

ANCIANIDAD Y POBREZA. FICCION Y REALIDAD DE LAS POLITICAS SOCIALES EN LA ARGENTINA.

Julia Castells

E.mail:jucastells@xlnet.com.ar

Abstract

Sud América además de sufrir conflictivos procesos de desarrollo ha comenzado a envejecer como algunos vecinos del Caribe y Centro América. En Latinoamérica Argentina sobresale por su alta población envejecida, tendencia revertible sólo por un aumento de la fecundidad o de la inmigración. Pero los parámetros de las últimas décadas no se han revertido asimilándose más a los de aquellos países desarrollados de Europa

La esperanza de vida continúa creciendo y las personas mayores de 60 años en A.L. son el 13% del total de la población a partir del año 2000.

Para atender las necesidades de este sector el Estado posee organismos que las dificultades políticas y económicas de muchos años de desorden y conflicto social han deteriorado, castigando fuertemente a los sectores frágiles como los ancianos.

Consecuentemente el sector privado ha tomado el espacio abandonado, generando un descontrolado incremento de entidades de dudosa calidad sanitaria y altos costos, conocidas como "hogares", "residencias geriátricas" o "casas de reposo".

La demanda de atención de la creciente población anciana no encuentra respuesta en el desgastado Welfare (Estado Benefactor) estimulando a la comunidad a confiar la atención de sus mayores en las "residencias geriátricas" hasta sus últimos días.

Se estudió la atención de ancianos relevando un gran número de instituciones públicas y privadas, entrevistando a los administradores y el staff de salud, los ancianos residentes y observando la calidad de los servicios. Los resultados obtenidos revelaron aspectos desconocidos demostrando los graves problemas y los vicios de estos sistemas de institucionalización, costosos, ineficientes e inhumanos, desestimando su utilización futura

como solución al problema del envejecimiento poblacional, salvo en la extrema invalidez psicofísica.

Análisis de situación

Las acciones desarrolladas hasta ese momento eran sólo medidas de corto plazo en las que la prevención no era un modelo todavía considerado, si bien muchos años antes se había dictado en la Provincia de Córdoba la LEY N° 7077 de 1984 que creaba un "Programa Permanente de Protección al Anciano" y postulaba la protección al anciano carenciado a través de un programa permanente de atención. Entre otras cosas mencionaba "la dignificación, promover la permanencia del anciano en el seno familiar y en su comunidad evitando su desarraigo, su integración social y su recuperación económica y laboral, evitar la segregación, prevenir su internación en hogares y hospitales, prevenir su desnutrición y favorecer su integración generacional,"pero no se mencionaban las vías para su implementación. La provincia de Mendoza con menor proporción de población anciana, había logrado sancionar la "Ley de Protección al Anciano" promulgada en 1988 bajo el N°: 5308/88. En ambos casos estos conceptos no eran nuevos ni singulares y los hemos visto a lo largo de estos años repetidas veces; es cómo arribar a las metas lo que cuenta y lo que se ha visto que difiere en cada caso por la falta de integración de las medidas dentro de un programa nacional.

Por ejemplo en la administración pública de la Ciudad de Córdoba tres áreas diferentes, Salud, Acción Social y Municipalidad se disputaban el control de las acciones dirigidas a la ancianidad a lo cual se agregaba un extenso sector privado con fines de lucro y coherentemente con el viejo modelo del "estado benefactor" sobraban funcionarios y faltaban técnicos calificados.

Desde el sector público se habían intentado también proyectos de largo plazo como el Plan de vivienda compartida para ancianos sin vivienda del (IPV) Instituto Provincial de la Vivienda que, sin llegar a los resultados esperados, había generado muchos problemas. Los errores atribuidos a la falta de planificación se tradujeron en un alto costo económico y social. El valor de esta experiencia era el ser la primera en su género y no se encontraron en ese momento otros antecedentes en el resto del país en donde sólo habían surgido emprendimientos menores. Por ejemplo en la Provincia de Mendoza

que a consecuencia de un terremoto había implementado un pequeño subsidio familiar para la construcción de una habitación más para las familias con un anciano a cargo y, en Buenos Aires un sector reducido de instituciones particulares y comunidades religiosas y extranjeras había implementado el uso de apartamentos individuales con servicio de asistencia médica y social.

Mientras un 77% de las personas mayores del Gran Córdoba pertenecía a algún sistema de protección social, el 80 % de éstas se concentraba en el PAMI (Programa de Asistencia Médico Integral) de carácter nacional.

El 85% de las instituciones asilares provinciales estaba en manos del sector privado con fines de lucro, que absorbía el 66 % de la asistencia de los ancianos, mientras entre el sector público y el privado sin fines de lucro se llegaba apenas a cubrir un 7,5 % cada uno de la asistencia a la población añosa.

La población anciana institucionalizada en el Gran Córdoba en ese momento (0,7 %) estaba en su mayoría constituida por migrantes internos de la provincia, especialmente mujeres solas o viudas sin invalidez, cuyos principales motivos de institucionalización eran, además de la falta de medios y de vivienda, la necesidad de asistencia de la salud, como factor desencadenante. Los que se alojaban en los "hogares" privados con fines de lucro, eran principalmente beneficiarios de sistemas de seguridad social o bien personas carenciadas sin protección social y sin familiares que, recurrían a los hogares públicos y de bien público.

Causas y características de la institucionalización

Si bien la mayoría había convivido con familiares, pocos o casi ninguno había recibido de ellos ayuda económica, sí en cambio distintas muestras de solidaridad a lo largo de su vida cotidiana. Llamaba aún más la atención entre quienes estaban en "hogares o residencias" privadas con fines de lucro que la falta de vivienda y de atención de la salud eran las causas más corrientes de internación. Relacionado con el tipo de sector social de proveniencia parecería que los sectores medios apelaban en forma más insistente a la institucionalización para el cuidado de sus mayores. Antes que adjudicarlo a una escasa solidaridad intergeneracional esto podría relacionarse por una parte, con una incentivación de la demanda

provocada por la falta de políticas públicas para el anciano o su familia y, por la otra, con el constante estímulo que por la institucionalización se ha venido ejerciendo desde el sector privado en las últimas décadas y que continúa ahora con mayor énfasis.

"Se ha hecho un "boom" desde hace unos 10 años o más en relación a los viejos, a la geriatría a la psicogeriatría [...] son disciplinas que se desarrollan no por un valor humanístico intrínseco del cuidado de los viejos, sino porque los viejos en el mundo comenzaron a tener un pequeño ingreso por vía del Estado o por vía de la familia y son consumidores. A veces este consumo mínimo en los sectores más pobres, genera un mercado y ese mercado recicla sus necesidades a través de los mismos viejos, especialmente el mercado farmacéutico" (Strejilevich, 1988).

Desde el punto de vista físico se podía observar que los "hogares" o residencias para ancianos privadas eran más pequeñas, utilizaban grandes casas de familia y eran menos confortables pero estaban en el centro de la ciudad. Los hogares públicos eran siempre más grandes, instalados en ex conventos, asilos, reformatorios o viejos establecimientos de salud, modelos típicos del sector público que aunque siendo más espaciosos estaban muy alejados del radio urbano. En todos se encontraron barreras arquitectónicas como pisos en altura, escaleras y además, olores característicos del mal mantenimiento de la higiene sanitaria. Las supervisiones provenían del estado nacional a través de su programa de gestión sanitaria el P.A.M.I. y apuntaban más al aspecto exterior y a los controles contables que a la calidad de los servicios.

Los privados con fines de lucro eran dirigidos casi siempre por un médico, generalmente su dueño o por un socio y eran supervisados por el municipio local. Contrataban poco personal auxiliar y mantenían la capacidad completa gracias a los convenios que PAMI y otras obras sociales sindicales o privadas mantenían con ellos. Los públicos en cambio contaban con más personal auxiliar y pocos médicos.

La atención de la salud principal motivo para la institucionalización, no era en cambio satisfactoria para los ancianos que en general se quejaban por la espaciada frecuencia de las visitas médicas y eran más asistidos cotidianamente por personal doméstico sin capacitación sanitaria, los "auxiliares geriátricos". No obstante estos inconvenientes

tomados en su conjunto se podía afirmar que los hogares públicos y de bien público superaban en calidad la atención de los privados con fines de lucro, pero respecto a las actividades del tiempo libre no había diferencias entre ellos ya que oír radio, ver televisión, o ir a misa eran las únicas actividades para los ancianos.

El común denominador de todas estas instituciones era la falta de estimulación y de capacidad creativa, que si bien los técnicos no se esforzaban por incentivar, la familia y la comunidad menos aún. Respuestas idénticas se encontraron en estudios de ancianos solos en hogares de La Boca (Redondo, 1988), en encuestas especiales de algunas localidades de Italia (ISTAT, 1996) y de Polonia (Fratczak, 1993).

Atención de la salud y nivel de las instituciones: El fracaso del modelo y las alternativas

La apatía visible en la cara de los ancianos que según ellos mismos era debido a "la falta de salud", era en realidad la baja inmunidad general observada en el estado de salud que estaba más bien relacionada con su situación anímica, la desprotección afectiva, la soledad, o la falta de medios. El pasaje por la vejez en estos estratos sociales carecía de mejores estímulos; sin actividad y alejados de los familiares los ancianos sobrevivían pocos años.

Desde el punto de vista asistencial las instituciones mostraban serias contradicciones, si bien exigían que los ancianos fuesen sanos, siempre había un 9 % de personas con invalidez, frente a lo cual no se habían puesto en marcha otras respuestas alternativas más que el confinamiento, única solución ante la falta de conocimientos y técnicas geriátricas comunes en estas instituciones. Pero las cifras se agudizaban en algunas instituciones privadas con fines de lucro en donde era habitual la convivencia de personas sanas con enfermos cuyas patologías sugerían la imagen de un hospicio de mendigos, o de "salas de espera de la muerte" como lo denominaba Stejilevich y como fue observado en instituciones de la ciudad de Rosario, Mendoza o Buenos Aires.

"Si se llega a tener más de 65 años y la desgracia de presentar conductas atípicas, la orfandad asistencial se vuelve dramática" (M.Stejilevich, 1983).

Tampoco era sorprendente observar situaciones sin control en donde el personal dedicado a la atención descargaba su falta de capacitación y cansancio contra el anciano, no obstante reconocían que los ancianos "sufren por la falta de respeto del personal y son tratados como objetos inertes, inútiles y molestos" y, sus directivos inventaban paliativos momentáneos para sobrellevar esta difícil rutina.

No encontramos casi nunca antecedentes de capacitación superior en este tipo de servicios, sólo algunos médicos y personal de enfermería que sin alguna especialización geriátrica eran la excepción en algunos hospitales y en los hogares privados con fines de lucro. Los hogares eran así un campo fértil para la continua experimentación.

"Es dable encontrar fragmentación institucional esto es falta de integración, coordinación y convergencia entre las diversas instancias públicas y privadas que intervienen en la prestación de servicios. La baja calificación de los recursos humanos a disposición del sector público tanto a nivel central como local, es uno de los cuellos de botella centrales para un mejor y mayor impacto de la política social" (Bustelo e Isuani, 1991).

Alejados de la familia y la comunidad, era poco lo que "los hogares" o "residencias" podían mejorar. "Los familiares no quieren participar, la familia no tiene tiempo de venir, se desentienden; sólo se presentan para conseguir la autorización del PAMI para cobrar los ingresos por jubilación". No obstante la resistencia, los asistentes sociales insistían en convocar a los familiares que al principio y hasta el quinto año de internación venían a visitarlos, más allá de este lapso el entusiasmo decaía y casi nadie visitaba a los ancianos. La entrada al hogar marcaba así la interrupción total de las redes afectivas que las personas habían construido en el transcurso de su vida.

Entre los ancianos de una comunidad de La Boca, una localidad de la ciudad de Buenos Aires se encontró que pocos hijos aportaban dinero a sus padres y que los cuidados y la compañía que recibían no eran cotidianos (Redondo, 1988). En Calabria un anciano pobre repetía "un padre es capaz de sostener a cien hijos pero cien hijos no sostienen un padre" (C.G.L. 1994).

No se encontraron organizaciones voluntarias o grupos de autoayuda tipo "self help" que en otras partes del mundo han demostrado ser

exitosos, sobretodo cuando el "Estado Benefactor" o "welfare state" ha demostrado llegar a su fin. Por otra parte y fuera del apoyo de la familia los ancianos de escasos recursos contaban con una muy baja pensión de subsistencia por indigencia o vejez de parte del Estado que no alcanzaba a cubrir ni el gasto en medicamentos. Las personas ancianas de 60 y más años que dentro de la población cordobesa por ejemplo ocupaban según el Censo de 1980, un porcentaje importante (12,0%), no parecían constituir un sector prioritario dentro de las políticas provinciales, menos aún el sector de los más pobres.

Vimos a través de este estudio que la mayoría de las personas que gozando aún de buena salud vivían en instituciones, estaban solas, o no tenían adonde vivir o carecían de medios. Pero utilizando parte del gasto público invertido en mantener la infraestructura y la deficiente administración de estos "hogares de ancianos" se habrían podido implementar servicios alternativos como pequeños programas de apoyo local que integrados con el barrio y la familia, mantuviesen al anciano en su medio el máximo de tiempo posible. Y se puede afirmar que la situación no ha variado actualmente.

Parecería que para seguir un modelo válido de protección a la ancianidad con necesidades insatisfechas, las prácticas familiares de atención al anciano son las experiencias más valederas a imitar desde el ámbito municipal por ejemplo, o a través del hospital o de pequeños grupos, o desde sistemas autogestionados que den lugar a la organización de redes de solidaridad ofreciendo soluciones menos costosas y menos traumáticas que la institucionalización.

Desde el punto de vista económico y social la institucionalización prolongada dió ya muestras suficientes a nivel mundial y local de no ser una solución, los hogares o residencias generan mucho gasto en relación a los servicios que ofrecen, son sistemas de tipo caritativo y asistencialista que arrastran los defectos de los viejos hospitales, pero sin sus beneficios en la atención de la salud.

"La institucionalización demostró ser una ruptura de la discreta red de ayuda y contacto familiar, de parientes y vecinos que existía en la vida cotidiana antes de ingresar a ella, destruyen las redes informales de solidaridad difusa impidiendo su reorganización" (Collicelli, 1994).

Los "hogares de ancianos" son efectivos en la asistencia de casos terminales o de difícil asistencia, no son la alternativa a la familia y distan mucho de ser la solución universal para un mundo futuro de poblaciones envejecidas, como el que se avecina en los países desarrollados. Dentro de la comunidad el sistema de institucionalización en "hogares o residencias geriátricas" para alojar ancianos autosuficientes continuará siendo un "ghetto". Modelos alternativos, menos traumáticos y honerosos para la familia y el Estado se han implementado en algunos distritos de Estados Unidos y en parte de los países de Europa Central, Austria, Alemania, Bélgica, Holanda, Inglaterra, Francia, Italia, Japón, Noruega, Suecia, Polonia, Rumania, ex Yugoslavia, etc. en donde el **sistema privado o estatal** de residencia para ancianos como única respuesta al envejecimiento con handicap es sólo usufructuable por un reducido número de personas de mayor poder adquisitivo o de "homeless".

Algunos países como Italia o Israel cuentan con una estructura familiar muy sólida basada sobre la convivencia de varias generaciones y en donde la migración no ha impedido que los abuelos mantengan relaciones prolongadas con sus nietos y a través de los cuales se consolidan más fácilmente las relaciones con sus hijos ya adultos permitiéndoles dedicarse a sus actividades laborales remuneradas (Hanau, 1993).

En Argentina la posición favorable a la institucionalización de las personas ancianas es sostenida por el sector privado de la salud con un perimido modelo basado en un estado caritativo en donde priva el asistencialismo y la beneficencia y a quienes no conviene que se cierre una industria incipiente basada en el clientelismo y la improvisación en donde no existe aún la conciencia de la prevención ni de que el futuro próximo será cada vez más compuesto por generaciones de menos jóvenes y más "viejos jóvenes".

El objetivo principal de este artículo es señalar los inconvenientes y los pocos beneficios de los sistemas de institucionalización que en países como el nuestro están tomando el lugar de la familia y la comunidad y sugerir inmediatas implicaciones para políticas públicas de incentivación del trabajo, de atención de la salud y desarrollo social.

A la falta de políticas para la preservación de la vida se agrega la imprevisión de la vejez, los asilos del

pasado se están transformando en "los hogares" del futuro de nuestra población y no está aún claro quién proveerá apoyo a las próximas generaciones en los países de la América Latina que como el nuestro van hacia una acelerada caída de la natalidad.

Para revertir esta tendencia se requiere una urgente planificación de acciones en el campo de la atención a la población añosa que deberá ser encarada conjuntamente por el Estado y la sociedad y estar precedida de investigación interdisciplinaria que incluya información estadística, económica y epidemiológico-social. Es urgente incentivar estudios sociológicos y económicos de salud que se adecuen a las necesidades y reales expectativas locales así como también la formación superior en geriatría y gerontología, e implementar grupos de trabajo que incluyan a la familia y los grupos de menor edad.

Enseñar desde la escuela primaria el estudio de la población que desde una orientación socio-demográfica incluya todas las edades del hombre y rescate el espacio del adulto y su rol protagónico como fuente y trasmisor de la **memoria histórica**.

Bibliografía:

Castells, Julia (1992) Ficción y Realidad de la Política Social para la Ancianidad en la Argentina; Vol I y II Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, Argentina.

Collicelli, Carla (1994) Oggidomani anziani n 4, Federazione Nazionale Pensionati-CISL, Anno VII Roma.

Fratczk, Ewa (1993) Population Aging in Poland. Selected Aspects, INIA-CICRED, Paris France

Hanau, Carlo (1993) Integrazione fra pubblico e privato nella gestione del reparto solventi Università di Bologna, Italia

ISTAT, (1996) Indagine Multiscopo sulle Famiglie, Roma, Italia

Isuani, A.E y H.Mercer (1988) La Fragmentación Institucional del Sector Salud: Pluralismo o Irracionalidad? Centro Editor de América Latina, Bs.As.

Redondo, Nèlida (1990) Ancianidad y Pobreza. Una investigación en sectores populares urbanos. CEPEV, Editorial Humanitas, Buenos Aires.

Strejilevich, Mario (1985) Reflexiones sobre Temas de Gerontopsiquiatría. Revista Argentina de Gerontología y Geriatría, Año 1, N°1 .Buenos Aires

Artículo presentado en el Congreso Annuale dell'Associazione Latina

per L'Analisi dei Sistemi Saciosanitari, CALASS, 12-ott.1998

Actas del Congreso ALASS, Abano Terme

Reggione Veneto, Italia

(inérito)