit en la cobertura de las necesidades básicas, como también escasas posibilidades de acceder a beneficios previsionales ordinarios.

La asistencia diaria se presenta en tres tipificaciones principales, con sus correspondientes desagregados:

- Intervenciones terapéuticas a nivel individual-familiar, en relación a estructura y organización familiar, y relaciones vinculares.
- Atención de demandas asistenciales en relación a situaciones socio económicas.
- Asesoramiento y acompañamiento en la realización de gestiones previsionales.

Desde el área social particularmente, se realiza la Evaluación Social Gerontológica, centrada sobre la red socio familiar de la persona.

Los objetivos de dicha evaluación son:

- ✓ Conocer la red social de pertenencia de la persona (dinámica familiar, grupo de contención y apoyo, vínculos interpersonales y demás), es decir todas las relaciones que el mismo perciba como significativas.
- ✓ Conocer las posibilidades de acceso e inclusión a los servicios socio sanitarios.

Desarrollo del Área de Tercera Edad: Estructura de funcionamiento del Área.

- ✓ Desde lo individual, evaluar el estado de salud general (controles periódicos/tratamientos) del anciano, su hábitat y medio ambiente, la cobertura de necesidades básicas, como también su situación previsional.
- ✓ Detectar situaciones de riesgo y/o alto riesgo.

b) Unidad Administrativa: (Se adjunta cuadro con tipificación de tareas).

Un objetivo prioritario en la implementación del funcionamiento del Área de Tercera Edad, fueron las formas administrativas con que se organiza la asistencia diaria de la población.

La atención digna de la persona y la recepción eficiente de su demanda constituyó un eje principal y resultó fundante como estrategia para optimizar la calidad de atención sanitaria hacia los ancianos.

Para el cumplimiento de este objetivo se realizaron acuerdos con los distintos Servicios del Hospital. Por medio de ellos las personas de Tercera Edad concurren al Área a solicitar turnos, medicamentos y demás gestiones que requieren dentro del HIGA, las cuales son llevadas a cabo por el personal administrativo.

De este modo se evitan las prolongadas esperas de pie y se cuenta con un espacio donde se centralizan todas las demandas y se recibe una atención personalizada.

En este momento, se puede afirmar que el Área de Tercera Edad, resulta además un espacio de socialización y contención para todos los ancianos que ingresan al HIGA.

Desarrollo del Área de Tercera Edad: Estructura de funcionamiento del Área.

Las actividades llevadas a cabo desde la Unidad Administrativa, se dividen en cuatro grupos con sus desagregados:

- Turnos
- Farmacia
- Realización de gestiones intrahospitalarias
- Asesoramiento general para gestiones extra hospitalarias.

UNAGGe (UNIDAD DE ATENCIÓN GERIÁTRICA GERONTOLÓGICA).
HIGA "Dr. OSCAR ALENDE".

PLANIFICACIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES.

ÁREA PREVENTIVA	ÁREA ASISTENCIAL	ÁREA REHABILIT. / PROMOCIÓN	ÁREA DOCENCIA	ÁREA INVESTIGACIÓN
<p>-GRUPO PACIENTES AUTOVALIDOS.</p> <p>-EDUC. FÍSICA</p>	<p>-PROGRAMAS DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO Y PARKINSON.</p> <p>-ATENCIÓN DEMANDA ESPONTÁNEA.</p> <p>-VOLUNTARIOS.</p> <p>-EVALUACIÓN CUÁDRUPLE.</p>	<p>-INSERCIÓN EN ACTIVIDADES DEL ÁREA (INTERINST.).</p> <p>-EDUCAC. FÍSICA.</p>	<p>-ATENEOS: C.M, O Y T, S.M, S.S, T.O.</p> <p>-ROTACIONES.</p> <p>-INTERCAMBIO INSTITUCIONAL.</p>	<p>SISTEMAT. DE LA ACTIVIDAD REALIZADA.</p> <p>-INVESTIGACIÓN HOGAR PACIENTES SOCIALES.</p> <p>-CONSULTA Y LECTURA BIBLIOGRÁFICA.</p> <p>-REUNIONES EVALUATIVAS DE LA UNIDAD.</p>

ÁREA SOCIAL (REGISTRO DE ATENCIÓN DIARIA).

ÁREA TERCERA EDAD - HIGA "Dr. Oscar Alende".

ACCIONES IMPLEMENTADAS
INTERVENCIONES TERAPEÚTICAS A NIVEL INDIV./FLIAR. (ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN, RELACIONES VINCULARES).
Evaluación Gerontológica Área Social.
Atención de situaciones de déficit en la cobertura de necesidades básicas.
Atención en domicilio en situaciones de riesgo físico y/o moral.
Intervenciones en el contexto familiar (pautas de relación, conducta).
Intervenciones en situaciones socio ambientales desfavorables por falta de contención familiar.
Asesoramiento respecto del cuidado y asistencia a personas de Tercera Edad brindada a familiares y cuidadores.
Intervenciones de armado y/o recuperación red social de pertenencia.
Asesoramiento e intervención en nuevas formas de organización fliar. a partir de dependencia de un miembro anciano.

ATENCIÓN DE DEMANDAS SOCIO ASISTENCIALES EN RELACIÓN A SITUACIONES SOCIO ECONÓMICAS

Evaluación e informe para ingresar a Programa Alimentario Municipal o coordinado por Cáritas.

Evaluación e informe para ingresar a Programa Habitacional.

Evaluación e informe para ingreso a Hogar de Ancianos y Hogar de Día.

Gestión interna en HIGA para completar requisitos de ingreso a Hogares.

Evaluación e informe para solicitud de elementos varios (anteojos, pasajes, etc.).

Evaluación e informe para solicitud de beneficios asistenciales a Cáritas (muebles, etc.).

Solicitud de donaciones especiales a Entidades de bien Público (Rotary, Club de Leones).

Gestión pase gratuito de colectivo.

Atención a beneficiarios de IPS y Secr. De Desarrollo Social para realización de gestiones - PROFE-

Gestión para derivación de pacientes a otros Centros Asist. de la provincia.

**ACOMPañAMIENTO Y ASESORAMIENTO EN REALIZACIÓN DE
GESTIONES ADMINISTRATIVAS.**

Asesoramiento sobre situaciones previsionales.

Gestión interna en HIGA para completar requisitos de trámites previsionales.

ÁREA ADMINISTRATIVA. REGISTRO DE ATENCIÓN DIARIA

ÁREA TERCERA EDAD. HIGA "Dr. Oscar Alende"

TURNOS:
Sacar turnos de todas las especialidades.
Organizar turnos Unidad de Gerontología.
Comunicar por T.E. fechas de turnos
Solicitar atención sin turnos en casos especiales
MEDICAMENTOS:
Retirar medicamentos de Farmacia.
Conseguir medicamentos faltantes a través de donaciones.
REALIZACIÓN GESTIONES INTRAHOSPITALARIAS:
Retirar y entregar H.C. en casos especiales.
Acompañar pacientes dentro del HIGA.
Solicitar recetas de tratamientos prolongados.
Solicitar traslados de ambulancias.

Asesoramiento para realizar gestiones dentro del HIGA

ASESORAMIENTO DE GESTIONES EXTRAHOSPITALARIAS:

Brindar información para gestiones fuera del hospital.

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y ENTREGA GENERAL DE PASAJES.

Conclusiones

“En este apartado del trabajo final, deseo reflejar la importancia de un Área de Tercera Edad en un hospital público, y la necesidad de generar estrategias que permitan al adulto mayor elevar su calidad de vida”.⁶

⁶ Suárez, María Salomé

_A través de las vivencias, experiencias y conocimientos adquiridos durante mi residencia de pre-grado en el Área de Tercera Edad H.I.G.A. "Dr. O .Alende" y teniendo en cuenta la complejidad del adulto mayor, encuentro necesario destacar principalmente, que el envejecimiento es un proceso "complejo" que abarca los aspectos bio-psico-sociales de manera holística.

Hacer mención del estado funcional en las distintas edades, es hablar de la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales y constituye probablemente el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso del envejecimiento.

Durante el desarrollo y lectura del presente trabajo, se refleja la importancia y necesidad de una atención integral hacia los adultos mayores, dado que es una población con sus propias características, que requiere una asistencia especializada.

El Área de Tercera Edad en el Hospital Interzonal General de Agudos, de la ciudad de Mar del Plata, cumple este objetivo, interviniendo y realizando cada disciplina su aporte específico.

Es importante llevar a cabo un abordaje interdisciplinario, brindándole a la persona mayor, una atención acorde a sus necesidades, donde el fin sea, no solo aumentar la expectativa de vida, sino también mejorar las condiciones en cuanto a la calidad de esa vida, para que puedan vivirla dignamente.

El Trabajo Social en el campo de la Tercera Edad se une hoy al trabajo de otras profesiones, acercándose a los problemas de los ancianos dentro de una concepción global e integradora, creando las bases para mejorar la calidad de vida

de una población, que a principios de este milenio, representa ya un número muy significativo de personas en nuestra sociedad.

La población añosa crece más día a día, y esto hace que el estudio del envejecimiento sea de vital importancia para nuestro futuro como sociedad. De nuestro trabajo dependerá lograr un marco profesional e institucional que nos permita prevenir situaciones no deseadas.

La salud es uno de los derechos que poseemos por nuestra condición de ciudadanos, por lo tanto es nuestro derecho el acceso libre y gratuito a los servicios públicos, como también recibir una atención eficaz .

El Área de Tercera Edad presenta las características mencionadas, al encontrarse abierta a toda la población que lo requiera, al brindar un servicio a la comunidad de manera consciente y responsable y contando con profesionales capacitados específicamente en el trabajo con adultos mayores.

Teniendo en cuenta la crisis política, económica y social por la cual ha atravesado el país durante los últimos años, encontrándose afectados todos los ámbitos y sectores de nuestra sociedad , encuentro la necesidad de señalar como prioridad el trabajo profesional en el marco de la salud pública.

Se debe contribuir a lograr un ambiente de vida favorable, teniendo como base la educación y promoción de la salud. Se debe desarrollar una estructura social que asegure a cada persona un modo de vida adecuado para el mantenimiento de su salud.

Desde el Área de Tercera Edad, el Trabajador Social junto al Equipo Interdisciplinario, en su labor diaria y desde sus distintas intervenciones, promueven y transmiten pautas y conocimientos necesarios en cuanto a cuidados,

modos de vida, de comportamientos, etc. en un marco de contención, guía y apoyo para beneficio de estos pacientes y/o sus familiares.

Las intervenciones apuntan a crear condiciones que favorezcan el desarrollo integral de la persona, a trabajar la aceptación de diversas circunstancias y el fortalecimiento de los vínculos, a superar situaciones complejas, etc.

Si bien la realidad cotidiana demanda una atención de las urgencias y necesidades más inmediatas, no se descuida la planificación como tampoco los objetivos a mediano y largo plazo.

Como futura profesional y ante la realidad que vivimos a diario, de incertidumbre, inseguridad y situaciones críticas, de falta de reconocimiento y acceso a nuestros derechos, me siento con la responsabilidad y el compromiso de colaborar con la sociedad, en la superación y transformación de situaciones problemáticas, generando nuevas alternativas, creando, y utilizando recursos de manera objetiva y racional, acordes a cada situación.

En referencia al Área en cuestión, visualizo como positivo:

- Su permanencia en el tiempo, desde su creación hasta la actualidad, sin interrupción.

- Su implementación en un hospital público.

- Llevar a cabo un abordaje interdisciplinario, respetando ideas, opiniones, diferencias y lo particular de cada profesión, en favor del adulto mayor.

- Contemplar una visión integral, que favorezca la atención personal y especializada hacia los ancianos y sus familiares.

-Trabajar en forma conjunta con familiares y cuidadores, brindando un espacio de contención para los mismos.

- Ayudar al desarrollo de aquellos pacientes que desean su autonomía personal, la permanencia en su domicilio y la convivencia en su entorno habitual de vida en la medida de sus posibilidades.

- Favorecer la adaptación a los distintos cambios que se presentan en este momento de sus vidas.

-Fomentar en las personas mayores el empleo creativo del ocio y del tiempo libre, para mejorar su calidad de vida y su capacidad de sentirse útiles, entre otras.

Creo importante destacar, el trabajo de red que se lleva a cabo con distintas instituciones de la ciudad, implementando acciones concretas que favorecen la salud del adulto mayor.

Como negativo puedo observar que el recurso humano afectado al Área es insuficiente. Contar con la incorporación de profesionales del hospital, dentro de su carga horaria, por ejemplo nutricionistas, permitiría implementar actividades que aún hoy se han visto limitadas.

Se debe apuntar a que el anciano se sienta motivado, incentivado, ya que la vejez no es sinónimo de enfermedad, sino una etapa de la vida, que si bien se complejiza, cuenta con un gran bagaje de experiencias, conocimientos y herramientas para llevar adelante acciones que la favorezcan.

Sería óptimo implementar desde el Área o desde el Trabajo de Red con las demás instituciones, un espacio de estudio y formación permanente sobre temas relacionados con el envejecimiento y con la vejez, contando con una base de datos propia, y donde la devolución a la población, pacientes y /o familiares se

realice a través de actividades conjuntas relacionadas con la prevención y superación de situaciones problemáticas y/o patológicas, ya sea a través de charlas-debates, talleres, etc.

A si mismo, creo que se debe incrementar en la sociedad el conocimiento del hecho social del envejecimiento de la población y las características psicofísicas de los mayores, como también el aprecio y reconocimiento de todos, hacia los valores y patrimonio cultural de las personas que han alcanzado una edad avanzada. De hecho, se las debe integrar en el desarrollo de la política social e incorporarlos realmente en todas las actividades de la vida social.

El Área de Tercera Edad, responde a estas expectativas, generando nuevas alternativas a través de una planificación estratégica y demostrando su efectividad a lo largo de estos años, y donde el rol y especificidad del Trabajador Social queda reconocido en el trabajo en equipo.

*“ Aprender a envejecer es el trabajo maestro de la sabiduría y es uno
de los capítulos más difíciles en el gran arte de vivir”*

Henry Frédéric Amiel

Filósofo Suizo, 1874

(a los 53 años de edad).

Anexos



La Plata, Febrero 17 de 1997.-

VISTO que el Señor Ministro de Salud de la Provincia, a prioritado entre otras acciones, garantizar la atención de la demanda que se genera en los Hospitales Provinciales de pacientes que alcanzan la "TERCERA EDAD";

CONSIDERANDO:

Que con relación a lo puntualizado, se debe proceder con el grupo etáreo de la "TERCERA EDAD" en forma dinámica, en concordancia con las realidades, necesidades y prioridades que presenten los mismos;

Que es imprescindible que el Hospital brinde constantemente recursos de apoyo a los pacientes de la "TERCERA EDAD" en cada una de las necesidades que presenten;

Que la oportuna a que se refiere el punto anterior, debe quedar debidamente establecido, que la atención de estos pacientes, debe ser desarrollada con celeridad y eficiencia desde el punto de vista médico, técnico y administrativo, con el objeto de que su consulta insuma el menor tiempo posible;

Que para el cumplimiento de lo establecido, surge la necesidad de crear dentro de la estructura del Hospital, un área que brinde en cada una de las tramitaciones administrativas que requieran realizarse, de acuerdo a las particularidades propias de estos pacientes o de los familiares de los mismos;

POR ELLO:

**EL DIRECTOR PROVINCIAL DE HOSPITALES
DISPONE**

ARTICULO 1º. Dejar establecido que la Dirección de los Establecimientos Hospitalarios de este Ministerio, deberá arbitrar las medidas convenientes para incorporar un "AREA DE LA TERCERA EDAD", con vistas a asegurar la asistencia médica integral que requieran los pacientes o familiares comprendidos en los considerados de la presente.



ARTICULO 2º.- Las "AREAS DE LA TERCERA EDAD", que se incorporen, deberán canalizar la atención que requerirán los pacientes o familiares, para lo cual entre otras acciones, deberán orientar, informar y coordinar el apoyo que pudieren requerir los mismos.

ARTICULO 3º.- A los fines de poner en funcionamiento el área que nos ocupa, la Dirección del Establecimiento deberá dictar el pertinente acto Dispositivo, dejando establecido que el "ÁREA DE LA TERCERA EDAD" que se promueve, es mediante una utilización racional de los recursos existentes.

ARTICULO 4º.- Invitar a los Señores Intendentes Municipales del ámbito de la Provincia de Buenos Aires, a través de las Regiones Sanitarias, para que en los establecimientos de su respectivas jurisdicciones se promueva lo determinado en la presente.

ARTICULO 5º.- Regístrese, comuníquese a quienes corresponda y archívese.

DISPOSICION Nº 7197.-



[Handwritten signature]

Dr. MOISÉS A. MORDANO
Director Celul. de Hospitales

Fecha de realización:

1) DATOS PERSONALES GENERALES:

- 1.1- Apellido y Nombre:
- 1.2- Tipo y Número de Documento:
- 1.3- Lugar y Fecha de Nacimiento:
- 1.4- Domicilio: T.E.
- 1.5- Tiempo de residencia en MdP: Anteriores residencias:.....
- 1.6- Estado Civil:.....
- 1.7- Vivienda: propia.... alquilada.... cedida.... Tipo: independ.... compartida.... Hogar:.....
- 1.8- Religión: ¿Concurre a algún centro religioso?.....
- 1.9- Estudios Cursados:
- 1.10- a) Profesión / Oficio:..... b)¿Ejerció?.....
- 1.11- Desempeño laboral actual:

2) MOTIVO DE CONSULTA:

.....
.....
.....

3) EVALUACIÓN RED SOCIAL DE PERTENENCIA:

3.1- Grupo familiar conviviente:

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Observaciones
--------	------------	------	-----------	---------------

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.2- Grupo familiar no conviviente:

Nombre	Parentesco	Edad	Domicilio/T.E.	Ocupación	Observaciones
--------	------------	------	----------------	-----------	---------------

.....
.....
.....
.....
.....

3.3- ¿Posee otras relaciones significativas?¿Quiénes son?

Nombre	Edad	Domicilio/T.E.	Ocupación	Antigüedad	Observaciones
--------	------	----------------	-----------	------------	---------------

.....
.....
.....
.....

3.4-¿Con qué frecuencia se encuentra con ellos?.....

3.5- a)¿Estas personas se conocen entre sí?..... b)¿Y con los integrantes de su familia?

3.6- a)¿residen próximos a Ud.?..... b)¿Es fácil su acceso a ellos?.....

3.7- ¿Qué actividades /situaciones comparte con ellos? (personales, recreativas, laborales).....

3.8- En caso de necesitar algún tipo de ayuda, a quien de ellos recurriría?

a) material:.....

b) espiritual:.....

c) atención de la salud:.....

3.9- ¿Se encuentra Ud. en condiciones de brindarle el mismo tipo de ayuda a ellos?

4) EVALUACIÓN SITUACIÓN SOCIO ECONÓMICA:

4.1- a) Situación Previsional actual:.....

b) Obra Social:c) ¿Dónde se atiende habitualmente?.....

d) ¿Concorre a algún Centro de Salud en su barrio?

4.2- a)Ingresos:b)Procedencia:.....

4.3- a)Integra algún Programa asistencial?.....b)Dependencia:.....

4.4- ¿Integra/Concorre algún grupo social?¿Cuál?.....

4.5- En caso negativo, ¿Desea hacerlo?.....a)Preferencias:.....

b) ¿Obstáculos?.....

4.6- Actividades de la Vida Diaria: a)Características:.....

4.6- ¿Cómo se traslada hasta el hospital?

5) CIERRE DE LA ENTREVISTA:

5.1- Relato de un día de su vida:.....

5.2- Proyectos:

MAPA DE RED:

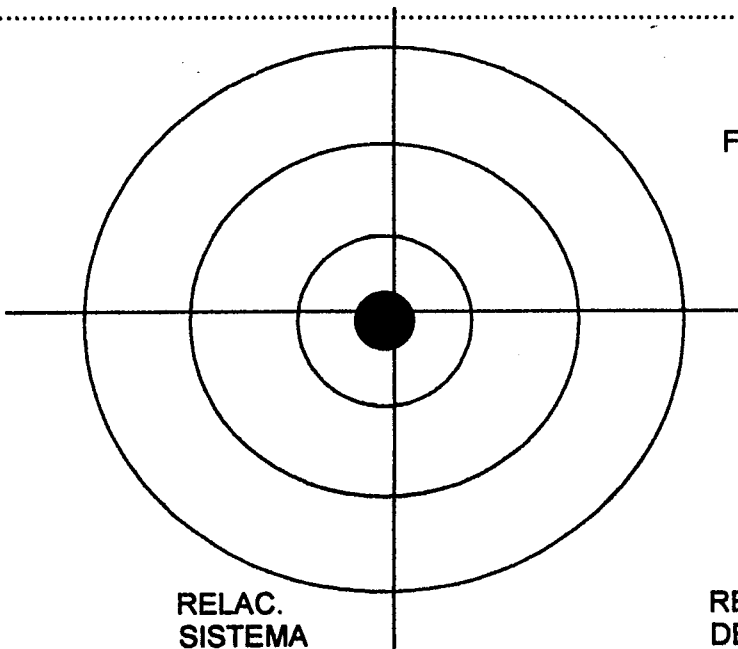
AMISTADES

FAMILIA

RELACIONES
COMUNITARIAS

RELAC.
SISTEMA
DE SALUD

RELAC. LABORALES/
DE ESTUDIO



ENCUESTA SOCIAL UNICA

Causa del estudio social:

A) IDENTIFICACIÓN		1) Fecha: Dia: mes: Año:	
2) Apellido y nombre:		3) H.C N°:	
4) Domicilio: Calle:		N°	Tel:
Localidad:		Partido: Pcia:	
Antigüedad de residencia en el mismo:		procedencia:	
5) Lugar y fecha de nacimiento:			
Nacionalidad:			
6) Año de ingreso al país:		7) Radicación legalizada: Sí [] No []	
9) Estado civil:		8) L.C [] L.E [] C.I [] D.U [] N°:.....	
10) Nivel educacional: Analfabeto [] Alafabeto [] Prim. []		Sec. [] Univer. []	
11) Profesión u oficio:		12) Ocupación actual:	
Lugar de trabajo:		Domicilio:.....	
Horario:			
13) Ingreso: mensual: <input type="text"/> jornal: <input type="text"/>		14) Pensionado [] Jubil. [] Ingreso: Afiliado N°:.....	
15) Obra social o mutual: Afiliado N°:.....		Cuenta de servicio médico: Si [] No []	
16) Motivos que dificultaron su utilización:.....			
B) VIVIENDA			
17) Urbana [] Rural []		18) Propia [] Alquil. [] Armat. [] Cedida []	
19) Independiente [] Compartida []		20) Material de Construcción	
21) Estado de conservación B [] R [] M []			
22) N° de dormitorios		23) Ventilación B [] R [] M []	
24) Iluminación B [] R [] M []		25) Aseo y orden: B [] R [] M []	
26) Dormitorio del paciente: Individ. [] Compartida [] Edad Con: Sexo		27) Cama del paciente: Individ. [] Compartida [] Edad Con: Sexo	
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
28) Sevicios Sanitarios y otros:			
Provisión de Agua:			
Corriente []		Desagues: Motor [] Bomba []	
Inodoro []		Cloaca [] Pozo Negro []	
Letrina []		Grifo público []	
Ducha []		Cámara séptica []	
Bañera []		Lavatorio []	
Grifo []		Cocina []	
Heladera []			

C) COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR Y COHABITANTES:

29)	30)	31)	32)	33)	34)	35)	36)	37)	
N°	Apellido y Nombre	Vínculo	Edad	Nacionalidad	E. Civil	N. Educac.	Ocupación	Ingresos	Aportes
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

D) ASPECTO MEDICO

N°	38) Salud	39) Enfermedad que padece	40) Lugar de atención	41) Mutual
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

E) CUENTA CON PARIENTES LEGALMENE OBLIGADOS A PRESTAR ASISTENCIA

Marcar con X lo que corresponda:

Si

No

F) GOZA DEL BENEFICIO EN EL ORDEN

Marcar con una X lo que corresponda:

Nacional Provincial Municipal u otorgado por otro organismo del subsector privado

G) OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

H) DIAGNOSTICO SOCIAL

.....

.....

.....

.....

I) Firma y aclaración de firma del Trabajador Social actuante:

.....

.....

Bibliografia

BIBLIOGRAFÍA

- Ander Egg, E. "Introducción al Trabajo Social". 288 Pp.
- De Robertis, Cristina. "Metodología de la intervención en Trabajo Social". Segunda Edición. Ed. "El Ateneo", Barcelona, 1992.
- Dr. Giaconi Gandolfo, Juan. Prof. adjunto Depto. Salud Pública. "Los desafíos de la Salud Pública", Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile, 1994; 23: 3-5.
- Katz, Ignacio F. "La Tercera edad. Un proyecto vital y participativo para reinsertar la vejez en nuestra sociedad". De Planeta. Bs.As. 1992.
- Katz, Ignacio. "Al gran Pueblo Argentino Salud. Una propuesta operativa integradora". Ed. Eudeba, 1998.
- Kisnerman, Natalio. "Salud Pública y Trabajo Social. Ed. Humanitas, 1981,
- Lic. Narváez, Rubén Osvaldo. "Trabajo en equipo: Interdependencia Disciplinaria". Archivo Argentino Pediátrico, 1985; 83; 317-321.
- "Manual de Prácticas de Trabajo Social en Tercera Edad". Siglo XXI de España. Autores S.A., Primera edición, octubre 1995.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. "Hospital Público de Autogestión" Marco conceptual. Estrategias e Instrumentos Operativos. Segunda edición, agosto 1997.
- Mondragón, Jasone, Triguera Isabel. "Manual de Prácticas de Trabajo Social en el campo de la Salud". Siglo XXI de España ediciones, septiembre 1999.

- **Monchietti, Alicia.** "Como vemos a los viejos, como se ven ellos mismos". UNMDP. Fac. de Cs. de la Salud y Servicio Social – Fac. de Psicología. Mar del Plata, Argentina, 2004.
- **Organización Panamericana de la Salud.** 25° Conferencia Sanitaria Panamericana. 50° Sesión del Comité Regional "Salud de las personas de Edad". Washington D.C, 21 al 25 de septiembre de 1998.
- **Organización Panamericana de la Salud.** Organización Mundial de la Salud, publicación Científica N° 546. "La atención de los ancianos: un desafío para los 90". Washington, 1994.
- **Pegaza, Margarita.** "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social". Ed. Espacio, Bs. As., Primera edición 1998.
- **Revista Panamericana de la Salud Pública.** "Organización Panamericana de la Salud". Vol. VI, septiembre 1999.
- **Salvarezza, Leopoldo.** "Psicogeriatría, teoría y clínica". Primera edición. Ed. Paidós, Bs.As., 1998