

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Especialización en Trabajo Social Forense

Trabajo Integrador Final:

**“Convención Interamericana Sobre Protección de los Derechos Humanos de las
Personas Mayores: dilemas, controversias y avances”**

Nombre y Apellido del/la especializando/a: Lic. Gregoria Rodríguez

Tutora: Lic. Cecilia Beitia

Carrera: Especialización en Trabajo Social Forense.

Título: Especialista en Trabajo Social Forense.

Universidad Nacional del Comahue

Facultad de Derechos y Ciencias Sociales

Fecha de Presentación: 21 de Septiembre 2022

INDICE

INDICE.....	2
RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	3
TRABAJO SOCIAL FORENSE.....	5
Proceso socio-histórico.....	5
C.I.P.D.H.P.M y su vinculación con aspectos teóricos.....	10
C.I.P.D.H.P.M y Trabajo Social: Aspecto Metodológico.....	12
Dilemas teóricos en las intervenciones profesionales.....	20
Desafíos profesionales.....	30
Conclusión.....	35
Bibliografía.....	39

Palabras Claves: Personas Mayores, Consentimiento Informado, Capacidad- Restricción de Capacidades, Restitución de derechos.

RESUMEN

El presente documento corresponde al Trabajo Integrador Final de la Especialización del Trabajo Social Forense, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad Nacional del Comahue, cohorte 2018.

Monografía en la que se explicitarán las intervenciones profesionales realizadas en el Instituto Nacional de Servicio Social para Jubilados y Pensionados “PAMI”, obra social de las personas mayores jubiladas, pensionadas y menores a cargo, relacionando los espacios socio-jurídicos en el campo gerontológico.

El tema que se va a abordar hace referencia a elementos teóricos que atraviesan el pasaje del cambio de paradigma biomédico al de derechos humanos en el campo gerontológico y su repercusión en las personas mayores como sujetos de derechos humanos.

Teniendo como eje el Paradigma de derechos humanos, el presente trabajo se enfocará en el análisis de las dimensiones de capacidad jurídica, accesibilidad a la salud, y consentimiento informado, vinculándolos con las diferentes representaciones sociales y subjetividades en torno al campo gerontológico, los que son abordados en las intervenciones profesionales.

Para lo que se realizó un recorrido histórico, analizando las legislaciones que atraviesan el campo gerontológico, caracterizando las estrategias teóricas-metodológicas y técnicas que se utilizan en las intervenciones profesionales en la obra social INSSJyP PAMI.

INTRODUCCIÓN

El trabajo vincula las intervenciones profesionales que se realizan en el I.N.S.S.J.yP. PAMI, organismo público no estatal, que brinda Prestaciones Médicas y Sociales a sus afiliados (personas mayores, pensionadas y menores a cargo).

La monografía se enfoca en el sector de Prestaciones Sociales, el cual comprende dos grandes programas, agrupados en base a sus objetivos preventivos-promocionales y asistenciales, el primero destinado a los todos los afiliados y el segundo a la población en situación de vulnerabilidad social, económica y sanitaria.

En las intervenciones profesionales cotidianas se identifican diferentes situaciones dilemáticas que llevan a límites difusos entre vulneraciones de derechos humanos en las personas mayores y la restitución de los mismos, por lo que se considera pertinente analizar de manera teórico-práctico los diferentes ejes del paradigma vigente a fin de realizar una lectura crítica de la dinámica institucional.

Estos dilemas se vinculan a los temas de capacidad jurídica, accesibilidad a la salud, y consentimiento informado, llevando a problematizar las representaciones sociales y las subjetividades sobre las personas mayores en las diferentes intervenciones profesionales, como así también la resignificación de las demandas planteadas en las gestiones de las prestaciones institucionales.

Este análisis crítico parte de la conjetura que las personas mayores son sujetos socio-históricos, que han vivido profundos cambios sociales, culturales, económicos a lo largo de sus vidas, como es el pasaje del paradigma biomédico al de derechos humanos, por lo que el estudio de estos cambios y las repercusiones en sus modos de relacionarse consigo mismo y con los demás, es de imprescindible importancia bajo una mirada ética política en las intervenciones profesionales.

Para este estudio se utilizaron las siguientes categorías teóricas: capacidad jurídica-incapacidad, accesibilidad a la salud integral, consentimiento informado, en torno a las diferentes subjetividades que se construyeron a lo largo de la vida sobre el campo gerontológico.

Es importante tener en cuenta que el campo profesional cuenta con desafíos que se presentan en la cotidianidad, los cuales hacen referencia a categorías teóricas tales como empoderamiento, garantía y vulneraciones de derechos humanos (autonomía, autodeterminación, dignidad, identidad, intimidad) los cuales son explicitados en las legislaciones vigentes y son temas recurrentes en el campo de intervención.

Por último se realizó un análisis crítico sobre los desafíos actuales en el ámbito de intervención, los cuales llevan a reevaluar las demandas y a generar espacios de empoderamiento para los usuarios con los cuales se interviene en el campo profesional.

Los dispositivos instrumentales que constituyen las herramientas técnicas a utilizar en las intervenciones profesionales son el registro de campo, expedientes de los usuarios, Informe Social y Escala de Vulneración Socio-Sanitaria utilizados en las situaciones a intervenir.

El conjunto de técnicas de las que se apoyan los instrumentos para el análisis de los datos de manera integral y holístico son la observación, la escucha activa, la entrevista en sede, en domicilio, en los abordajes individuales, grupales, familiares y comunitarios según el programa a ejecutar.

El marco socio-jurídico que será el eje del trabajo es la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, acompañando también las Leyes N° 26378 “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo”, Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, el Modelo Social de la Discapacidad, el Paradigma de Derechos Humanos y la corriente crítica contemporánea del trabajo social.

En este sentido es importante realizar un análisis crítico de las intervenciones profesionales teniendo en cuenta las leyes vigentes y el pasaje del paradigma bio-médico al de derechos humanos, siendo imprescindible identificar los temas dilemáticos en torno a esta transición, situaciones que llevan al límite difuso entre restituir o vulnerar derechos humanos en las intervenciones cotidianas.

Por lo que, en el quehacer profesional poder identificar las subjetividades relacionadas a la concepción de persona como objeto o como sujeto de intervención, nos posibilita diagramar estrategias y dispositivos pensados en la persona sujeto de derechos, a fin de empoderar y garantizar prestaciones con visión humana.

Bajo esta mirada la monografía presenta una estructura que en primera instancia recorre un proceso socio-histórico de la transición del paradigma médico hegemónico al

de derechos humanos, un aspecto teórico- metodológico a fin de llegar a un análisis crítico de los desafíos en las intervenciones profesionales y del contexto de pandemia atravesado.

TRABAJO SOCIAL FORENSE

Para comenzar es necesario mencionar a que nos referimos cuando hablamos del Trabajo Social Forense o Trabajo Social en el Campo socio-jurídico, el cual hace mención al *“proceso de intervención en el cual ya se han tomado varias decisiones previas y se continuarán tomando luego de atravesar la instancia judicial. Cabe mencionar que la palabra Forense remite al foro, proviene del latín, forensis, fórum, foro, por lo que se relaciona con las actuaciones profesionales que en algún momento del proceso pasaron por el tribunal o por el juez para que defina de acuerdo con la ley, una determinada situación”* (Ponce de León, p. 25, 2018)¹.

“En una concepción más amplia nos llevaría a considerar lo forense como práctica discursiva, como instrumento para la plena efectivización de nuestros derechos y el uso que hacemos de la ley en defensa de nuestra autonomía en las relaciones sociales donde participamos. Implica recurrir a los acuerdos y convenciones previas para el arbitraje o resoluciones de conflictos” (Ponce de León, p. 26, 2018)².

En este sentido la monografía en primera instancia tendrá un análisis socio-histórico-legal del campo gerontológico y las políticas públicas en torno a las personas mayores, se avanzará en los cambios teóricos, metodológicos para culminar en los dilemas y desafíos recurrentes en las intervenciones profesionales.

Proceso socio-histórico

Para abordar este proceso socio-histórico es necesario especificar que a lo largo de la historia distintos paradigmas atravesaron las relaciones humanas, generando diferentes subjetividades.

Los modos de subjetividad, modos de ser y de relacionarse consigo mismo; modos donde surgen preguntas en torno en este caso a las personas mayores sobre sí mismo y el cambio epocal con sus transformaciones consecuentes.

Foucault afirmaba que *“la figura epistémica del hombre surge desde un hueco creado por los seres vivos, los objetos de cambio y las palabras cuando, al abandonar la representación que había sido hasta ahora su lugar natural, se retiran a la profundidad de las cosas y se vuelven sobre sí mismos de acuerdo con las leyes de la vida, de la producción y del lenguaje”*³ (Rodríguez; pag. 299).

El paradigma que sustenta las intervenciones actuales es el de derechos humanos, el cual reconoce a las personas mayores como sujetos de derechos y no meros “objetos de

¹ Ponce de Leon A., Krmpotic C. en Trabajo Social Forense: Cap. 1 “Los desafíos en la formación profesional: Programa de Especialización en Trabajo Social Forense de la Fadecs-UNComahue. Ponce de León Andrés, pag. 25. Editorial Espacio.2018.

² Ponce de Leon A., Krmpotic C. en Trabajo Social Forense: Cap. 1 “Los desafíos en la formación profesional: Programa de Especialización en Trabajo Social Forense de la Fadecs-UNComahue. Ponce de León Andrés, pag. 26. Editorial Espacio.2018.

³ Rodríguez, P.; Las Palabras en las Cosas. Bs. As., Cactus, 2019. Cap. 8 y 9.

intervención” o “beneficiarios de programas asistenciales” enfocados en sus carencias, tal como se consideraba en el modelo asilar, siendo este último por el cual vamos a empezar el recorrido.

Para comprender las interacciones sociales es necesario conocer los sustratos teóricos que atraviesan cada uno de los paradigmas como así también los diferentes procesos legales que los fueron legitimando.

Este proceso está atravesado por diferentes momentos, al decir de Rubén Roa *“un paradigma es una representación mental, socialmente aceptada, que da el marco conceptual a todo lo que pensamos, sentimos, hacemos y decimos. Es la manera a partir de la cual vemos la realidad y por lo tanto, el sustrato que da lugar a nuestras acciones”* (pág.1)⁴.

Por lo cual es necesario detallar los modelos que a lo largo de la historia llevaron a diferentes cambios sociales, tales como son el “Paradigma Tradicional o Asilar”, el cual surgió en Europa en el siglo XIX con el objetivo de vigilar y castigar a quienes debían educarse y corregirse (niños, locos y presos), siendo la arquitectura de los asilos de tipo pabellonal, el modelo de atención empleado, se encontraba estrechamente vinculado a la práctica médica legal.

En el Paradigma Tradicional, las personas mayores son consideradas como beneficiarias de la asistencia social, con roles sociales restringidos, con una perspectiva homogeneizante del grupo social, con segregación generacional en la vida privada y pública.

Las estrategias para encarar el tema de la vejez vulnerable en este período, estuvieron constituidas casi exclusivamente por acciones de la Sociedad de Beneficencia volcada a la creación de hospicios y diversos tipos de ayuda, dirigida a los “viejos” por su condición de pobres.

En la década del ‘70 se produce una ruptura en los estereotipos sociales sobre los mayores. La institucionalización de los mayores deja de ser la única alternativa válida, y se considera que el cuidado a largo plazo conlleva una amplia gama de servicios tales como: servicios de nutrición, consejo de las familias, visitantes amables, enfermeras, servicios de limpieza, centros para mayores, centros de asistencia de día, hospitales, residencias y geriátricos y grupos de autoayuda para las personas mayores.

Asimismo, en 1971 se promulgó por medio del Decreto -Ley 19.032, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). A partir de esa creación se instala en nuestro país el Programa de Atención Médica Integral (PAMI). La idea de brindar prestaciones socio-sanitarias para mayores surgió en el INSSJP-PAMI con el Programa Médico-Social para el 3° Nivel de Atención en 1974.

Por otro lado hacia fines de 1980 surge la nueva gerontología, corriente que propuso la planificación racional del cuidado de la salud para los ancianos a partir de algunos fundamentos básicos y específicos (Butler, 1988).

Una de las propuestas incluía los patrones de relación, el transcurrir psicológico y las características socioculturales de las distintas etapas de la vida con una consecuente intervención psico-social e interdisciplinarios para comprender la interrelación de sucesos

⁴ Roa Rubén: Atención Primaria y Medicina Familiar. Tomo 1.

fisiológicos, psicológicos y ambientales que afectan el bienestar integral de los mayores.

El campo gerontológico ha tenido varios cambios legislativos significativos que impulsan transformaciones en las intervenciones como son la *“Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo”*⁵ y la *“Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”*⁶, las que surgieron como instrumentos protectores de las personas mayores, con el objetivo de promover, proteger y asegurar el reconocimiento, goce y ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales a fin de lograr su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. Importantes herramientas normativas que protegen y promueven las intervenciones profesionales, garantizando y ampliando sus derechos.

Los cambios legislativos se encuentran enmarcados en los principales instrumentos internacionales de protección especial de derechos, vinculados a mecanismos de control internacional y constitucional.

En este sentido, el primer antecedente para esta modificación fue la 1° Asamblea sobre envejecimiento realizada en Viena en 1982⁷, en la misma se situó el tema del envejecimiento como orden de la vida privada de las personas y no solo una cuestión de Estado.

Por lo que es en la 2° Asamblea Mundial sobre Envejecimiento⁸ realizada en el 2002 en Madrid, donde la temática comienza a tomar mayor protagonismo, vinculándola al paradigma de derechos bajo el compromiso de los Estados sobre la implementación de políticas públicas.

Siguiendo este lineamiento el INSSJyP PAMI en el 2009 redefinió su significado pasando de llamar “Programa de Atención Médico Integral” a denominarse “Por una Argentina con Mayores Integrados”.

Asimismo, la modificación de la Ley de Salud Mental tiene como principales ejes, el cambio de la definición de salud mental desde diferentes dimensiones, la desmanicomialización, el derecho a la libertad y autonomía de la persona con padecimiento mental, la internación excepcional en hospitales generales, equipos interdisciplinarios, tratamientos ambulatorios entre otros, siendo una herramienta muy importante como guía para las intervenciones en perspectiva de derechos humanos.

La Ley N° 26657⁹ reglamentada en el 2013, define la Salud Mental *“como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”*, la misma fue impulsada a partir de diferentes transformaciones culturales, sociales, económicos y políticos.

En este sentido el proceso de salud-enfermedad deja de ser un problema individual, unicausal como castigo divino del sujeto padeciente, pasando a ser un

⁵ Leyes N° 26378 “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo”.

⁶ Ley 27360 la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

⁷ http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan_de_accion_internacional_de_viena_sobre_el_envejecimiento.pdf

⁸ https://www.un.org/es/events/pastevents/ageing_assembly2/.

⁹ Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, 2013.

problema social, multicausal de responsabilidad del Estado, desde el cual surgen las políticas sanitarias.

Por lo que, es importante mencionar el proceso socio-histórico por el cual fue atravesando el concepto de salud-enfermedad, fue pasando por diferentes paradigmas, tales como la *“visión teocéntrica en la Edad Media, donde se relacionaba la enfermedad como castigo divino, modelo que se lo puede denominar de prescindencia, debido a que la sociedad considera como innecesarias aquellas personas enfermas”* (Pág. 26)¹⁰.

Por otro lado, el *“modelo rehabilitador donde se toman las causas de una patología como científicas, se alude a la diversidad funcional en términos de salud o enfermedad, bajo una mirada normalizadora de la persona mediante una rehabilitación de esa enfermedad”*.

Posteriormente el *“modelo social, el cual tiene una mirada de las limitaciones sociales sobre la inaccesibilidad de las personas ante diferentes enfermedades, con un enfoque hacia el sujeto como persona de derechos humanos”*. Este modelo considera que es la sociedad la cual debe ser rehabilitada a fin de poder hacer frente a las necesidades de todas las personas.

Es decir que el proceso salud-enfermedad pasa de ser una mirada de peligrosidad, con responsabilidad individual a una mirada de la vulnerabilidad de la persona, con responsabilidad social y de salud integral.

Asimismo es necesario mencionar en este recorrido histórico la modificación del Código Civil y Comercial de la Nación en el 2014, que impactó en las relaciones civiles y comerciales de las personas físicas y jurídicas, entre otros temas relacionados a vínculos familiares, a la capacidad y restricciones de capacidades, lo que influye directamente en las intervenciones profesionales.

El Código Civil y Comercial de la Nación regula el concepto de “Capacidad Jurídica”, “Consentimiento Informado”, promoviendo la autonomía de la persona como sujeto de derecho. Quedando establecido en su artículo 31 las “reglas generales a la restricción de la capacidad por razones de salud” (Código Civil y Comercial de la Nación, 2014:51)¹¹.

En este sentido los diferentes organismos internacionales han acompañado las leyes específicas protegiendo derechos de grupos sociales más vulnerables como es el de las personas mayores, personas con discapacidad, con sufrimiento mentales entre otros.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores¹² surge en el 2015, y en el 2017 fue ratificada por el Estado Nacional, generando un significativo avance de la consolidación del paradigma de derechos humanos en los adultos mayores y generando obligaciones estatales de adoptar medidas para su cumplimiento.

Si bien la Constitución Nacional vigente no contiene artículos concretos que consagren derechos a las personas mayores en su calidad como tales, la incorporación de instrumentos internacionales en el artículo 75, inciso 22 otorga jerarquía constitucional a diversos tratados internacionales sobre derechos humanos introducidos en la reforma de

¹⁰ Palacios Agustina: “El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”. Ediciones Cinca. 2008.-

¹¹ <http://www.saij.gob.ar/nuevo-codigo-civil-y-comercial-de-la-nacion>.

¹² http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

1994, los cuales están relacionados con este grupo etéreo.

Tales documentos son: La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención Americana sobre los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre otros reconocidos con jerarquías superior a las leyes nacionales.

Por otro lado la Constitución de la Provincia de Neuquén en su art.49 refiere que *“El Estado garantiza a las personas adultas mayores la igualdad de oportunidades y trato, y el pleno goce de sus derechos. El Estado y los demás sujetos obligados legalmente proveen a la protección de las personas adultas mayores y a su integración económica y socio-cultural. En caso de riesgo y desamparo corresponde al Estado proveer dicha protección, sin perjuicio de la obligación de subrogarse en el ejercicio de las acciones para demandar a quienes estuvieran obligados legalmente a asistirlos.”*¹³.

Por lo que, los instrumentos legales presentados son de fundamental importancia en las intervenciones profesionales, como guía y herramienta de orientación, asesoramiento y/o gestión de las prestaciones institucionales.

En este sentido el Paradigma de Derechos Humanos se ha ido instalando en la sociedad como modificación al modelo Tradicional, el cual venía instaurado desde varios años, desconociendo al sujeto como titular de derechos.

En el Paradigma emergente se impulsan procesos de autonomía, las personas mayores tienen oportunidades de desarrollarse como individuos y contribuir a su sociedad. Se promueve un tratamiento especial para la persona mayor de acuerdo a su edad y su historia de vida, se busca eliminar las barreras jurídicas, institucionales y físicas que limitan la igualdad en la vejez.

Atravesando un proceso de avances y retrocesos donde la flexibilidad y la fragmentación, ha regulado el acceso de la población a sus derechos, las legislaciones vienen a quebrantar la hegemonía de la salud como mercancía a fin de lograr en las intervenciones profesionales conquistar derechos humanos efectivos.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) planteó que: *“El principio de la titularidad de derechos debe guiar las políticas públicas. Se trata de orientar el desarrollo conforme al marco normativo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales plasmados en acuerdos vinculantes tanto nacionales como internacionales”*¹⁴.

Por lo que, desde esta perspectiva se modifica la lógica de elaboración de políticas y programas, ya que el punto de partida dejaría de ser las personas con necesidades insatisfechas que deben ser asistidas, para comenzar a ser foco en la persona con derechos humanos que obliga al Estado y a la Sociedad a garantizarlos.

Es importante invocar el derecho internacional de los derechos humanos a fin de demandar la protección jurisdiccional de personas y grupos vulnerables, con el fin de

¹³ Constitución de la Provincia del Neuquén. Ediciones Mawis, 2013, art. 49.

¹⁴ CEPAL: “Comisión Económica para América Latina y el Caribe, marzo 2006.-

fundamentar la aplicación de medidas urgentes y reforzadas para asegurar el goce de los derechos de estos, considerando que la sociedad se encuentra marcada por las brechas de desigualdades, en donde las afectaciones en los derechos humanos tienen impacto más acentuados y de forma diferenciada en las personas en situación de mayor vulnerabilidad socio-sanitaria y económica.

C.I.P.D.H.P.M¹⁵ y su vinculación con aspectos teóricos

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores propone el cambio de paradigma basado en proteger y garantizar derechos hacia este grupo etáreo, por lo que modificar conceptos teóricos en las intervenciones profesionales nos posiciona en esta sintonía.

“En el ámbito internacional, la ONU emplea el término envejecimiento o personas de edad avanzada. La OMS define el envejecimiento como el proceso de cambio progresivo de la estructura biológica, psicológica y social de las personas que disminuye, a su vez, su capacidad funcional”¹⁶.

Siguiendo con el lineamiento de la Convención es necesario especificar el concepto de Vejez como la última etapa del curso de la vida, es decir como una cuestión de edad en la vida de una persona.

Esta etapa se la puede definir desde diferentes dimensiones teóricas tales como: la “edad cronológica”, la cual hace referencia a los años transcurridos de una persona, es decir al paso del tiempo; pero como esta dimensión no solo alcanza para definir el estado de salud de una persona en general, se define la “edad biológica o fisiológica”, vinculada al aspecto orgánico, la que marca el funcionamiento y/o el deterioro de los órganos y tejidos de los seres humanos.

Otro aspecto que define la edad de una persona, es la “psicológica”, hace referencia a los efectos psicológicos que el paso de los años representa para cada individuo.

Por último, la “edad social”, que define los roles de las personas mayores en las diferentes culturas y sociedades.

Otro concepto que incorpora la Convención es la definición de “Persona Mayor” la cual es explicitada como “aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros el de persona adulta mayor”.

La Convención en su art. 2 presenta una serie de conceptos que van a regular las interacciones sociales en torno a la persona mayor, tales como “abandono”, “cuidados paliativos”, “discriminación”, “discriminación múltiple”, “discriminación por edad en la vejez”, “maltrato”, “negligencia”, entre otros.

Se va a ampliar el concepto de “Envejecimiento”, el cual según refiere es el *“proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las*

¹⁵ La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

¹⁶ Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1999, pag. 4.

cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio” (CIPDHPM, art. 2)¹⁷.

Asimismo menciona “Envejecimiento Activo y Saludable”, el cual hace mención al *“proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones. El concepto de envejecimiento activo y saludable se aplica tanto a individuos como a grupos de población” (CIPDHPM, art. 2)¹⁸.*

Es importante y necesario desarrollar estas concepciones ya que en las interacciones cotidianas se generan subjetividades en relación a creencias e ideas respecto a las personas mayores.

Siguiendo con la conceptualización se incorporan nuevas ciencias como es la Gerontología, la cual *“estudia el Proceso de envejecimiento en todas sus vertientes (investigación, fisiología del envejecimiento, prevención del envejecimiento patológico), mientras que la Geriatria es la “rama de la medicina que se ocupa no sólo de la prevención y asistencia de enfermedades sino también de la recuperación y de su reinserción en la comunidad” (pág. 4, AADYND)¹⁹.*

Otra de las modificaciones, que trae aparejado el cambio de paradigma tiene que ver con el paso de la reproducción de prácticas heterónomas a la promoción de la autonomía de la persona mayor, es decir, dejar de vivir sobre normas y pautas impuestas en contra de su voluntad, a la promoción de su autonomía personal, capacidad para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir las consecuencias de las mismas.

Por otro lado, como se mencionaba en la definición social sobre la vejez, la mirada tradicional, presenta roles estereotipados y rígidos sobre las personas mayores, bajo una perspectiva homogeneizante y único sobre los mismos.

El paradigma de derechos humanos incorpora el abordaje diferenciado sobre la vejez, teniendo las personas mayores oportunidades para desarrollarse como individuos y contribuir a la sociedad, con múltiples roles.

Estos cambios teóricos conllevan en el imaginario social a diferentes tipos de interacciones, a nivel socio-cultural se pueden identificar el término “viejísimo” el cual define el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los “viejos” simplemente en función de su edad.

Las personas mayores, en una sociedad “viejista” o gerontofóbica son considerados: “Enfermos – seniles – deprimidos – asexuados – pasados de moda – diferentes – discapacitados – sin derechos – no pertenecen – son los otros – no importan sus necesidades económicas y sociales – no contribuyen a la sociedad – no producen – gastan demasiado – no interesan”.

Estereotipos sociales que si bien se van modificando están instalados en el

¹⁷ La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, art. 2, definiciones.

¹⁸ La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, art. 2, definiciones.

¹⁹ AADYND, Nutrición del adulto mayor. Nutrinfo.com.

cotidiano social y las intervenciones profesionales deben abordarlos a fin de fortalecer a las personas mayores, deconstruyendo mitos y prejuicios que hacen sombras en sus estilos de vida.

Por otro lado, se pueden identificar envejecimiento normal (senescencia) y envejecimiento patológico (senilidad) los que se desarrollan a continuación.

El Envejecimiento Normal “constituye la vejez saludable o exitosa, carente de enfermedad o de alteraciones biopsicosociales. En esta etapa vital pueden aparecer patologías propias y características, decrementos en las capacidades y potencialidades funcionales, disminución de la velocidad de reacción, reducción general de los ritmos biológicos. Las causas de la vejez saludable deben buscarse en factores genéticos, hereditarios, medioambientales y psicosociales.

Mientras que el Envejecimiento Patológico, reúne la enfermedad aguda, la cual es de corta duración, de menor frecuencia pero tarda más en curarse y sus consecuencias son más graves. La enfermedad crónica es de larga duración, lleva asociada una limitación funcional residual y acumulativa, disminuye la resistencia a las agresiones externas. Cuando hay una enfermedad crónica se añade un episodio agudo, las consecuencias son más graves y aumenta la probabilidad de muerte. La agresión biológica no es la única causa de disminución de la resistencia orgánica. La soledad, el aislamiento, la marginación, la falta de un espacio social inclusivo, la ausencia de obligaciones, el exceso de tiempo libre tiene tanto o más importancia que los factores biológicos. La vejez patológica, en gran medida, puede ser prevenida.

Una persona mayor sana o enferma es el producto de un doble proceso de individualización y grupalización; las causas de sus problemas no están sólo en sí mismo sino también en su familia. Cuando la familia no cumple sus misiones biológicas, psicológicas, culturales, higiénicas y económicas no genera salud integral en el mayor ni en ningún miembro del grupo familiar.

La salud integral del mayor dentro de su familia tiene algunos requisitos básicos: interdependencia, autonomía, presencia de mutualidad, complementariedad, reparto universal intrafamiliar de roles, cooperación, transferencia intrafamiliar con relación afectiva horizontal y vertical.

En la cotidianidad es necesario que la calidad de vida en la adultez mayor implique vida libre, sin discriminación ni aislamiento, sin malos tratos, salud física y mental, independencia social y económica, ausencia de limitaciones funcionales y discapacidades.

C.I.P.D.H.P.M²⁰ y Trabajo Social: Aspecto Metodológico

El Trabajo Social es una disciplina de las Ciencias Sociales que promueve el cambio y desarrollo social, el fortalecimiento y emancipación social de las personas con las que se interviene, por lo que en este sentido se orientan las intervenciones a fin de que sean bajo una perspectiva transformadora.

“El trabajo social se caracteriza por su intencionalidad interventiva y por una particular forma de abordaje y relación profesional con sujetos individuales o colectivos

²⁰ La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

afectados por necesidades o problemas sociales que vulneran sus derechos o afectan su calidad de vida”. (Pag.173 Ponce de León/Krmpotic)²¹.

El INSSJyP²² tiene como marco institucional, prestaciones sanitarias y sociales integrales y equitativas, para promover, prevenir, proteger, recuperar y rehabilitar la salud, mediante un modelo basado en criterios de solidaridad, eficacia y eficiencia; que responde al mayor nivel de calidad disponible para todos los afiliados, en pos de humanizar la atención social y sanitaria de los afiliados como titulares de derecho en el marco de un modelo socio-comunitario.

En este contexto se diagramaron programas con perspectiva de derecho para las personas mayores, los cuales se encuentran en transición de subsidios económicos efímeros “Programa de Asistencia de alto Riesgo Sociosanitario” (PROSAR)²³ a prestaciones con perspectiva integral “Programa de Apoyo a la Dependencia y Fragilidad” (PADYF)²⁴; los que atravesados por políticas de Estado Neoliberal, con miradas de ajuste y recorte presupuestario genera accesibilidad limitada, con secuelas de listas de espera, tanto en los subsidios económicos como en las Residencias de larga estadías y la limitación presupuestaria como es en el caso del Programa de Asistencia Sociosanitaria (PAS)²⁵.

Ante este panorama presupuestario y la vulnerabilidad socio-sanitaria de los afiliados se gestionan a INSSJyP PAMI Nivel Central ubicado en Buenos Aires la aprobación de subsidios económicos vía de excepción con montos superiores a los habituales a fin de atender el proceso de salud de manera integral.

Teniendo en cuenta el contexto económico inflacionario que se está atravesando a nivel país, estos trámites vía de excepción están siendo la norma más que la particularidad, viéndose incrementado de manera considerable en contexto de pandemia.

Asimismo, se presentan situaciones con vulneraciones de derechos, tales como la accesibilidad a la salud, donde mediante oficios judiciales, se ordena a la obra social a garantizar las diferentes prestaciones médicas o sociales, las que por demoras administrativas o falta presupuestaria no se garantizaron a corto plazo.

En cuanto a la dimensión “Salud” la Convención en su art. 19 menciona el “Derecho a la Salud”, afirmando que “la persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación”²⁶.

En este sentido refiere que “Los Estados partes deberán diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social”²⁷.

²¹ Ponce de León A., Krmpotic C. en Trabajo Social Forense: Cap. 1 “Los desafíos en la formación profesional: Programa de Especialización en Trabajo Social Forense de la Fadecs-UNComahue. Ponce de León Andrés, pag. 25. Editorial Espacio.2018.

²² Instituto Nacional de Servicio Social para Jubilados y Pensionados, PAMI, obra social de las personas mayores, pensionados y menores a cargo.

²³ Programa de Asistencia de alto Riesgo Sociosanitario.

²⁴ Programa de Apoyo a la Dependencia y Fragilidad.

²⁵ Programa de Asistencia Sociosanitaria.

²⁶ La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, art. 19, Derecho a la Salud.

²⁷ La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores., art. 19, Derecho a la Salud.

En el inciso a, explicita que *“asegurar la atención preferencial y el acceso universal, equitativo y oportuno en los servicios integrales de salud de calidad basados en la atención primaria, y aprovechar la medicina tradicional, alternativa y complementaria, de conformidad con la legislación nacional y con los usos y costumbres”*²⁸.

Asimismo las características que asumen las intervenciones profesionales en el campo del Trabajo Social se relacionan a la dimensión ético-política, la que hace referencia a los principios y valores que van a guiar y orientar las intervenciones.

Al decir de Montaña *“politizar la práctica profesional significa, primeramente, desvelar, explicitar, descubrir; las contradicciones de intereses, las tensiones (manifiestas o latentes, explícitas o implícitas), existentes entre los sujetos/actores de las realidades donde interviene el profesional... significa, explicitar las diferencias de intereses (transformadas en distintas demandas al profesional) entre la institución contratante del Trabajador Social (generalmente ligadas directa o indirectamente al capital) y los sujetos atendidos por las acciones que desarrolla el profesional. Las políticas sociales no son mediaciones entre el sujeto portador de necesidades y el profesional de Trabajo Social, sino mediaciones entre estos sujetos y las instituciones que responden a tales necesidades/demandas, en donde se inserta el profesional”*²⁹.

El trabajador social inmerso en un espacio de tensión, debe posicionarse y definir si sus prácticas interventivas van a reproducir dominación y orden en tanto trabajadores dependiente de un Estado Capitalista reflejadas en sus instituciones, o bien serán intervenciones con perspectiva histórico-crítica, hegemónica y politizada con vista de derechos humanos, centrado en la persona.

En este sentido *“el Servicio Social desarrolla su intervención en un espacio de tensión y contradicción, entre su funcionalidad con la reproducción del sistema (a partir de los intereses hegemónicos del gran capital) y la defensa de derechos y conquistas sociales (a partir de demandas y luchas de las clases trabajadoras y subalternas); esto muestra una práctica profesional que es esencialmente política, inserta en el interior de las contradicciones entre las clases, que ocupa un espacio de disputas de intereses”*³⁰.

Dado el contexto de reproducción del “orden burgués”, y por la modalidad socio-histórica que se presenta en el abordaje de la cuestión social, el Estado necesitará un “conjunto de prácticas”, diversas profesiones e instituciones, para alcanzar los fines económicos y políticos de distintas coyunturas socio-históricas.

La intervención del profesional se realiza por la mediación de las instituciones de carácter público y privado, a partir de las cuales las políticas sociales “bajan” a éstas entidades, y se concretizan a través de planes o programas impulsados por el Estado. Las políticas sociales en la actual coyuntura, se caracterizan por ser *“focalizadas, sectorizadas, fragmentadas, atomizadas, formalistas, abstraídas de contenidos (político-económico) concretos.”* Su carácter fragmentado y abstracto de contenidos expresan su límite a partir del cual no rompen con la lógica capitalista, sino que *“se tornan formas racionalizadoras e instrumentales de la resolución inmediata de los problemas sociales”*. De modo que se puede afirmar que el Estado utiliza las políticas sociales como instrumento para el servicio del capital³¹.

²⁸ La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, art. 19, Derecho a la Salud, inciso a.

²⁹ Montaña Carlos, “Trabajo Social e Intervención: La Politización de la Acción Profesional”, En www.ts.ucr.ac.cr.

³⁰ Montaña Carlos, “Trabajo Social e Intervención: La Politización de la Acción Profesional”, En www.ts.ucr.ac.cr.

³¹ Gallegos Daniela, “Los informes sociales en los procesos de intervención del Trabajo Social”, en Boletín electrónico Surá, N°187,

Por lo que conocer este contexto permite resignificar nuestras prácticas y guiar los informes sociales para un trabajo social con mirada crítica y reivindicativa de los derechos de las clases subalternas.

En cuanto a las funciones profesionales que hacen referencia a la asistencia, gestión y educación. Al decir de Marilda Yamamoto “*la asistencia se produce a partir del contacto directo con los usuarios a través del suministro de prestaciones, sean bienes o servicios, que están delineados por las políticas públicas. La gestión es la función que incluye todas las acciones que procuran obtener y/o articular recursos, sea al interior del propio lugar de trabajo o con otras organizaciones o reparticiones. Finalmente la función educativa tiene como objetivo transformar o modificar, incidir en el modo de vivir y pensar las situaciones problemáticas que afectan el cotidiano de los usuarios*” (Yamamoto 1997)³², es decir la redefinición de la demanda en relación a las necesidades sentidas de los afiliados.

En este sentido, la institución cuenta como ya se mencionó con prestaciones preventivas-promocionales y de asistencia directa, las primeras relacionadas a las funciones educativas y las segundas desde la asistencia, enmarcadas ambas desde la gestión de recursos económicos.

Asimismo el Trabajo Social cuenta con un corpus teórico-metodológico a partir del cual se analiza la realidad a intervenir y que dan fundamento a las intervenciones, una dimensión operativo-instrumental compuesta por instrumentos y técnicas específicas de la disciplina.

Por lo que este proceso de intervención del Trabajo Social requiere de una serie de elementos, tales como: “teóricos”, el cual ayuda a comprender la realidad que funda el proceso; “éticos”, que orientan la definición de los valores que sustentarán los criterios para la toma de decisiones vinculadas al manejo de la información y del análisis de la situación problemática abordada; y finalmente elementos “políticos”, que van a delinear la finalidad que se persigue y la relación estratégica que se quiera establecer con el/la destinataria/o.

En este sentido, la metodología utilizada en las intervenciones es de tipo cualitativa, centrada en la persona mayor como sujeto de derechos humanos, el cual busca comprender la situación social del usuario dando flexibilidad y libertad para explorar el campo gerontológico en profundidad y de manera integral.

En cuanto a las perspectivas teóricas utilizadas, el paradigma de derechos humanos el cual da estructura a este trabajo, desde un modelo social de la discapacidad, el cual considera al sujeto como personas de derecho.

“El modelo social, es aquel que considera que las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas, ni científicas, sino que son, en gran medida, sociales. Desde esta filosofía se insiste en que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de personas —sin discapacidad—, pero siempre desde la valoración y el respeto de la diferencia. Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del

escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica

³² Yamamoto, M. 1997. Servicio Social y División del Trabajo. Cortez Editora, San Pablo.

entorno, diálogo civil, entre otros. Parte de la premisa de que la discapacidad es en parte una construcción y un modo de opresión social, y el resultado de una sociedad que no considera ni tiene presente a las personas con discapacidad. Asimismo, apunta a la autonomía de la persona con discapacidad para decidir respecto de su propia vida, y para ello se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades”³³ (Palacios, pag. 26-27).

En relación al Trabajo Social, la perspectiva crítica es la que acompañan los procesos de intervención; esta perspectiva piensa la profesión en el contexto histórico y a partir de los determinantes históricos como un producto de la historia de una sociedad capitalista.

La crítica desde lo radical, la cual consiste en una incorporación y superación dialéctica.

...“la crítica radical tiene como objetivo alcanzar la raíz de los fenómenos, superar su visión aparente, manifiesta y pseudoconcreta, y alcanzar su esencia y sus fundamentos, entendiendo las causas y no solo las consecuencias. El conocimiento crítico (radical) tiene como objetivo no solo describir un fenómeno, sino que busca alcanzar una comprensión de sus causas. No trata el fenómeno de forma aislada, de forma autónoma, como autodeterminado, sino que pretende apropiarse de sus múltiples determinaciones, insertadas en una realidad que lo contiene y lo determina” (pág. 12 Montaña)³⁴.

Teoría crítica con una visión histórica, de totalidad de la realidad social, teniendo presente las condiciones ontológicas del ser y de los ámbitos del contexto desde una postura crítica, con una visión técnico-operativa —instrumental— del quehacer profesional

Teoría que acompañan el proceso de intervención bajo las dimensiones de proyecto ético-político, transformación social, emancipación humana, condiciones materiales de existencia, cuestión social entre otras.

Por lo que la concepción integral de la salud vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente; desde una perspectiva de salud con una mirada integral del sujeto, implica tomar las diferentes dimensiones que intervienen en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Según José Paulo Netto: “El Servicio Social se particulariza en las relaciones sociales de producción y reproducción de la vida social como una profesión que interviene en el ámbito de la cuestión social, expresada por las contradicciones del desarrollo del capitalismo monopólico”³⁵ (Borgianni, E., Y. Guerra y C. Montaña, 2003: 56).

Esta perspectiva de considerar a la persona como sujeto de derechos implica pensar en el otro como un sujeto deseante, con voz propia, autónomos; sujetos que son parte fundamental del proceso de intervención ya que tienen capacidad para tomar decisiones en torno a su propia vida.

La unidad de análisis en las intervenciones profesionales son los usuarios de la institución, personas mayores de 60 años de edad, jubiladas, pensionadas y menores a cargo bajo curatela.

³³ Palacios Agustina, “El Modelo Social de Discapacidad: Orígenes, caracterización y Plasmación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”, Ediciones Cinca, 2008.-

³⁴ Montaña Carlos: “El Trabajo Social Crítico” En: Pensamiento y Acción Interdisciplinaria, Volumen 5, número 2, año 2019. ISSN 0719-8078. pp. 8-21.

³⁵ Borgianni, Elisabete, Yolanda Guerra y Carlos Montaña (orgs.), 2003, Servicio social crítico - Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político-profesional, Sao Paulo, Brasil, Cortez Editora.

Las preguntas crítico-reflexivas que guían el proceso de intervención se basan en la subjetividad de las personas mayores relacionadas a ¿Cómo es concebida a la persona mayor en su círculo cotidiano? ¿El entorno social y familiar de la persona mayor contribuye a su ser como sujeto de derecho? ¿Cómo es su accesibilidad a la salud integral? ¿Esta accesibilidad es garante o excluyente de prestaciones? ¿Cómo la obra social garantiza la salud integral de las y los adultos mayores?, preguntas que enriquecen y ordenan los datos e información obtenidos en los diferentes abordajes, generando dispositivos de intervención orientados en las necesidades sentidas de las personas mayores.

Las técnicas que se utilizan para la recolección de datos son las entrevistas semi-estructuradas en sede y en domicilio, la observación y escucha activa, empática, implementadas en abordaje individual, grupal, familiar, comunitario e institucional, dependiendo de los programas y prestaciones a ejecutar.

La observación, como refiere Travi, se encuentra “*vinculada a la escucha atenta, activa y en silencio... observación experta y precisa como una técnica fundamental en el proceso de conocimiento/intervención*”³⁶. Permite realizar una lectura del lenguaje no verbal y sus significaciones, generando un espacio de contención donde el vínculo con el usuario se va fortaleciendo a medida que se desarrolla el proceso de intervención.

Otro instrumento utilizado en las intervenciones profesionales, es el informe social, el cual “*es considerado como una táctica operativa que el profesional puede utilizar a partir de la necesidad de alcanzar un logro parcial orientado por la finalidad de la estrategia de intervención definida. Es decir es el resultado de decisiones políticas, éticas y teóricas que se realizan a partir de la tensión existente entre la situación problemática que lo origina y la finalidad que estratégicamente se define en el proceso de intervención*” (Mallardi, 2018, pag. 29-30)³⁷.

El informe social forma parte de un proceso de intervención que implica una serie de entrevistas telefónicas y presenciales, ya sea en sede y/o en domicilio, a fin de definir la demanda y encuadrar con la prestación que requiere su complejidad.

Asimismo se suma el instrumento donde se sistematiza la información on line, denominada Escala de Vulneración Socio Sanitaria (EVSS), está conformada por variables de índole social (aspectos habitacional, económico, red de apoyo familiar) y sanitario (patologías crónicas, grado de dependencia en las Actividades de la Vida Diaria), la misma arroja como resultado el grado de vulnerabilidad socio-sanitaria clasificándolo de alto, mediano o bajo riesgo.

De los datos obtenidos resulta indispensable comprender y redefinir las demandas ingresadas tanto por familiares, referentes o de la persona mayor, a fin de contener la situación socio-sanitaria del afiliado, interviniendo de manera efectiva con los recursos institucionales, o bien derivando y articulando con otras instituciones que puedan abordar y proporcionar respuestas viables ante tales situaciones complejas presentadas.

³⁶ Travi, Bibiana (2007). “Diseño, aplicación y evaluación de técnicas e instrumentos en la intervención profesional”.

³⁷ Mallardi Manuel W.. “Informe Social y Relaciones Familiares, Categorías en disputa”, editora Puka, 2018.-

Por lo que las demandas que ingresan a la institución deben ser deconstruídas, interpeladas y reconstruidas nuevamente, a fin de considerar a la persona mayor como protagonista de la situación que habita, desde su titularidad de persona de derechos humanos.

Asimismo respetando el derecho a la autonomía en la toma de decisiones del adulto mayor en cuanto a su vida, sucede que en muchas ocasiones su elección es la de no recibir asistencia alguna, o bien su estilo de vida internalizada responde a pautas culturales que llevan a que el ejercicio de este derecho se vea vulnerado y obstaculice su salud integral.

En este sentido surgen variables que deben ser interpeladas tales como las circunstancias y el contexto, historia de vida, identidad, rol y deseos que llevan a este desconocimiento de la necesidad, como así también el abordaje interdisciplinario e intersectorial, el trabajo comunitario en red para contener su situación.

En este sentido es que surgen de las dimensiones teóricas a analizar en el presente trabajo, las que hacen referencia como ya se mencionó en el apartado introducción, a Capacidad Jurídica-Incapacidad, Accesibilidad a la salud, y Consentimiento Informado.

El Código Civil y Comercial de la Nación en su art. 23 respecto a Capacidad de ejercicio hace referencia a que *“toda persona humana puede ejercer por sí misma sus derechos, excepto las limitaciones expresamente previstas en este Código y en una sentencia judicial”*³⁸.

Asimismo en su art. 31 menciona las reglas generales para la restricción al ejercicio de la capacidad jurídica, siendo las siguientes:

- a) *La capacidad general de ejercicio de la persona humana se presume, aun cuando se encuentre internada en un establecimiento asistencia;*
- b) *Las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de la persona;*
- c) *La intervención estatal tiene siempre carácter interdisciplinario, tanto en el tratamiento como en el proceso judicial;*
- d) *La persona tiene derecho a recibir información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.*
- e) *La persona tiene derecho a participar en el proceso judicial con asistencia letrada, que debe ser proporcionada por el Estado si carece de medios;*
- f) *Deben priorizarse las alternativas terapéuticas menos restrictivas de los derechos y libertades*³⁹.

Por otro lado, es necesario mencionar que *“El juez puede restringir la capacidad para determinados actos de una persona mayor....en relación con dichos actos, el juez debe designar el o los apoyos necesarios, especificando las funciones con los ajustes razonables en función de las necesidades y circunstancias de la persona.*

³⁸ Código Civil y Comercial de la Nación, art. 23, pag. 49, ediciones Erreius, 2018.-

³⁹ Código Civil y Comercial de la Nación, art. 31, pag. 51, ediciones Erreius, 2018.

El o los apoyos designados deben promover la autonomía y favorecer las decisiones que respondan a las preferencias de la persona protegida.

De manera excepcional, cuando la persona se encuentre absolutamente imposibilitada de interactuar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato adecuado y el sistema de apoyos resulte ineficaz, el juez puede declarar la incapacidad y designar un curador⁴⁰.

En cuanto al sistema de Apoyo lo que la ley nos dice es que “*se entiende por apoyo cualquier medida de carácter judicial o extrajudicial que facilite a la persona que lo necesite la toma de decisiones para dirigir su persona, administrar sus bienes y celebrar actos jurídicos en general.*”

Las medidas de apoyo tiene como función la de promover autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos⁴¹.

Las intervenciones institucionales tienden al trabajo conjunto con las personas mayores, a promover la participación y autonomía en decisiones que involucran su vida como así también su empoderamiento y visibilización frente a un contexto que tiende a minimizar sus necesidades personales.

En cuanto al consentimiento, la Convención en su art. 11 habla sobre el Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud, refiere “*que la persona mayor tiene el derecho irrenunciable a manifestar su consentimiento libre e informado, la negación de este derecho constituye una forma de vulneración de los derechos humanos de la persona mayor⁴².*”

En este sentido, las intervenciones profesionales se centran en fortalecer la apropiación del poder y en la modificación positiva de su autoconcepto. Siendo el empoderamiento un proceso de confrontación social basado en el potenciamiento de los sujetos que carecen de poder, es importante promover la revisión y transformación de los códigos culturales y nuevas prácticas sociales, tan propias de las sociedades multiculturales, y cristalizadas en contexto de pandemia por covid 19, del cual se reflexionará más adelante.

En relación al “empoderamiento” el cual es un proceso de reconstrucción de las identidades de las personas mayores, ligadas al proceso de envejecimiento, construcción de nuevas significaciones de la realidad y del ciclo vital.

Implica comprender en las entrevistas tanto con la persona mayor como con los familiares y/o referentes, como está establecido determinado discurso o idea sobre el entorno del usuario y su realidad, para de manera reflexiva reconstruir mediante una perspectiva de derechos humanos una nueva concepción.

En este sentido el rol de un sostén externo al núcleo familiar es imprescindible para la implementación de dispositivos institucionales que posibiliten la resignificación

⁴⁰ Código Civil y Comercial de la Nación, art. 32, pag. 51, ediciones Erreius, 2018.

⁴¹ Código Civil y Comercial de la Nación, art. 43, pag. 54, ediciones Erreius, 2018.

⁴² La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Art. 11 “Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud”.

de la demanda y el desarrollo de estrategias familiares para la intervención en su salud integral.

Este proceso de reconstrucción de la identidad supone una atribución de poder, de mayor capacidad y competencia para promover cambios en aspectos personales y sociales de cada persona.

Esta toma de conciencia de sus propios intereses, y de cómo se relacionan con los intereses de otros, produce una nueva representación de sí y genera la dimensión de un colectivo con exigencias y reivindicaciones.

Asimismo este paradigma de derechos humanos bajo un modelo social de la discapacidad permite generar dispositivos de intervención en espacios de entrevistas que empoderan al usuario en la toma de decisiones sobre su vida en tanto sujeto de derecho.

Por lo que estos espacios de empoderamiento permiten poner en palabra, problematizando y fortaleciendo a la persona sujeto de derechos humanos, generando y motivando a la concreción de un proceso de creación de modos de relacionarse e interactuar con el otro, corriéndolos de un lugar pasivo, emancipándolos de un modelo hegemónico que los aplaca.

Dilemas teóricos en las intervenciones profesionales

El ámbito gerontológico es un campo interdisciplinario con enfoque epistemológico, teórico y metodológico como se acaba de desarrollar en los apartados anteriores, donde las diferentes disciplinas interactúan a fin de intervenir de manera interdisciplinaria en las situaciones-problemáticas de los usuarios de la institución, como es el caso del INSSJyP “PAMI”, obra social de las personas mayores.

Se considera que las personas mayores han percibido a lo largo de sus vidas transformaciones subjetivas, sentires individuales, que se atraviesan debido a los diferentes cambios bio-psico-sociales que supone el proceso de envejecimiento y que lleva a diferentes representaciones sociales del mismo.

Esta etapa de vida que debe ser acompañada en sus representaciones y expectativas subjetivas, las cuales llevan a dar diferentes significados sociales de los cambios físicos de las personas mayores, y sus diversas construcciones sociales que se perciben en torno a este proceso de cambios.

Estos significados y representaciones sociales llevan a relaciones de poder, que se visualizan en estigmas, prejuicios y estereotipos sobre este grupo etéreo, lo que invisibiliza la diversidad e individualidad de la persona mayor.

“El proceso de envejecimiento es una construcción social, determinado por múltiples factores, entre ellos el contexto social, la posición de clase y género, las trayectorias sociales y laborales de los sujetos” (2017, González, p. 83.)⁴³, por lo que en las intervenciones profesionales se presentan estos desafíos que son tendientes a abordar de manera interdisciplinaria, intersectorial e interinstitucional.

Este proceso de intervención se desarrolla en una realidad compleja, atravesada

⁴³ González Carmen Cecilia; La Intervención Social en el Campo Gerontológico.- En Revista digital de Trabajo Social, ConCienciaSocial. Vol. 1 (2017).-

por una multiplicidad de factores, el trabajo en equipo es necesario e importante a fin de abordar el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado de la persona mayor desde una mirada de salud integral y con perspectiva de derecho.

Enfoque integral que implica una modificación de la concepción de salud tradicional⁴⁴, incluyendo diferentes determinantes tales como los sociales, culturales, económicos, psicológicos además de lo biológico, lo que exige que las diferentes situaciones se aborden en trabajos en redes bajo una mirada interdisciplinar.

Esta perspectiva de derechos humanos implica reconocer y garantizar el goce de los mismos para todas las personas mayores en el ejercicio profesional cotidiano y en las interacciones diarias.

El enfoque de derechos tiene como principales dimensiones teóricas las de autonomía, sistema de cuidados progresivos, perspectiva de género y diversidad sexual, derechos a la participación y al buen trato.

En el presente trabajo se hace referencia a las nociones de autonomía, cuidados y participación, es en estas donde se pueden observar las tensiones y desafíos que se presentan al abordar situaciones problemáticas complejas en la dinámica profesional.

En este sentido se irán vinculando las dimensiones teóricas mencionadas con situaciones del campo gerontológico en las intervenciones cotidianas en el INSSJyP, las cuales llevan a tensiones y dilemas éticos-profesionales constantemente.

En su art. 7 el documento menciona que *“los Estados Parte en la presente Convención reconocen el derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente, conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos”*⁴⁵.

La noción de **autonomía** según define Cecilia González *“hace referencia a la capacidad de autodeterminación y toma de decisiones, siendo el consentimiento del adulto mayor un derecho básico”* (González, pag. 89, 2017)⁴⁶.

Agregando la Convención que *“los Estados partes adoptará programas, políticas o acciones para facilitar y promover el pleno goce de estos derechos para la persona mayor, propiciando su autorealización, el fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas. Asegurarán: el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos”*⁴⁷.

En relación a las leyes analizadas y su vinculación a la práctica profesional se toma el concepto de AUTONOMÍA el cual proviene del vocablo latín AUTO “Uno mismo” y NOMOS “normas”. Esto indica que autonomía *“es la capacidad que tiene una persona o entidad de establecer sus propias normas y regirse por ellas a la hora de tomar decisiones”*. Lo que se encuentra explícito en el art. 3, inciso a) de la Ley 26378 que hace referencia *“al respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas”*. Asimismo este concepto desprende las variables de independencia, libertad de expresión

⁴⁴ Organización Mundial de la Salud, define a la Salud como “El estado completo de bienestar físico y social de una persona”, y no solo la ausencia de enfermedad.

⁴⁵ La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Art. 7 “Derecho a la independencia y a la autonomía”.

⁴⁶ González Carmen Cecilia; La Intervención Social en el Campo Gerontológico.- En Revista digital de Trabajo Social, ConCienciaSocial. Vol. 1 (2017).-

⁴⁷ La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Art. 7 “Derecho a la independencia y a la autonomía”.

respeto, entre otras. Englobando los derechos enmarcados en las leyes analizadas debiéndose asegurar el pleno goce de los mismos.

En este sentido la obra social ha ido avanzando en el proceso de transformación de sus políticas institucionales, implementando dispositivos y estrategias que respete la autonomía de los usuarios, empoderando tanto a las personas mayores como a sus referentes familiares hacia la perspectiva de derechos humanos, incorporándose la Secretaría de DDHH, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado.

En cuanto a la atención al público se perciben prácticas tales como solicitud de asistencia de terceros en domicilio o el ingreso a la Residencia de Larga Estadía con desconocimiento del afiliado sobre dicha gestión, lo que lleva a que sean estas prestaciones las que se encuentren en tensión permanente, debiéndose re-encuadrar la demanda a fin de garantizar derechos, observando necesidades sentidas y percibidas de los usuarios.

Por otro lado, se percibe la prevalencia del paradigma médico hegemónico en las intervenciones y prácticas cotidianas, que llevan a respuestas individuales y específicamente orientadas a la enfermedad física, repercutiendo en la calidad de vida de las personas mayores. Siendo este, el espacio de mayor tensión ya que cotidianamente las intervenciones requieren de citar leyes vigentes a fin de garantizar los tratamientos e intervenciones en salud de manera integral.

Por lo que en las intervenciones se cita el Consentimiento Informado el cual es una herramienta legal y conceptual como así también un derecho de la persona en tanto usuaria de un sistema sanitario, que fortalece la autonomía y autodeterminación, es uno de los conceptos a trabajar a fin de empoderar a las personas mayores.

La Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657), la Ley de Derechos del Paciente (N° 26.529), y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (LEY N° 26.378), garantizan a toda persona el derecho al consentimiento informado para todo tipo de intervención, y en especial a:

- Recibir información adecuada y comprensible -a través de los medios y tecnologías que sean necesarias- acerca del estado de salud, el tratamiento, y las alternativas de atención.
- Que la información sea brindada a familiares, allegados o representantes legales de la persona, en caso de que ésta tenga dificultades de comprenderla y así lo convalidare.
- No ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin consentimiento.

Al utilizar el consentimiento informado, se garantiza que las prácticas de salud deban respetar el principio de no discriminación, la autonomía y libre determinación, la integridad física y psíquica, y la dignidad de toda persona. El derecho al consentimiento informado es parte integrante del derecho a la salud, consagrado en numerosos tratados internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional.

El consentimiento informado es un instrumento que sirve para proteger el derecho del usuario a participar en la adopción de decisiones sobre su salud, a la vez que genera obligaciones para los profesionales tratantes. Se trata del consentimiento obtenido libremente -sin intimidación ni influencia indebida-, otorgado mediante una decisión voluntaria, y después de haberle proporcionado a la persona información adecuada, accesible y comprensible, en una forma y en un lenguaje que ésta entienda. El proceso de consentimiento informado debe iniciarse siempre de modo previo al tratamiento ofrecido, y debe ser continuo a lo largo del mismo, con lo cual la persona puede retirar su

conformidad al tratamiento en cualquier momento.

Esta dimensión de autonomía pone en tela de juicio o tensión la capacidad de la persona ya que en el caso de los usuarios de la institución, se presentan situaciones con diferentes tipos de demencias, por lo que el referente suele ubicarse desde un lugar de toma de decisión sin iniciar “restricciones de capacidades” o bien ser orientado por los profesionales actuantes al respecto.

Por lo que se abren dos posibilidades de intervenciones, una orientada al ámbito judicial, a fin de preservar los derechos de la persona mayor y que sea un equipo interdisciplinario del ámbito judicial quienes estimen si es necesario restringir el ejercicio de capacidades debido a su situación de salud, y paralelamente acompañar al usuario, a fin de fortalecer su autonomía y autoderterminación en la toma de decisiones en torno a su vida cotidiana.

Estas intervenciones se basan en el Código Civil y Comercial vigente donde se explicita en su art. 23 sobre los modos de actuar respecto a la “*Capacidad de ejercicio*”, refiriendo que *toda persona humana puede ejercer por si misma sus derechos, excepto las limitaciones expresamente previstas en este Código y en sentencia judicial*”⁴⁸.

En cuanto a la dimensión de **Sistemas de Cuidados Progresivos** se entiende como tal “*al cuerpo de dispositivos de acuerdo a la necesidad y estado de dependencia. Los cuidados oscilan desde dispositivos de baja complejidad y con anclaje comunitario, hasta llegar a otros de mayor complejidad tales como las Residencias de Larga Estadía, destinadas a la atención de adultos mayores en situación de dependencia*” (González, pag. 89, 2017⁴⁹).

El Sector de Prestaciones Sociales de la obra social “PAMI”, cuenta con dos programas que abordan el sistema de cuidados progresivos, “Atención a la dependencia y fragilidad” el cual consiste en un subsidio económico para solventar costos relacionados al pago de un acompañamiento externo en domicilio, y las Residencia de Larga Estadía, es decir la cobertura total del alojamiento del afiliado en las Instituciones prestadoras del servicio, donde pasan a vivir su cotidianidad.

Al respecto la Convención menciona también en su art. 7, inc. C) que “*la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta*”⁵⁰.

El subsidio económico de Atención a la dependencia y fragilidad es un dispositivo para dependencias leves y medianas, es decir donde la persona cuenta con cierta autonomía psico-física para desenvolverse en su vida diaria, si bien existen dependencias complejas en esta prestación, a nivel familiar es muy desgastante poder sostenerlo en tiempos prolongados.

Asimismo se pueden distinguir entre dos tipos de actividades de apoyo realizadas por los cuidadores: ayuda prestada para el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y ayuda realizada para el desarrollo de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Las ABVD son el conjunto de actividades diarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, en acciones tales como comer, vestirse, bañarse, controlar

⁴⁸ Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, Aprobado por la Ley 26994, art. 23 “Capacidad de Ejercicio”.

⁴⁹ González Carmen Cecilia; La Intervención Social en el Campo Gerontológico.- En Revista digital de Trabajo Social, ConCienciaSocial. Vol. 1 (2017).-

⁵⁰ La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Art. 7 “Derecho a la independencia y a la autonomía”, inciso c.

esfínteres o trasladarse. Mientras que las AIVD son aquellas que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una autonomía e independencia, tales como cocinar, cuidar la casa, ir a realizar compras, tomar sus medicamentos, realizar gestiones económicas etc.

En este sentido se despliegan una serie de fases propias del cuidado familiar que avanza desde un primer momento en donde la persona cuidadora invisibiliza la necesidad inminente de cuidados, hasta solicitar ayuda y contención.

En el contexto de aislamiento preventivo y obligatorio fue necesario e importante mencionar este proceso el cual experimenta una serie de fases tanto para el afiliado como para la persona que realiza cuidados familiares, en cada fase se presentan desafíos de asumir una serie de oportunidades de intervención, asociadas a las características particulares de cada situación.

Para adentrarnos en estas fases se tomarán las estudiadas por Meneses y Becerra⁵¹ quienes detallan seis instancias: en la **fase uno** se mencionan los pre-cuidados, en la cual la enfermedad del familiar se encuentra en una posible primera sospecha o incipiente confirmación diagnóstica por parte del equipo de salud. Debido a que la problematización se presenta muy incipientemente, no se evidencia la necesidad de prestar los cuidados propios demandados por una persona en un inicial deterioro de su salud, en el apoyo en las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria.

En esta instancia el asesoramiento y orientación, forman parte de una herramienta de abordaje del Trabajo Social para contener y acompañar en la primera instancia del proceso.

En una **segunda fase**, llamada de cuidador incipiente, la persona a cargo de los cuidados familiares se enfrenta a una enfermedad confirmada, dando comienzo al proceso de darse cuenta de la necesidad de cuidados permanentes. Se inicia la identificación de las consecuencias mediatas e inmediatas de la enfermedad para la dinámica familiar.

En esta fase las intervenciones desde el Trabajo Social se basan en la motivación del requerimiento de asumir el rol del cuidador familiar, y de gestionar sus propios recursos para el adecuado desempeño del futuro rol.

En la **tercera fase**, el cuidador o cuidadora familiar debe lidiar con una enfermedad en desarrollo inicial que cuenta con tratamientos asignados, debiendo tomar la explícita decisión de asumir el rol de cuidador familiar, tanto en el discurso como en la práctica. Con ello se modifica su estilo de vida habitual, propiciando la entrega de prestaciones de cuidado en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Se destaca la búsqueda de información más especializada y de gestión de redes sociales, comienzan a gestionarse apoyos económicos informales entregados por familias y amigos como así también formales como prestaciones de diferentes instituciones.

Por lo cual es la instancia donde se comienza a retribuir de manera monetaria a la persona que realiza la labor de cuidados de personas con dependencia severa.

En esta instancia el aporte profesional del trabajo social corresponde al desarrollo de talleres grupales entre cuidadores para propiciar el apoyo recíproco entre pares,

⁵¹ Patricia Castañeda Meneses-Ketty Cazorla Becerra: Cuidar a quien cuida, sistematización de las fases de cuidado familiar en salud y sus oportunidades de intervención para trabajo social, pag. 68-85. En revista Cuaderno Trabajo Social N° 9, UTEM Chile.

además de la construcción colaborativa de estrategias innovadoras de cuidados familiares. Sería una instancia de prevención de sobre carga de la persona cuidadora, entrenando tempranamente la capacidad de complementar tareas y responsabilidades comunes.

En la **fase cuarta** la persona cuidadora se enfrenta a una enfermedad en evolución que propicia la consolidación de su rol de cuidador familiar, debiendo dominar definitivamente la acción de prestar el cuidado requerido, tanto en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Se promueve un mayor estándar técnico y se anticipan potenciales complicaciones iniciales en la vinculación afectiva con el familiar a cuidar, propiciado por el riesgo de la sobrecarga de la persona cuidadora. Se mantiene la necesidad de apoyo económico informal y formal que facilite el acceso oportuno a tratamientos, ayudas técnicas, traslados u otros.

En este sentido las intervenciones del Trabajo Social ofrece la posibilidad de focalizar las gestiones de redes pertinentes y fortalecimiento de talleres grupales con enfoque territorial, como así también el acompañamiento en las acciones de reorganización y ajuste de la rutina de cuidados, con la finalidad de prevenir factores de riesgos propicios en esta etapa.

En la **quinta fase** la persona cuidada se encuentra en la fase terminal, se enfrenta a una severa situación de enfermedad avanzada que requiere la inclusión de cuidados paliativos especializados. Frente a ello existe una alta exigencia en la entrega de cuidados familiares tanto en el apoyo en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, apareciendo la urgencia de relevos de cuidadores secundarios y terciarios, en caso de ser posible.

En esta fase el aporte del Trabajo Social se basa en dispositivos de apoyo para sostener la demanda económica que gatilla la alta complejidad de las prestaciones y el equipamiento del cuidado en el hogar, vinculando al cuidador y familiares con programas que propicien la contención.

La **sexta fase** refiere a los duelos que la persona cuidadora ha debido enfrentar, respecto a la pérdida del ser querido y la pérdida del rol de cuidador. Esta etapa tiene por propósito alcanzar la reintegración social del cuidador, debiendo reorganizarse la rutina diaria y resignificando su autocuidado.

En este sentido es importante el acompañamiento profesional sobre temas relacionados a las etapas del duelo, gestionando redes sociales institucionales, con el objetivo de prevenir la dinámica de aislamiento social que afecte directamente la calidad de vida del post cuidador.

Sería necesario hacer seguimiento al post cuidador para otorgar continuidad de la atención social a favor de revitalizar factores protectores que le motiven a un nuevo proyecto vital, evitando factores de riesgo que lo obstaculicen.

Las fases propuestas permiten resignificar la clásica díada de salud-enfermedad para comprender los procesos sanitarios, avanzando a la tríada salud-enfermedad-muerte, en que se reconoce efectivamente una tercera etapa final, negada u olvidada en los afanes del cuidado familiar.

A su vez estas fases permiten identificar donde estamos ubicados como profesionales, hacia donde van nuestros objetivos en cuanto a acompañamiento y orientación, en el caso de la obra social las intervenciones pasan de las primeras fases donde el familiar y/o referente se acerca a gestionar esa primera orientación y asesoramiento para volver en las instancias finales, cuando ya no pueden sostener económicamente la cobertura de un tercero remunerado, y se encuentran desbordados emocionalmente por la situación vivida.

Es importante conocer las etapas a fin de distinguir que se pueden proyectar dispositivos de acompañamientos tanto a familiares como a terceros remunerados mejorando la calidad de vida no solo de la persona mayor sino también de su grupo social de contención.

Asimismo se pueden pensar en repertorios técnicos a favor del cuidado del cuidador, tales como espacios de asesoramiento y orientación en asistencia sanitaria que promueva el apoyo familiar como soporte del individuo. Brindar consejos e indicaciones que promuevan el bienestar socio-sanitaria de las familias de las personas mayores.

En este sentido proporcionar acompañamiento en aspectos afectivos y técnicos tanto a la persona mayor como a su familia y cuidadores y/o acompañantes, a fin de potenciar la calidad de vida bajo una mirada de salud integral.

Así abordar las temáticas de síndrome de estrés del cuidador y/o acompañantes ya sea remunerado o familiar, puede diversificarse en talleres grupales de familias, propiciando la oportunidad de asociar los intereses de familia que no solo pudieran compartir factores de riesgo, sino también factores protectores.

Por lo que reconocer que un cuidador formal o informal representa un invaluable aporte en dignidad y afecto en la atención de alta exigencia que representa una enfermedad física o mental invalidante.

Avanzar en un nuevo posicionamiento de la persona que realiza cuidados familiares, protegiendo su propia inclusión social y garantizando su derecho a una salud integral, equitativa y de calidad.

Las oportunidades de intervención de Trabajo Social con la persona responsable del cuidado familiar, traducen las preocupación profesional respecto de cuidar a quien cuida, en el desempeño de un importante y desgastador rol, para el que ningún sistema de salud puede garantizar un servicio en condiciones de cobertura total.

Por otro lado, abordaje familiar como contención y acompañamiento a las familias que se encuentran atravesando una situación nueva o crónica de salud-enfermedad, o eventos estresantes, por las que han evidenciado ausencias de herramientas que les permitan afrontar de manera saludable y viable la situación que se encuentran atravesando. Se buscaría contener en las crisis del proceso de cambios psico-físicos y sociales.

En cuanto a las Residencias de Larga Estadía la Convención plantea en su art. 7, inc. B, *“que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia y donde y con quien vivir, en igualdad de condiciones con las demás y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico”*⁵².

⁵² La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Art. 7 “Derecho a la

En relación a esta prestación los usuarios que ingresan a las Residencias de Larga Estadía por lo general son aquellas personas que se encuentran psicofísicamente vulnerables para la ejecución de actividades instrumentales y básicas; no se cuenta con instituciones propias de la obra social, por lo que hay dos prestadores que garantizan este servicio en la Provincia de Neuquén, existiendo a su vez posibilidades de pagos de manera excepcional a propuestas facilitadas por las familias en instituciones no prestadoras.

Las Residencias de Larga Estadías son espacios sociales, donde confluyen y se súper ponen, el mundo privado y el público de las personas mayores, ya que viven en forma colectiva y con presencia permanente de personal asistencial y profesional, que apoyan el funcionamiento de la institución en su conjunto.

En cuanto al funcionamiento de las Residencias de Larga Estadía en general son las herederas del paradigma asilar, al decir de Foucault⁵³ estas instituciones se desempeñan como establecimientos de “encierro”, las cuales si bien tienen función de cuidado y atención permanente, encubren prácticas que no garantizan derechos tales como los de autonomía y autodeterminación, respeto, no discriminación entre otros.

Se implementan prácticas diarias de instituciones totales, con horarios unificados para todos, que no respetan la individualidad particular, el derecho a la identidad, representando prácticas hegemónicas de vulneraciones de derechos.

En este ámbito de intervención el desafío es permanente, si bien son instituciones privadas, como equipos profesionales auditores, corresponde minimizar el fuerte impacto y arraigo del modelo asilar, el cual ubica a la persona mayor como un “objeto de cuidados” impedidos de ejercer sus derechos humanos.

En este sentido las intervenciones en trabajo en equipo interdisciplinarios y de redes intersectoriales e interinstitucionales, son necesarias e importantes a fin de que faciliten y promuevan la implementación de protocolos psico-sociales en contexto de pandemia por ejemplo, que escape a la mirada meramente biologicista del ser humano.

En contexto de aislamiento preventivo y obligatorio por pandemia covid 19, fue importante y necesario la implementación de protocolos psicosociales para preservar la salud mental de los residentes, sosteniendo vínculos familiares mediante video-llamadas como así también la vinculación mediante barreras protectoras del virus covid 19, son algunas de las tareas que se implementaron en contexto de crisis sanitaria a fin de promover la salud integral de las personas mayores.

Realizar trabajos de promoción y prevención de salud mental en equipo interdisciplinario, en instituciones con fuerte prevalencia biologicista enfocados en la enfermedad, es difícil de implementar por las resistencias institucionales; es importante remarcar que se ha ido avanzando con logros mínimos pero efectivos, como por ejemplo dispositivos mensuales de ateneos de situaciones particulares, con profesionales de las Residencias Prestadoras y Centros de Salud Mental aunando recursos y acordando intervenciones que garanticen derechos humanos.

En tiempos de pandemia donde las problemáticas son cada vez más complejas, independencia y a la autonomía”, inciso b.

⁵³Michel Foucault; “Vigilar y Castigar”, México. S.XXI.1976.

enfocarnos en la perspectiva de Atención Primaria de Salud, que refiere el trabajo en equipo como estrategia, con miradas que excedan una sola disciplina, orientadas a las intervenciones integrales; es decir pasar de un trabajo multidisciplinar a un abordaje interdisciplinario, donde se aborde al sujeto como un todo, inserto en un contexto general, con una mirada colectiva e histórica.

Es importante resaltar que el trabajo interdisciplinario e intersectorial es indispensable, ya que ubica al sujeto como actor principal en el tratamiento psicosocial, brindando su consentimiento informado, promoviendo su autonomía, autodeterminación, identidad entre otros derechos humanos reconocidos y promovidos por la Convención.

Por otro lado, la dimensión Participación, al decir de Cecilia González quien afirma que es un “*derecho del adulto mayor en sus propias organizaciones y en otros espacios de la sociedad civil*” (González, pag. 89, 2017)⁵⁴.

El INSSJyP tiene espacios de participación de los adultos mayores mediante programas de promociones de derechos como es la asignación de coordinación y administración del Programa Pro-Bienestar, voluntariado, actividades socio-preventivas, entre otras.

El Programa Pro-Bienestar mensualmente brinda a los adultos mayores vulnerables un complemento alimentario el cual es acompañado por un equipo interdisciplinario. La administración y ejecución del programa la realizan las Comisiones Directivas de los Centros de Jubilados y Pensionados, bajo convenios con la obra social.

El Programa promueve el complemento alimentario, pero a su vez se comparten momentos, sentires, interacciones que fortalecen vínculos y refuerzan la calidad de vida de las personas mayores.

Este programa se vio interrumpido por contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio de pandemia COVID 19, por lo que se reencuadró mediante la asignación del valor de la prestación en los recibos de cobros de los usuarios titulares del programa.

Actualmente los grupos de las Comisiones Directivas de los Centros de Jubilados y Pensionados, se encuentran atravesados por las diferentes secuelas de la pandemia como es el fallecimiento de miembros activos, proceso de duelo que requiere de acompañamiento profesional para la asistencia y tramitación del dolor, que persiste en continuas situaciones de malestares por la crisis sanitaria; asimismo la pérdida laborales de hijos o nietos les afecta desde cerca repercutiendo directamente en su calidad de vida.

En cuanto al Programa Voluntariado, está dirigido a los afiliados que de manera solidaria y con compromiso puedan acompañar a los adultos mayores promoviendo sus derechos. Los voluntarios son capacitados mediante talleres para implementar los programas vigentes en la comunidad. Desarrollan actividades tales como los de Abuelas relatoras, raíces y retoños, no me olvides entre otros.

Este programa se vio obstaculizado también por el contexto de pandemia, quedando pocos participantes, lo que llevó a que el mismo sea reemplazado por otros programas de la obra social para los interesados, como por ejemplo “Construcción de Ciudadanía” entre otros.

En cuanto a esta dimensión, la Convención refiere en su art. 8 que “*la persona*

⁵⁴González Carmen Cecilia; La Intervención Social en el Campo Gerontológico.- En Revista digital de Trabajo Social, ConCienciaSocial. Vol. 1 (2017).-

mayor tiene derecho a la participación activa, productiva, plena y efectiva dentro de la familia, la comunidad y la sociedad para su integración en todas ellas”, citando en el inc. b) que se “crearán y fortalecerán mecanismos de participación e inclusión social de la persona mayor en un ambiente de igualdad que permita erradicar los prejuicios y estereotipos que obstaculicen el pleno disfrute de estos derechos”⁵⁵.

En este sentido, la prestación de Viviendas en Comodato, tiene como objetivo satisfacer la necesidad habitacional de los adultos mayores que cuentan con ingresos económicos mínimos, quienes una vez ingresados a la prestación pasan a formar parte de un barrio donde no cuentan con vínculos y redes sociales, ya que las mismas quedan en sus antiguos lugares de residencias, al decir de E. Galende⁵⁶ se encuentran en “soledad relacional”, por lo que esta fragilidad de los lazos sociales y de las redes de contención, lleva a que las profesionales del programa proyecten en el trabajo comunitario el acompañamiento gerontológico desde una mirada relacional y subjetiva para mejorar su calidad de vida.

Se realizaron reuniones barriales con las personas mayores, donde se percibe la situación socio-sanitaria de cada uno, a fin de acompañarlos de manera integral. En estas reuniones se eligen de manera democrática referentes por barrios quienes son el nexo entre la institución y los afiliados comodatarios, con quienes se mantuvo encuentros semanales a fin de instrumentar y acompañar a los líderes comunitarios en las demandas solicitadas.

Este rol activo asignado por sus vecinos les da autonomía personal y barrial, promoviendo su satisfacción personal, internalizando e identificando a sus vecinos, comprendiendo y resignificando los diferentes problemas comunitarios.

En este proceso de abordaje comunitario los adultos mayores pudieron ir formando una red de apoyo con sus referentes barriales y con sus vecinos a los cuales no conocían, resolviendo problemas comunitarios, tales como ruidos molestos, residuos en espacios compartidos, problemas ambientales, hechos delictivos, adicciones, dependencia física y psicológica, entre otros. Se trabajó de manera interdisciplinaria junto a las áreas legales y médica de la obra social como así también con las siguientes instituciones: Defensoría del Pueblo (mediación comunitaria), Espacios verdes de la Municipalidad, Cooperativa Calf, Rentas, Comisiones vecinales y Centros de Jubilados, Comisarías etc, es decir se realizó un trabajo intersectorial.

Este abordaje se vio interrumpido previo a la pandemia por cuestiones presupuestarias y reforzadas con el asilamiento, social, preventivo y obligatorio en contexto de pandemia por covid 19, considerándose importante continuar con estos espacios generados ya que fortalece la vida comunitaria, promocionando vínculos solidarios, de participación, cooperación y ayuda mutua.

Asimismo reivindica una mirada de sujeto de derecho, sujeto activo, capaz de transformar su realidad mediante toma de decisiones autónomas. En espacios donde cada uno pueda sentir la posibilidad de encontrarse con otros, para pensar, sentir y actuar de manera creativa, esa escucha que como herramienta tiende a la protección de derechos humanos.

⁵⁵La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Art. 8 “Derecho a la participación e integración comunitaria”, inciso a.

⁵⁶Galende, E. EL CONOCIMIENTO Y LA COMUNIDAD. En “Conocimientos y Prácticas en Salud Mental”. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2015.

Este enfoque de perspectiva de derechos humanos, centrado en la persona y el reconocimiento del goce de los mismos para las personas adultas mayores en tantos sujetos de derechos viene a modificar las prácticas de intervención pasando de la vulneración de los mismos hacia su pleno ejercicio.

“Este enfoque trasciende la dimensión individual del envejecimiento incluyendo los derechos sociales de las personas de edad sobre la base de un modelo de gestión estatal de protección de los mismos” (González, pag. 89, 2017)⁵⁷.

Desafíos profesionales

Este apartado se enfocará en las condiciones materiales de existencia y las restricciones generadas a las personas mayores como grupo de riesgo en contexto de pandemia, las cuales se van a ir detallando a continuación.

El análisis crítico de los desafíos profesionales en el contexto de actual crisis sanitaria a nivel mundial por covid 19, se relacionan con las dimensiones económicas, culturales, presupuestarias, sanitarias a nivel institucional como así también en el ámbito familiar de las personas mayores.

Uno de los principales desafíos que se atraviesan en las intervenciones cotidianas a fin de garantizar derechos humanos a nivel institucional es la dimensión económica, las partidas presupuestarias que son inexistentes y/o insuficientes para abordar la crisis socio-sanitaria y económica que se encuentra vivenciando actualmente.

Asimismo los recursos económicos en este contexto vienen siendo un paliativo a crisis económicas de abordaje estructural, los cuales son insuficientes para afrontar una calidad de vida acorde con las exigencias impuestas en los protocolos para erradicar la pandemia generada por el COVID 19, por lo que sectores más vulnerables donde la pobreza los hace susceptibles a inequidades en torno a la salud, son quienes vivencian desde cerca las secuelas de esta crisis sanitaria.

Situación que llevó a un proceso de inequidad en la accesibilidad a los servicios de salud, derivada de la falta de recursos económicos o de falta de protección social como consecuencia de haber trabajado en sectores informales de la economía que al momento de jubilarse se incorporan con los ingresos económicos mínimos.

Los derechos económicos, sociales y culturales incluyen, entre otros, los derechos a un nivel de vida adecuado, a la alimentación, a la vivienda digna, al agua y saneamiento, a la educación, a la salud, al trabajo, a la libertad sindical, a la seguridad social y a la protección familiar; como leyes con jerarquía constitucional, el Estado tiene la obligación de garantizarlos.

Al no cumplirse, la desigualdad social es una de las dimensiones más fuerte y que atraviesa a gran porcentaje de los usuarios con los que se interviene en la institución, dejando personas mayores excluidas, que si bien cuentan con un ingreso mínimo, el mismo es insuficiente para afrontar gastos relacionados a las necesidades de la vida diaria tales como son la habitacional, alimentación saludable y de calidad, salud integral, entre otras.

Asimismo, se mantuvo una mirada homogeneizante de la persona mayor, en

⁵⁷González Carmen Cecilia; La Intervención Social en el Campo Gerontológico.- En Revista digital de Trabajo Social, ConCienciaSocial. Vol. 1 (2017).-

contexto de pandemia, explicitando el grupo “Adultos Mayores” como una de las definida como población de riesgo ante el COVID 19, dejando de lado el derecho de decidir de cada uno de ellos en tanto ciudadanos de un Estado e ignorando las bases de diferenciación económica en la estructura social.

En este sentido la CIPDHPM en su art. 13 refiere que *“la persona mayor tiene -derecho a la libertad y seguridad personal, independientemente del ámbito en el que se desenvuelve”* y por otro lado afirma que *“los Estados partes asegurarán que la persona mayor disfrute del derecho a la libertad y seguridad personal y que la edad en ningún caso justifique la privación o restricción arbitrarias de su libertad”*⁵⁸.

Artículo que fue vulnerado en contexto de pandemia, privando del derecho a la libertad de las personas mayores, justificándolo desde el prejuicio o una mirada estigmatizada del cuidado hacia este grupo etéreo, encubriendo desigualdades sociales y llevando a que miembros del cual, salieran a levantar la voz, y a hacerse escuchar de manera mediática a fin de reclamar por sus derechos.

Esta “voz” fue elevada por aquellas personas que cuentan con los recursos económicos y culturales para poder exigir y manifestarse, por lo que contar con capital cultural y recursos materiales deja ver que en las diferentes clases sociales se accede de manera diferencial a los derechos humanos como así también a la satisfacción de las necesidades básicas.

En este sentido, la Convención en su art. 14 refiere que *“la persona mayor tiene derecho a la libertad de expresión y opinión, al acceso a la información, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población y por los medios de su elección”*⁵⁹.

La accesibilidad material, económica, tecnológica, territorial siguen siendo los elementos principales a la hora de la exigibilidad de derechos humanos, ya que una franja mayoritaria de personas mayores no cuenta con estos elementos para poder hacer oír sus voces.

En su art. 26 la Convención refiere que *“La persona mayor tiene derecho a la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, y a su movilidad personal. A fin de garantizar la accesibilidad y la movilidad personal de la persona mayor para que pueda vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Parte adoptarán de manera progresiva medidas pertinentes para asegurar el acceso de la persona mayor, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales”*⁶⁰.

Por otro lado, reflexionar sobre esta vulneración de derechos humanos desde una mirada de violencia simbólica, al decir de Bourdieu, como *“una relación social que expresa asimetría en la distribución de determinados capitales, dando cuenta de la imposición de una arbitrariedad cultural, desde un poder arbitrario”* (Bourdieu y Passeron, 1996, p. 45)⁶¹.

⁵⁸La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, art. 13.

⁵⁹La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, art. 14.

⁶⁰La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, art. 16.

⁶¹Meneses-Becerra: La vulneración de Derechos en la Población usuaria como manifestación de violencia simbólica en Salud.

La violencia simbólica es desplegada por quienes han internalizado ciertas formas de dominación, permitiendo al orden social determinado reproducirse en el reconocimiento y el desconocimiento de la arbitrariedad que lo funda, solo porque este ha sido el habitual orden de las cosas. Este poder se impone como legítimo, disimulando las relaciones de fuerza que lo fundan.

La violencia simbólica es entendida entonces como una relación social en que el agente dominador ejercer un modo de violencia indirecta y no físicamente directa en contra del agente dominado.

Esta violencia simbólica resulta de la interacción de los agentes sociales involucrados en una dinámica de poder, en este caso desde el gobierno, quienes ejecutaron decretos, disposiciones etc., explicitando lineamientos y formas de vida hacia la población gerontológica, sin escuchar la opinión de este grupo étnico.

Asimismo la Convención define “*Discriminación por edad en la vejez: Cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada*”⁶².

Asimismo a nivel sistema sanitario, ya sea público o privado, esta posición de poder de agente dominador se confronta con la oposición de agente dominado en que tienden a situarse las personas usuarias del sistema de salud, quienes demandan atenciones asociadas a las necesidades y problemas sanitarios que les aquejan en forma transitoria o permanente.

La población usuaria posee su propio capital simbólico respecto a la salud y enfermedad, su acervo proviene de la experiencia directa, del aprendizaje cotidiano, de la observación constante de episodios de salud y enfermedad, tanto personales como de familiares del entorno cotidiano, que se comunican a través de sus emociones.

Este capital simbólico de la población usuaria puede ser rápidamente desplazado, instalando en su lugar el capital simbólico dominante del conocimiento experto, situación que regula la dinámica tradicional entre el equipo de salud y la población usuaria, consolidando una perspectiva que propicia condiciones para la ocurrencia de episodios de violencia simbólica en el contexto sanitario.

Esto se vio observado en los protocolos presentados donde bajo lineamientos específicos y rígidos se promovían hábitos saludables universales y obligatorios en contextos donde la precarización socio-económica llevaba a que una gran parte de la población no contara con agua potable, o bien los recursos económicos para acceder a los insumos necesario de protección del Covid 19, barbijos y/o alcohol en gel.

Los diferentes niveles Estatales hicieron uso de sus facultades de “*adoptar medidas de atención específicas a las necesidades de la persona mayor en la preparación, prevención, reconstrucción y recuperación en situaciones de emergencias, desastres o conflictos*”⁶³.

Informe de sistematización.

⁶²La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, art. 2.

⁶³La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, art. 29.

En contra posición la Convención menciona el derecho a la Libertad Personal refiriendo que *“Los Estados Parte asegurarán que la persona mayor disfrute del derecho a la libertad y seguridad personal y que la edad en ningún caso justifique la privación o restricción arbitrarias de su libertad”*⁶⁴.

Entonces el cuestionamiento hacia esta violencia simbólica ejercida desde los poderes ya sea estatal o sanitario, hace referencia a un cuidado disfrazado de control social hacia una parte de la población, ya que la otra libremente podía continuar con cuidados sanitarios debido a que se encuentran con sus necesidades básicas cubiertas y con trabajos estables y dignos que les permitían trabajar como esenciales en contexto de pandemia.

Las relaciones sociales que se desarrollan entre el equipo de salud y la población usuaria en el contexto sanitario, están amenazadas en forma potencial y permanente por la violencia indirecta expresada en tratos, actos explícitos u omisiones en las que el capital simbólico del equipo de salud influye directamente en la asimetría de la relación, transformándola en una dinámica de poder inequitativa, a partir del pleno dominio profesional, técnico y administrativo que le distingue y que aporta la legitimidad a su desempeño.

La violencia simbólica es un concepto que permite develar la situación de poder asimétrico que afecta a las personas mayores usuarias del sistema de salud en este caso, en el marco del ejercicio de sus derechos y deberes.

El tal escuchado “quedate en casa” en contexto de pandemia como prevención ante el COVID 19, llevó a que muchas patologías biológicas y de salud mental, fueran dejadas de lado tanto por profesionales de la salud, quienes salían a promover esta campaña como por los propios usuarios, que ante el miedo generado a su vez por los medios de comunicación, dejaron de concurrir a sus médicos de cabecera, lo que fue agravando las patologías de base a lo largo del tiempo como así también desentonando desestabilizadores de salud mental, como son la depresión, fobias, ataques de pánicos, miedos como secuela del encierro y aislamiento social.

Esta situación refleja la valoración social y cultural que se confiere a los equipos de salud y al Estado, un particular dominio sobre la salud y la enfermedad que, definido desde una perspectiva más simbólica, evoca a un dominio sobre la vida y la muerte.

La confianza de la persona usuaria y su familia en las acciones, procedimientos o trámites que se realicen en torno a sus necesidades y problemas sanitarios, relativiza o normaliza las situaciones de violencia simbólica que se despliegan en los contextos institucionales del sector de salud.

El reconocimiento pleno de este dominio sobre la salud y la enfermedad tiende a inmovilizar las posiciones de cuestionamiento, duda o replanteamiento que en forma lícita la población usuaria podría formularse frente a un diagnóstico, un tratamiento, un procedimiento o una intervención.

Asimismo sin dejar de lado esta perspectiva, los significados subjetivos de los factores sociales, los determinantes sociales de la salud, (circunstancias materiales, psicológicas, biológicas/comportamentales, y el sistema de salud), además de examinar la posición socio-económica de los adultos mayores, las emociones juegan un papel

⁶⁴La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, art. 13.

importante en el desarrollo y cuidado de la enfermedad en las distintas etapas de la vida, además del contexto que se esté atravesando.

Las condiciones de salud son complejas, derivan de trayectos vitales combinados con factores sociales, y económicos que inciden en el proceso salud, enfermedad y atención como se fue detallando a lo largo del trabajo.

Por lo que la apreciación desigual de la riqueza, ha generado relaciones sociales de exclusión, pobreza y desigualdad. Los factores estructurales en la base del sistema de mercado, son producto del desarrollo socio-histórico, refieren al conjunto de condiciones políticas, operativas de organización, o normativas que limitan o permiten el ejercicio de la actividad institucional. Estos factores han favorecido la apropiación desigual de la riqueza, lo que ha generado relaciones sociales de exclusión, pobreza y desigualdad.

Mediaciones propias del sistema capitalista influyeron para que muchas personas mayores, no acumularan un capital personal, durante sus trayectorias vitales, que les permitieran alcanzar mejores condiciones de salud, y así disminuir el impacto de las enfermedades crónicas-degenerativas.

La importancia de las redes, la interacción con otros se convierten en factores protectores en el desarrollo de las enfermedades, debido a que las personas aumentan su capacidad cognitiva, su calidad de vida, autonomía, trayendo como resultado una mayor independencia y auto-concepto.

Los cuidados familiares como la serie de prácticas que se realizan para satisfacer las necesidades de carácter físico o emocional de otras personas.

En este contexto es importante y necesario pensar estrategias que brinden oportunidades de intervención desde el Trabajo Social, desde la prevención y promoción de la salud integral con perspectiva de derechos humanos.

Es importante proporcionar herramientas con énfasis de afrontamiento de diagnósticos, a fin de identificar recursos individuales y familiares disponibles para el enfrentamiento del problema o crisis acontecida.

Por otro lado, el abordaje grupal genera espacios colectivos y territoriales que fortalece la contención emocional entre pares, la generación de aprendizajes significativos, la vinculación social. Este dispositivo es limitado en el tiempo y se realiza con determinados objetivos particulares, permitiendo la activación de un proceso grupal, sustentado en la integración de teoría y práctica, resaltando el protagonismo de los participantes, el diálogo de saberes y la producción colectiva del aprendizaje. Este dispositivo sería de significativa importancia para acompañamiento en las renovaciones de los programas de PAS, PADYF y PROSAR.

Asimismo el trabajo comunitario e interinstitucional donde se puedan aunar recursos económicos, materiales y profesionales, tanto para la resolución de conflictos como para la satisfacción de las necesidades. Esta modalidad de intervención permite responder a problemas sociales y sanitarios multicausales, con un repertorio que considere las oportunidades de apalancamiento de recursos intersectoriales disponibles en las diferentes instituciones públicas y/o privadas.

Contexto que lleva a pensar también en instancias de ateneos y/o supervisión de

intervenciones de situaciones sociales y familiares intervenidas por varias instituciones por la cronicidad de sus realidades; esta supervisión del proceso interventivo representa un significativo aporte a la calidad de la atención y a una mirada de derechos humanos hacia el usuario de los diferentes servicios brindados.

Conclusiones Finales

Del análisis realizado en el presente trabajo se concluye que el campo gerontológico se encuentra constantemente en tensión sobre la vulneración de derechos y la restitución de los mismos; que el cambio legislativo va acorde a las transformaciones sociales, guiando y enmarcando las relaciones humanas, y las intervenciones profesionales.

Por lo que la persona mayor en tanto sujeto socio-histórico en el límite crítico y difuso entre ser persona de derecho u objeto de intervención, es en donde se instaura el debate sobre su vida cotidiana el cual guía a reflexionar sobre la autonomía, autoderminación y capacidad de decidir de la persona en función de su salud psico-física.

La garantía del ejercicio de los derechos en contexto de transición del paradigma biomédico al de Derechos Humanos, refleja en las intervenciones cotidianas el accionar de los diferentes actores desde alguna de estas miradas.

Se reproduce en algunos contextos como es en el entorno familiar y social de las personas mayores, el desempoderamiento de este grupo etéreo, desde una mirada paternalista e infantilizada de los mismos, pasando por encima de sus propias decisiones, utilizándolas como estrategias de cuidado y protección por ser grupos vulnerables y de riesgo.

En este contexto se desarrollan las subjetividades de los adultos mayores, quienes deben batallar con estigmatizaciones del entorno en cuanto a sus edades, minimizaciones respecto a sus derechos, infantilización de sus vidas cotidianas; donde lejos de ser vistos como sujetos prevalece en las interrelaciones una mirada de objetivación.

Se observa en este contexto que el desconocimiento de una vejez saludable y con derechos humanos y sociales los ubica en un lugar de vulnerabilidad, donde se los valora negativamente frente a parámetros de salud y productividad, condición descalificante y estigmatizante.

Esta estigmatización los sitúa en un lugar de vulnerabilidad ante la accesibilidad de diferentes derechos, es decir que existe mayor riesgo de violaciones de derechos humanos.

Por lo que, reforzar el empoderamiento como una herramienta para superar las condiciones de desigualdad en este grupo etéreo, es de fundamental importancia en las intervenciones profesionales para garantizar las situaciones de igualdad ante la ley.

En este sentido, ambos campos socio-jurídicos están vinculados de manera estrecha en las intervenciones profesionales, a fin de garantizar accesibilidad a los diferentes derechos de las personas mayores vulnerables.

En esta instancia de dilemas y desafíos profesionales se puede vivenciar la vinculación socio-jurídica, donde confluyen *“la adecuación del ejercicio de la capacidad jurídica del adulto mayor, especificando en su favor sistemas de apoyo y salvaguardas ajustadas a su particular condición; y el ejercicio de su autonomía personal en el vasto campo de los derechos personalísimos”*⁶⁵.

En este contexto exigir a favor de los derechos de las personas mayores y su reconocimiento en las intervenciones profesionales es traducir una vida digna, eliminando formas de discriminación por razones de edad y/o por patologías, lo que significa que presunción de discapacidad, falta de autonomía, sustitución en la toma de decisiones o edad avanzada no equivale a destitución de derechos humanos.

Por otro lado, *“la incapacidad jurídica a que se recurre frecuentemente en la praxis para “proteger” a este grupo etéreo (visión paternalista) resulta la incapacidad civil, por otro lado, la preservación de la plena capacidad puede dejar a una persona en indefensión, expuesta a múltiples riesgos o imposibilitarle a ejercer derechos”*.

En este sentido, no se considera que toda situación socio sanitaria de las personas mayores deba ser judicializada por cuestión de edad o patologías sino que en función de preservar el principio de capacidad reconocido en Código Civil y Comercial, a los fines de garantizar derechos humanos, se articule el proceso judicial disminuyendo el riesgo de vida para sí, para sus bienes o para terceros.

Por lo que, luchar por la protección del derecho al envejecimiento saludable a fin de que el Estado garantice políticas acorde a una salud integral y en condiciones de dignidad humana es un requerimiento en las intervenciones profesionales.

Esta concepción de las personas mayores como sujeto de derecho se inserta en un contexto más amplio de análisis teórico-político referido a la particularización de derechos universales a favor de grupos vulnerables.

Entendiéndose por grupos vulnerables *“aquellos que por causas diversas (edad, raza, sexo, condición económica, cultural, política, discapacidad) se encuentran en mayor riesgo de violación de derecho y sufren la omisión o precariedad legislativa o política por insuficiencia de las políticas públicas”*⁶⁶.

Si bien los programas y prestaciones institucionales han avanzado en garantizar derechos humanos a los usuarios, no se puede invisibilizar que las partidas presupuestarias no están acorde a las demandas vigentes, por lo que existen listas de espera para la accesibilidad a las prestaciones, como así también recorte presupuestario de programas que funcionan como paliativos ante las situaciones de crisis económicas de los usuarios, entre otros aspectos.

Asimismo, es necesario visibilizar que en la institución se debería abandonar el *“criterio médico hegemónico de la salud”* a fin de dejar de mirar los aspectos deficitarios y posicionarse desde el modelo social de la salud, comprendiendo los aspectos saludables, funcionales y las capacidades del grupo etéreo como así también el contexto de accesibilidad que brinda la sociedad a las personas mayores.

⁶⁵ Fernández Silvia, Ancianidad, autonomía y vulnerabilidad: una mirada a la situación jurídica de los adultos mayores desde la reforma proyectada para el Código Civil argentino.

⁶⁶ Pérez Contreras, Montserrat, *“Aproximación a un estudio sobre vulnerabilidad y violencia familiar”*, Revista Jurídica Boletín Mexicano de Derecho Comparado.

En este contexto, las intervenciones profesionales del Trabajo Social se orientan a revertir el prejuicio generado al adulto mayor, sensibilizando a los familiares y empoderando a los usuarios a fin de garantizar su accesibilidad a la salud integral.

Estos espacios de instrumentación permiten poner en palabra, problematizando y fortaleciendo a la persona en tanto sujeto de derechos humanos, generando y motivando a la concreción de un proceso de creación de modos de relacionarse e interactuar con el otro, corriéndolos de un lugar pasivo, empoderándolos y emancipándolos de un modelo hegemónico que intenta aplacarlos.

Asimismo el contexto de crisis sanitaria mundial puso en evidencia y dejó visibilizar claramente la fragilidad, precariedad, recorte presupuestario y las políticas focalizadas que demuestran una escasa política pública universal en las instituciones que deben garantizar la accesibilidad de derechos como es el caso de la Salud, tal como se encuentra planteado y legislado en los diferentes instrumentos analizados, y en los diferentes niveles estatales, ya sea Municipal, Provincial, Nacional como así también en el derecho internacional con jerarquía constitucional.

Finalmente se puede afirmar que esta pandemia por covid 19 puso en jaque el sistema económico y político mundial, nacional y provincial ya que no se cuenta con decisiones políticas acorde a las necesidades básicas de los usuarios.

Contexto que dejó visibilizar los prejuicios y estereotipos que existen en la sociedad respecto a las personas mayores, las cuales fueron viabilizadas mediante normativas para regular sus vidas cotidianas de manera homogenizada, sin consentimientos ni autodeterminación por parte de los usuarios.

En esta línea las personas mayores debieron salir a reivindicar sus derechos garantizados constitucionalmente, por lo que si bien fue una instancia de vulneraciones de derechos también de movilización y participación activa del grupo etáreo que no dejó avasallarse ni silenciarse en este contexto pandémico.

Por otro lado, insertos en una sociedad Capitalista en las intervenciones profesionales se pueden observar que las propiedades y lógica de este sistema conlleva a prácticas individualistas y competitivas, relaciones desiguales de explotación de una clase social sobre otra, recursos privatizados y escasos, políticas públicas focalizadas que vulneran el acceso al derecho a la salud en este caso de los adultos mayores.

Estos principios capitalistas regulan mediante su lógica mercantilista la accesibilidad a los diferentes recursos en los distintos subsistemas donde se desarrollan nuestras prácticas cotidianas.

Por lo que, se puede observar como el derecho a la salud queda desplazado por las políticas de ajuste y recortes del Estado Nacional, donde exige que la evaluación profesional se restrinja a parámetros de extrema necesidad. Es decir que el acceso a los recursos materiales o económicos de los usuarios se burocratizan de tal forma, que por lo general se destraban solo con la intervención de otros subsistemas como es el caso de los recursos de amparos judiciales iniciados por parte de las familias.

Estos principios capitalistas plantean una sociedad fragmentada en clases sociales, que conlleva a que la accesibilidad a la salud termine siendo privilegios para un sector que cuenta con los recursos económicos mientras que se vulneran los derechos de la población más empobrecida.

Asimismo, en esta lógica de oferta y demanda a favor del mercantilismo, se deja ver como la salud pasa a ocupar un rol de mercancía, asumiendo un lugar fundamental en cuanto a intercambios económicos, además de la implementación de políticas de ajuste y

restricciones que repercuten en vulneraciones de derechos humanos.

A su vez esta situación de ajuste estatal repercute considerablemente en la reorganización familiar, agudizando la situación de vulnerabilidad socio-económica y sanitaria.

En este sentido se puede observar como la lógica del modelo médico hegemónico regulada por el mercantilismo, vulneran los derechos de las personas con las que se interviene en las prácticas profesionales; en esta interrelación en la puja de poderes por la imposición de esta lógica de control y exclusión nos encontramos en el límite difuso los profesionales de diferentes ámbitos del Trabajo Social entre responder a las políticas de Estado o luchar por garantizar los derechos de los usuarios.

En este contexto de lucha de poderes los Trabajadores Sociales nos encontramos inmersos en intervenciones que conducen a asumir un enfoque antireduccionista, ya que al sujeto de derecho no se lo puede analizar o estudiar aisladamente de su contexto socio-familiar y ambiental, sino como una totalidad organizada compleja en relación con su entorno, que no puede ser separados para su intervención.

Por lo que es importante que se generen espacios de empoderamiento, donde se puedan problematizar los diferentes modos de ser, politizando las prácticas cotidianas a fin de modificar modos de subjetividades que vienen siendo impuestas desde hace siglos.

Por lo que resulta imprescindible que el Trabajador social adopte un posicionamiento ético-político que permita acompañar los profundos y permanentes cambios que se vienen suscitando en la sociedad, visibilizando los derechos humanos de los usuarios que llevan a fortalecer el campo gerontológico.

En este sentido es importante problematizarse sobre si ¿En un sistema basado en la lógica mercantilista la salud es un derecho? Conociendo que la lógica capitalista plantea una sociedad fragmentada en clases sociales con distinta capacidad adquisitiva, que lleva a que la accesibilidad a la salud termine siendo en algunos casos privilegios para un sector que cuenta con los recursos económicos mientras que se vulneran los derechos de la población más empobrecida. Esto nos lleva a afirmar que la lógica mercantilista tiene una mirada simplista de los problemas sociales.

Por lo que, es por ello que ante la vulneración de sus derechos se accede a la Justicia para que se efectivicen, llevando a su vez a que a nivel Estatal se modifiquen las legislaciones, corriendo la mirada objetivizante a un enfoque de derechos humanos de las personas mayores.

Políticas públicas que llevan a movilizar al colectivo usuario de las prestaciones para la concreción de reclamos, movilización y medidas de fuerzas a fin de acceder a recursos materiales y sanitarios de calidad.

Corriéndose del enfoque de derecho estos principios capitalistas regulan mediante su lógica mercantilista la accesibilidad a los recursos en los distintos ámbitos donde se desarrollan las prácticas cotidianas. Y siguiendo la misma lógica los reclamos son individuales lo que conlleva a que se modifique y se logre la potencia a quienes cuentan con referentes y posibilidades de exigir la prestación, mientras que los que se encuentran solos, y sin los recursos intelectuales ni familiares quedan excluidas del sistema.

A su vez no podemos desconocer que la profesión del Trabajador Social fue instaurada en el Estado bajo la función de regular las situaciones emergentes, es decir la intervención en la “Cuestión Social”, todo aquello que se alejaba de lo normado y de la funcionalidad del sistema. Por lo que, dichas funciones a nivel institucional se encuentran orientadas a ser gestor social encargado de proporcionar recursos materiales y

económicos meramente asistenciales a la población carente y que solicita la demanda.

Este inter-juego entre los valores y las normas lleva a que se asuman determinadas conductas, que no respetan las potencias de los adultos mayores por lo que en las intervenciones profesionales cotidianas se debe orientar a revertir al máximo posible el perjuicio generado al adulto mayor logrando de esa manera restituir derechos vulnerados.

En este contexto de contradicciones propias del Sistema Capitalista, de pasajes de paradigmas tradicional, con enfoque biomédico al de derechos humanos, centrado en la persona, de estrategias de empoderamiento del grupo etáreo de las personas mayores, es que se desarrollan las intervenciones profesionales, bajo una mirada ética-política de la misma a fin de garantizar derechos humanos reconocidos en las legislaciones vigentes.

Bibliografía

- AADYND, Nutrición del adulto mayor. Nutrinfo.com.

- Borgianni, Elisabete, Yolanda Guerra y Carlos Montaña (orgs.), 2003, Servicio social crítico - Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político-profesional, Sao Paulo, Brasil, Cortez Editora.

- Castañeda Meneses-Ketty Cazorla Becerra: Cuidar a quien cuida, sistematización de las fases de cuidado familiar en salud y sus oportunidades de intervención para trabajo social, pag. 68-85. En revista Cuaderno Trabajo Social N° 9, UTEM Chile.

- CEPAL: “Comisión Económica para América Latina y el Caribe, marzo 2006.

- Código Civil y Comercial de la Nación Argentina.

- Constitución Nacional de la República Argentina.

- Constitución de la Provincia del Neuquén. Ediciones Mawis, 2013, art. 49.

- Fernández Silvia, Ancianidad, autonomía y vulnerabilidad: una mirada a la situación jurídica de los adultos mayores desde la reforma proyectada para el Código Civil argentino.

- Foucault Michel; “Vigilar y Castigar”, México. S.XXI.1976.

- Galende, E. EL CONOCIMIENTO Y LA COMUNIDAD. En “Conocimientos y Prácticas en Salud Mental”. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2015.

- Gallegos Daniela, “Los informes sociales en los procesos de intervención del Trabajo Social”, en Boletín electrónico Surá, N°187, escuela de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.
- González Carmen Cecilia; La Intervención Social en el Campo Gerontológico.- En Revista digital de Trabajo Social, ConCienciaSocial. Vol. 1 (2017).-
- Iamamoto, M. 1997. Servicio Social y División del Trabajo. Cortez Editora, San Pablo.
- Ley N° 26378 “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo”.
- Ley 27360 la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, 2013.
- Mallardi Manuel W.. “Informe Social y Relaciones Familiares, Categorías en disputa”, editora Puka, 2018.-
- Meneses-Becerra: La vulneración de Derechos en la Población usuaria como manifestación de violencia simbólica en Salud. Informe de sistematización.
- Montaño Carlos: “El Trabajo Social Crítico” En: Pensamiento y Acción Interdisciplinaria, Volumen 5, número 2, año 2019. ISSN 0719-8078. pp. 8-21.
- Montaño Carlos, “Trabajo Social e Intervención: La Politización de la Acción Profesional”, En www.ts.ucr.ac.cr.
- Organización Mundial de la Salud: “Salud como **“El estado completo de bienestar físico y social de una persona”**, y no solo la ausencia de enfermedad”. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1999.
- Palacios Agustina: “El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”. Ediciones Cinca. 2008.-
- Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, 1982.

- Pérez Contreras, Montserrat, “Aproximación a un estudio sobre vulnerabilidad y violencia familiar”, Revista Jurídica Boletín Mexicano de Derecho Comparado.

- Ponce de Leon A., Krmpotic C. en Trabajo Social Forense: Cap. 1 “Los desafíos en la formación profesional: Programa de Especialización en Trabajo Social Forense de la Fadecs-UNComahue. Ponce de León Andrés, pag. 25. Editorial Espacio.2018.

- Rada Schultze, Fernando (2018): “La diversidad en el curso de la vida. Trayectorias y memorias de los y las mayores LGBT argentinos”, en C. E Henning y C. Braz (Orgs): Gênero, sexualidade e curso da vida: Diálogos latino-americanos, Editora Imprensa Universitária, Universidade Federal de Goiás, pp. 111-143.

- Rodríguez, P.; Las Palabras en las Cosas. Bs. As., Cactus, 2019. Cap. 8 y 9.

- Roa Rubén: Atención Primaria y Medicina Familiar. Tomo 1.

- Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, España, 2002.

- <https://www.argentina.gob.ar/generos/linea-144/informacion-estadistica>.

- Travi, Bibiana (2007). “Diseño, aplicación y evaluación de técnicas e instrumentos en la intervención profesional”.