

Maestría en Gestión de
Servicios de Gerontología
Trabajo Final de Maestría

Autora: Silvia Kanje

**PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DE LAS POSIBLES CAUSAS
QUE CONDICIONARON EL DESARROLLO Y LA
CONTINUIDAD DE LAS UNIDADES DE GERIATRÍA DEL
PLAN GERONTOLÓGICO MUNICIPAL DE LA
CIUDAD DE BUENOS AIRES.**

Análisis del caso del Servicio de Geriatria del
Hospital José María Ramos Mejía.

2010

Directora: Dra. Nora Fioravanti
Co-directora: Lic. Daniela Álvarez

Citar como: Kanje, S. (2010). Perspectivas históricas de las posibles causas que condicionaron el desarrollo y la continuidad de las unidades de geriatría del plan gerontológico municipal de la Ciudad de Buenos Aires: análisis del caso del servicio de geriatría del Hospital José María Ramos Mejía. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.
<http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/1/213>





Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología

PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DE LAS POSIBLES CAUSAS QUE
CONDICIONARON EL DESARROLLO Y LA CONTINUIDAD DE LAS
UNIDADES DE GERIATRÍA DEL PLAN GERONTOLÓGICO MUNICIPAL
DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

ANÁLISIS DEL CASO DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL
JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA.

Tesista: Licenciada en Gerontología Silvia A. Kanje

Directora: Doctora Nora Fioravanti.

Co-Directora: Lic. Daniela Alvarez

Promoción: 2006/2007

Buenos Aires, Diciembre 2010

Agradecimientos

A Diego y Ricardo por ser quienes son.

A la Doctora Nora Fioravanti y a Lic. Daniela Alvarez por haber acompañado este proyecto.

A los Adultos Mayores Promotores de Salud del Hospital Ramos Mejía por su presencia y afecto.

A todos los docentes que desde el año 2001 me transmitieron su compromiso con la gerontología.

Prefacio.

Cuando se concluye una etapa se inicia otra.

En este caso la apertura a las propuestas de los especialistas.

Existen novedosas opciones para estructurar un Sistema de Atención para el Adulto Mayor, la experiencia española en donde en el Hospital General hay un equipo de geriatría permanente que es convocado para coordinar la atención de los mayores que posean características geriátricas es un ejemplo.

Pero hay algo en lo que todos podemos aportar y me remito a lo que comentó la Dra. Nora Fioravanti, quien comenzó en la especialidad teniendo 24 años y es además la primera geriatra mujer de nuestro país:¹

“En Inglaterra se hizo una investigación administrando una encuesta a médicos clínicos.

Una de las preguntas era la siguiente:

¿Entiende Ud. necesario que las personas mayores sean atendidas por un médico especialista y en lugares especiales?

El 70% de los consultados respondió que sí, que las personas mayores debían ser tratadas por médicos especialistas y en lugares especiales.

La segunda pregunta era:

¿Están Ustedes dispuestos a ser especialistas y tratar a los adultos mayores en lugares especiales?

El 90 % respondió no.

El desafío que nos espera es responder a la siguiente cuestión: ¿Cómo se motiva a los profesionales a formarse y ejercer con compromiso en el campo interdisciplinario de la gerontología?

¹ Entrevista a la Doctora Nora Fioravanti

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Agradecimientos	2
Prefacio.....	3
ÍNDICE DE CONTENIDOS	4
1. Introducción.....	16
1.1. Expectativas.....	16
1.2. El problema.....	16
1.3. Criterios para la selección del tema.....	17
1.4. La formulación del problema.....	17
1.5. Resolución del problema.....	17
1.6. Objetivos.....	18
1.6.1. Objetivo general.....	18
1.6.2. Objetivos específicos.....	18
1.7. Organización del texto.....	19
2. Problema de investigación.....	22
2.1. Introducción.....	22
2.2. Elementos para una revisión histórica del Plan Gerontológico de la Municipalidad de Buenos Aires.....	22
2.3. Preguntas de investigación.....	24
3. Marco Teórico.....	27
3.1. Introducción.....	27
3.2. Lo normativo.....	27
3.3. El Positivismo.....	27
3.4. Lo Organizacional.....	28
3.5. El poder.....	34
3.6. La micro-sociología.....	35
3.7. Conflicto de interés.....	38

3.8.	Metodología y estrategia para el análisis histórico.	40
3.8.1.	Necesidad de un modelo multidimensional de análisis organizacional.	40
3.8.2.	Consideraciones sobre el enfoque histórico.	41
4.	Breve crónica histórica de los Hospitales Públicos de la Municipalidad de Buenos Aires. ...	44
4.1.	Introducción.	44
4.2.	Los Hospitales Públicos de la Municipalidad de Buenos Aires.	44
4.3.	Fines del siglo XVII.	45
4.4.	Supuestos que subyacen en los enfoques institucionales de los Hospitales Públicos. .	48
5.	Reseña Histórica de la Geriatría.	50
5.1.	Introducción.	50
5.2.	La geriatría.	50
5.3.	Atención médica geriátrica.	53
5.4.	Investigación en geriatría.	54
5.5.	La formación en geriatría.	56
5.6.	Gerontología y geriatría.	57
6.	Antecedentes del Plan Gerontológico Municipal para la Ciudad de Buenos Aires: Hospital General de Geriatría Martín Rodríguez.	65
6.1.	Introducción.	65
6.2.	Antecedentes.	65
6.3.	Registros.	66
6.4.	Testimonios.	70
6.5.	Consecuencias de la desactivación del Hospital General de Geriatría Martín Rodríguez.	73
7.	Mirada histórica sobre las Leyes del Sistema de Salud Nacional y de la Municipalidad de Buenos Aires y su influencia en las Unidades de Geriatría de los Hospitales Públicos Municipales.	77
7.1.	Introducción.	77

7.2.	La creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.	77
7.3.	Período 1973-1976. El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)	80
7.4.	Período 1976-1983. Cesanteo, avasallamiento de derechos civiles y gremiales, y el impulso al sector privado.	81
7.5.	1983. El retorno a la democracia.	83
7.5.1.	Ordenanza N° 39.736 de la ciudad de Buenos Aires.	83
7.5.2.	Decreto N° 179/984.	83
7.6.	Seguro Nacional de Salud.	84
7.7.	Ordenanza N° 43.430.	85
7.8.	La década 1990 y la mercantilización de la salud.	90
8.	Resultados del Análisis Documental y Testimonial del Plan Gerontológico Municipal presentado en 1976.	95
8.1.	Introducción.	95
8.2.	Plan Gerontológico Municipal.	95
8.3.	La Unidad de Geriátrica del Hospital José María Ramos Mejía.	97
8.3.1.	Entrevista realizada a enfermero de geriatría.	97
a.	Estructura edilicia.	97
b.	Modalidad de asistencia.	98
c.	Población asistida.	99
d.	Giro cama.	99
e.	Dificultades.	99
8.3.2.	Entrevista realizada a la enfermera de geriatría.	100
a.	Estructura edilicia.	100
b.	Modalidad de asistencia.	100
c.	Población asistida.	101
d.	Giro cama.	101
e.	Dificultades.	102

8.3.3. Entrevista realizada al último Jefe de la Unidad de Geriatría.	102
a. Estructura edilicia.	102
b. Modalidad de asistencia.	103
c. Población Asistida.	103
d. Giro cama.	104
e. Dificultades.	104
8.3.4. Entrevista realizada al Jefe actual de la Unidad de Geriatría Residual.	105
a. Estructura edilicia.	105
b. Modalidad de asistencia.	105
c. Población Asistida.	106
d. Giro cama.	106
e. Dificultades.	106
8.4. Poster.	107
8.5. Testimonios y documentos.	108
9 Exploración acerca de los posibles motivos de la desactivación de la Unidad de Geriatría del Hospital José María Ramos Mejía.	112
9.1 Introducción.	112
9.2 Entrevistado N° 1. Enfermero, varón, 59 años.	113
9.2.1 Apertura de la Unidad.	113
a. Fecha.	113
b. Responsable.	113
c. Estructura edilicia y utillaje.	113
d. Modalidad de asistencia.	113
e. Población Asistida.	115
f. Dificultades.	115
9.2.2 Posibles causas de la desactivación:	116
a. Políticas.	116

b.	Conflicto de Intereses.....	117
c.	Dependencia de la Unidad en el Organigrama.....	118
d.	Sindicales.....	118
e.	Viejismo.....	118
f.	Disputas de poder.....	119
g.	Estigmatización de la Unidad.....	119
h.	Cuestionamiento de la Geriátrica Como especialidad.....	119
9.3	Entrevista N° 2 Enfermera, mujer, 60 años.....	120
9.3.1	Apertura de la unidad.....	120
a.	Fecha.....	120
b.	Responsable.....	120
c.	Estructura edilicia y utillaje.....	120
d.	Modalidad de asistencia:.....	120
e.	Población asistida:.....	121
f.	Dificultades.....	121
9.3.2	Posibles causas de la desactivación.....	121
a.	Políticas.....	121
b.	Conflicto de Intereses.....	122
c.	Dependencia de la Unidad en el organigrama.....	122
d.	Sindicales.....	122
e.	Viejismo.....	122
f.	Disputas de Poder.....	122
g.	Estigmatización de la Unidad.....	122
h.	Cuestionamiento de la Geriátrica cómo especialidad.....	123
9.4	Entrevista N° 3. Magister en Gerontología Social, mujer, 59 años.....	123
9.4.1	Apertura de la unidad:.....	123
a.	Fecha.....	123

b.	Responsable.	123
c.	Estructura edilicia y utillaje.....	123
d.	Modalidad de asistencia.	124
e.	Población asistida.	124
f.	Dificultades.....	124
9.4.2	Posibles causas de la desactivación.	124
a.	Políticas.....	124
b.	Conflicto de Intereses.	124
c.	Dependencia de la Unidad en el organigrama.	125
d.	Sindicales.	125
e.	Viejismo.	125
f.	Disputas de Poder.	125
g.	Estigmatización de la Unidad.	126
h.	Cuestionamiento de la Geriátrica como especialidad.....	126
9.5	Entrevistado N° 4. Médico Geriatra. Varón. 74 años.	126
9.5.1	Apertura de la unidad.....	126
a.	Fecha.	126
b.	Responsable.	127
c.	Estructura edilicia y utillaje.....	127
d.	Modalidad de asistencia.	127
e.	Población asistida.	128
f.	Dificultades.....	128
9.5.2	Posibles causas de la desactivación:	128
a.	Políticas.....	128
b.	Conflicto de Intereses.	129
c.	Dependencia de la Unidad en el Organigrama.....	129
d.	Sindicales.	129

e. Viejismo.	129
f. Disputas de Poder.	130
g. Estigmatización de la Unidad.	130
h. Cuestionamiento de la Geriátrica cómo especialidad.....	130
9.6 Entrevista N°5 Abogado, varón, 49 años.	130
9.6.1 Apertura de la unidad.....	130
a. Fecha.	130
b. Responsable.	130
c. Estructura edilicia y utillaje.....	130
d. Modalidad de asistencia.	130
e. Población asistida.	130
f. Dificultades.....	130
9.6.2 Posibles causas de la desactivación:	131
a. Políticas.....	131
b. Conflicto de Intereses.	131
c. Dependencia de la Unidad en el Organigrama.....	131
d. Sindicales.	132
e. Viejismo.	132
f. Disputas de Poder.	132
g. Estigmatización de la Unidad.	132
h. Cuestionamiento de la Geriátrica cómo especialidad.....	132
9.7 Entrevista N 6 .Médico Geriatra, varón 56 años.....	133
9.7.1 Apertura de la unidad.....	133
a. Fecha.	133
b. Responsable.	133
c. Estructura edilicia y utillaje.....	133
d. Modalidad de asistencia.	133

e. Población asistida.....	134
f. Dificultades.....	134
9.7.2 Posibles causas de la desactivación.....	134
a. Políticas.....	134
b. Conflicto de Intereses.....	134
c. Dependencia de la Unidad en el Organigrama.....	135
d. Sindicales.....	135
e. Vejismo.....	135
f. Disputas de poder.....	135
g. Estigmatización de la Unidad.....	136
h. Cuestionamiento de la Geriátrica como especialidad.....	136
9.8 Entrevista N°7: Kinesiólogo. Varón 65 años.....	136
9.8.1 Apertura de la unidad.....	136
a. Fecha.....	136
b. Responsable.....	136
c. Estructura edilicia y utillaje.....	136
d. Modalidad de asistencia.....	136
e. Población asistida.....	137
f. Dificultades.....	137
9.8.2 Posibles causas de la desactivación:.....	137
a. Políticas.....	137
b. Conflicto de Intereses.....	137
c. Dependencia de la Unidad en el Organigrama.....	137
d. Sindicales.....	137
e. Vejismo.....	137
f. Disputas de poder.....	138
g. Estigmatización de la Unidad.....	138

h.	Cuestionamiento de la Geriatria cómo especialidad.....	138
10	Conceptos en torno a la Geriatria y Gerontología a lo largo de los años en las instituciones de La Municipalidad de Buenos Aires: la forma de "nombrar".	140
10.1	Introducción.....	140
10.2	Nuevos Nombres y Nuevas realidades.....	145
10.3	Sin Nombre Propio.	146
10.4	Pensar a la gerontología desde el contexto actual: demografía y transición epidemiológica.....	150
11	Conclusiones.....	161
11.1	Introducción.....	161
11.2	Atomización de la atención médica.	161
11.3	Políticas sociales fragmentadas.	161
11.4	Inexistencia de una estrategia macro de atención a los Adultos Mayores.	162
11.5	Determinantes históricos que inciden en la identidad organizacional de los Hospitales de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires.....	162
11.6	Leyes y reglamentaciones que determinaron conflictos de intereses al incluir la racionalidad económica como prevalente a la racionalidad estructural del Hospital Público.	162
11.7	Disímiles regímenes laborales que en el ámbito jurídico obstaculizaban la integración de los valores y de la cultura que se pretendía promover.	162
11.8	Heterogéneas clases de contratos y regímenes laborales que dificultaban poder aplicar una gestión de capital humano.	163
11.9	Falta de adaptación a los cambios demográficos que acompañaron la aparición de la transición epidemiológica y por consiguiente la modificación del enfoque en cuanto a las modalidades asistenciales.	163
11.10	Viejismo y estigmatización de la Unidad de Geriatria.	164
11.11	Repercusión negativa al intercambio interdisciplinario.	164
11.12	Desacuerdo con aplicación de nuevas técnicas y tratamientos que acompañaban los modelos de abordaje asistencial a los gerontes.	165
11.13	Falta de reconocimiento de la Geriatria como especialidad.....	165

11.14	Tiempo histórico que no fue acorde con los nuevos valores.	165
11.15	Cambio en los roles que debían asumir los profesionales y especialistas en geriatría. 165	
11.16	Convergencias entre intereses personales, políticos y sindicales.	165
11.17	Reflexión final.	166
12	Anexo.	169
12.1	Introducción.	169
12.2	Infraestructura.	169
12.3	Equipamiento.	170
12.4	Elementos de consumo.	170
12.5	Distribución espacial.	170
12.6	Gestión organizacional.	170
12.6.1	Planeamiento.	170
12.6.2	Gobernabilidad.	171
12.6.3	Toma de decisiones.	171
12.7	Conflictos:	172
12.8	Con respecto a las condiciones de desenvolvimiento del personal.	172
12.9	Génesis y desarrollo institucional.	173
13	Bibliografía.	175
13.1	Disponibilidad y acceso de los documentos en línea	178

Resumen

Dado que la emergencia del nuevo paradigma científico de la complejidad plantea numerosos desafíos y consecuentemente la posibilidad de nuevas formas de organización social, se lo utilizará en el presente estudio exploratorio para intentar comprender el pasado con la intención de habilitar la construcción de un lugar dentro del sistema de salud para los adultos mayores en donde prime la equidad, la justicia, la inclusión, la solidaridad, la eficacia y la efectividad.

Incluir el presente en el marco de la complejidad requiere gestionar la incertidumbre, lo cual exige conceptualizaciones que permitan superar una concepción binaria de los hechos acontecidos y pasar a una de múltiples determinaciones para lograr el objetivo general. Con tal finalidad se investigó un abanico de factores definido por las variables consideradas esenciales para armar un escenario posible que permita el entendimiento de los hechos.

Siendo un estudio exploratorio no se plantearán hipótesis previas ya que sólo se puede arribar a las mismas hacia el final de la investigación. Se entiende que en esa etapa se obtendrá cierta sapiencia de la problemática planteada que permitirá efectuar formulaciones hipotéticas.

Se analizarán como posibles motivos las relaciones de poder que se ejercen en la sociedad y se replican en las organizaciones, la falta de reconocimiento de la gerontología y geriatría como especialidad, la falta de capital humano con la formación adecuada, la dialéctica entre lo instituido y lo instituyente en las organizaciones, los conflictos organizacionales y sus diferentes racionalidades, los conflictos de intereses intrahospitalarios, la vejez como estigma, y el viejismo.

Introducción

1. Introducción.

En este capítulo introductorio brindamos un panorama general del trabajo, proporcionando las expectativas perseguidas, la definición del problema y su relación con los objetivos.

1.1. Expectativas.

Investigar es producir conocimiento. Como en toda investigación científica, el conocimiento es el producto por el cual se pugna, y el método que se sigue el camino para alcanzarlo. Aunque no existe un único camino (método) que conduzca al conocimiento, y el elegido definitivamente ha conducido al destino deseado. No faltó la componente de pasión presente en todo investigador que ofició como combustible.

Tesis significa toma posición. Como se verá a lo largo de este escrito, al hacer esta tesis se ha logrado sostener una posición respecto a una cuestión particular en una determinada área de conocimiento.

En una investigación científica el método es el camino. En general, encontrar un método adecuado no garantiza que se encontrarán los resultados esperados (afortunadamente, se lo ha podido hacer), pero sí que se los está buscando de la mejor forma posible. La teoría es la luz que ilumina nuestro camino (método). Hemos integrado la teoría con los datos obtenidos a través de un método.

De esta tesis debería esperarse una respuesta a una dada pregunta de investigación (el problema) concreta y acotada, lograda a través de la sistematización, del procesamiento de información, de la realización de una experiencia con instrumentos diseñados para la ocasión, de un abordaje metodológico, y de la extracción de conclusiones.

1.2. El problema.

Sin problema no hay tesis. Así como investigar es producir conocimiento, también es resolver problemas. Un problema consta de al menos tres componentes: la situación de partida o situación original, la situación de llegada o situación objetivo, y las reglas para pasar de la situación de partida a la de llegada. La situación de partida describe las condiciones en el origen del problema. La situación de llegada describe las condiciones en las cuales el problema estaría resuelto. Las reglas describen las restricciones y procedimientos que deben considerarse en la transición de la situación de partida a la situación de llegada.

Definir el tema es empezar a concebir una investigación. Para comenzar a entender el problema, enunciarlo y representarlo, primero se debe decidir qué información es crucial y cuál es irrelevante en relación al problema.

1.3. Criterios para la selección del tema.

El primer recorte de la realidad que debe hacerse al formular un problema es la selección del tema de la investigación a realizar, y esto amerita una advertencia severa: debe tratarse de no elegir temas tan generales que resulten inabordables.

En investigación existen sesgos disciplinarios, y es importante verificar que se haya comprendido bien el tema. Con frecuencia se transitan áreas de conocimiento fronterizas, y ello puede inducir a privilegiar siempre una mirada desde un campo de conocimiento.

Aunque a primera vista pueden confundirse, existe una diferencia fundamental entre tema y problema. El tema es el asunto del cual proviene la cuestión a ser investigada. Un tema puede suscitar varios problemas. El tema es el terreno en donde brotan los problemas. El tema posee un carácter más general y es más inclusivo que el problema. Es preciso no confundir el tema con el problema.

1.4. La formulación del problema.

La pregunta o preguntas que se formula el investigador y que intenta responder a través de su trabajo de investigación es lo que entenderemos por problema. Hacer ciencia es buscar la pregunta adecuada. Las conclusiones de esta tesis brindarán las respuestas al problema (las preguntas) formulado.

La formulación de un problema supone interrogantes aun sin respuesta, pero que se pretenden resolver a través de la investigación. Una cuestión no resuelta puede estar referida a una laguna epistemológica o metodológica percibida, a alguna duda en cuanto a la sustentación de una afirmación generalmente aceptada, a una necesidad de poner a prueba una suposición, a ciertos intereses prácticos, o al deseo de poner a prueba una hipótesis teórica. La formulación del problema fue un aspecto estratégico en el diseño de esta tesis.

1.5. Resolución del problema.

Uno de los requisitos a satisfacer para la resolución del problema de investigación fue definirlo. Para ello, se debió dar respuesta a las siguientes cuestiones primordiales:

) ¿Cuál es el tema? Las Unidades de Geriatría.

- J) ¿Cuál es el problema? ¿Cuáles fueron las causas que influyeron en el proceso de implementación de las Unidades de Geriatría en los Hospitales Generales de la Ciudad de Buenos Aires, tomando como caso la Unidad de Geriatría del Hospital Ramos Mejía?
- J) ¿Cuál es nuestra situación inicial? Información histórica acerca de los Hospitales Públicos y del Plan Gerontológico para la Municipalidad de Buenos Aires, una reseña de la geriatría, el conjunto de Leyes del Sistema de Salud Nacional y de la Ciudad de Buenos Aires, y la posibilidad de realizar entrevistas a actores sociales.
- J) ¿Cuál es nuestra situación objetivo principal? Realizar un análisis documental y testimonial Plan Gerontológico Municipal presentado en 1976, determinar los aspectos legales de influencia en las Unidades de Geriatría de los Hospitales Públicos Municipales, e identificar los motivos de la desactivación de la Unidad de Geriatría del Hospital Ramos Mejía.

Esta tesis es una investigación que involucra aspectos formales, y por tanto el problema del que se ocupa deberá tener respuestas formales. La parte de la tesis en la que se brindarán respuestas concretas y formales al problema de investigación son los capítulos 10, 11 y 12.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo general.

El objetivo general de este trabajo es realizar la exploración histórica del Plan Gerontológico para los Hospitales de la Municipalidad de Buenos Aires tomando el período 1978 - 1991 para indagar sobre las posibles causas que influyeron en el proceso de implementación de las Unidades de Geriatría en los Hospitales Generales de la Ciudad de Buenos Aires, focalizando en la Unidad de Geriatría del Hospital Ramos Mejía.

1.6.2. Objetivos específicos.

Se detallan a continuación los objetivos específicos:

- J) Describir y reseñar históricamente las características de los Hospitales Públicos Argentinos.
- J) Especificar el nacimiento y evolución de la geriatría como especialidad.
- J) Ubicar en el contexto histórico el Plan Gerontológico Municipal y la creación de las Unidades de Geriatría en los Hospitales dependientes de la Municipalidad de Buenos Aires.

- J Puntualizar el paradigma de asistencia a los adultos mayores que sustentó el Plan Gerontológico Municipal centrado en la Unidad de Geriátría del Hospital Ramos Mejía.
- J Explorar ideas, creencias y experiencias desde el punto de vista de los actores clave que participaron en la Unidades.
- J Inferir las posibles causas que influyeron en la desactivación de la Unidad de Geriátría del Hospital Ramos Mejía.

Para establecer el tipo de diseño de investigación en función de los objetivos propuestos fue conveniente pensar en el tipo de conclusiones a arribar. La clasificación de proyectos de investigación de acuerdo a sus fines se basa en el nivel de los objetivos formulados. Según los objetivos, esta tesis se enmarca en un diseño de investigación exploratorio, metodológico (pues se utiliza un instrumento de recolección de información, involucrando los caminos, formas, maneras, y procedimientos para atender sus fines), descriptiva y cualitativa.

1.7. Organización del texto.

El trabajo se estructura en doce capítulos principales. Se dispone además de un anexo, y una sección de bibliografía.

En el primer capítulo se presenta la introducción general a la temática y se detallan los objetivos principales y específicos.

En el Capítulo 2 se introduce el problema a abordar junto con los elementos para una revisión histórica del Plan Gerontológico para la Municipalidad de Buenos Aires para luego, en el Capítulo 3 ofrecer el marco teórico que lo circunscribe y la metodología y estrategias para el análisis histórico.

Posteriormente, se realiza una reseña histórica tanto de los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires (Capítulo 4) como de la geriatría (Capítulo 5).

En el Capítulo 6 se revisan los antecedentes del Plan Gerontológico Municipal para la Ciudad de Buenos Aires en relación al Hospital General de Geriátría Martín Rodríguez.

El Capítulo 7 refleja una mirada histórica sobre las Leyes del Sistema de Salud Nacional y de la Ciudad de Buenos Aires, junto a su influencia en las Unidades de Geriátría de los Hospitales Públicos Municipales.

Los resultados del análisis documental y testimonial del Plan Gerontológico Municipal presentado en 1976 se muestran en el Capítulo 8, incluyendo entrevistas a una enfermera de

geriatria, al jefe actual y al jefe inmediato anterior de la Unidad de Geriatria del Hospital Ramos Mejia.

En el Capitulo 9 se exploran los posibles motivos de la desactivacion de la Unidad de Geriatria del Hospital Ramos Mejia en base a entrevistas realizadas a diversos actores sociales y al analisis de los factores derivados de ellas.

El perfil de la atencion geriátrica de los servicios dependientes de la Municipalidad de Buenos Aires es descrito en el Capitulo 10.

Finalmente, el Capitulo 11 es consagrado a las conclusiones.

El Anexo presenta una guía para el analisis organizacional historico bajo el modelo multidimensional de analisis organizacional.

Problema de investigación.

2. Problema de investigación.

2.1. Introducción.

En este capítulo se ofrecen los elementos que posibilitarán adquirir una visión histórica de la evolución del Plan Gerontológico de la Municipalidad de Buenos Aires, la cual definirá las preguntas de investigación.

2.2. Elementos para una revisión histórica del Plan Gerontológico de la Municipalidad de Buenos Aires.

En 1915 la Municipalidad de Buenos Aires (hoy Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires) le adquiere al ²Emilio Agrelo un parque arbolado de 44 hectáreas ubicado en la calle Ventura Alegre 799, Ituzaingó, Provincia de Buenos Aires. En el año 1927 sería inaugurada allí la Colonia de Ancianos de Ituzaingó, la cual llegaría a albergar a más de 1400 pacientes. El médico y destacado vecino Idélico Gelpi sería designado por primera vez como director de la Colonia en 1947.

Aproximadamente en 1963, por gestión de Idélico Gelpi, se crean partidas de médicos especialistas en geriatría para la Municipalidad de Buenos Aires y se activa el Hospital de Geriatría General Martín Rodríguez, ubicado geográficamente en el predio ocupado anteriormente por la Colonia de Ancianos.

Por decisión de ³Oswaldo Cacciatore, el Hospital General Martín Rodríguez que dependía de su administración se desactivó compulsivamente en 1977 con el consecuente traslado de los médicos nombrados en la Municipalidad de Buenos Aires a distintos destinos. El Hospital General Martín Rodríguez había funcionado como tal solamente entre los años 1963 y 1977.

Ángel Papeschi, que en ese momento ejercía la Dirección del Hospital Martín Rodríguez, fue trasladado con parte de su equipo al Hospital General de Agudos Juan A. Fernández.

La trayectoria de Ángel Papeschi dentro de la geriatría fue relevante. Fue elegido Presidente de la Sociedad Argentina de Geriatría y Gerontología para el Período 1971/1972. A continuación una foto tomada el día de su designación.

² De profesión ingeniero.

³ Oswaldo Andrés Cacciatore, (Buenos Aires 1924 - Buenos Aires, 2007) fue Intendente de facto de la ciudad de Buenos Aires, desde el 21 de abril de 1976 hasta 31 de marzo de 1982. Alcanzó el grado militar de brigadier y fue piloto uno de los aviones de la Fuerza Aérea Argentina que participaron del Bombardeo de la Plaza de Mayo, el 16 de junio de 1955, que causó más de 300 muertos.



Figura 2-1: Registro fotográfico del día de la designación de Angel Papeschi como presidente de la Sociedad Argentina de Geriátrica y Gerontología para el Periodo 1971/1972. En el centro de pie Angel Papeschi, a su lado a la izquierda el Doctor Curuchet, atrás a la izquierda el doctor Roberto Barca, sentados de derecha a izquierda el Doc. Alejandro Ascitutto, la señora del Doctor Curuchet, la doctora Nora Fioravanti, el Doctor Vicente Tedeschi y el doctor Chalita.

En la década de 1970 fue convocado para crear un Plan Gerontológico para el Municipio de la Ciudad de Buenos Aires, para lo cual adaptó el modelo inglés de Asistencia Geriátrica a nuestra idiosincrasia y presentó la creación de un servicio de Geriátrica en cada Hospital Municipal teniendo en cuenta el cambio demográfico que se estaba iniciando. La implementación de dichas unidades fue muy dificultosa, incluso algunas no pudieron activarse. En 1976, Papeschi presenta el Plan Gerontológico Municipal que se activa durante 1978.

En el año 1979 Angel Papeschi junto a su equipo creó un servicio en donde existía un plan racional de intervenciones y un posterior seguimiento en domicilio de todos los pacientes Adultos Mayores que acudían al Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía, perteneciente al Municipio de Buenos Aires. Dicho Servicio, que tenía un lugar de internación acondicionado a las necesidades de la atención geriátrica, fue desafectado de sus funciones de hecho en 1989 para ser ocupado por el servicio de Pediatría. En 1991 se comunicó legalmente que la Unidad de Geriátrica no tendría más camas asignadas.

Una de las particularidades de dicho servicio consistía en que además de asistencia, se brindaba formación e investigación en geriatría. En su seno se realizó el primer curso de asistentes domiciliarios para adultos mayores, y todos los años se dictaba un curso multidisciplinario a través del cual se realizaba un intercambio con la comunidad, conformándose un equipo de

trabajo interdisciplinario que incluía a médicos geriatras, enfermeras, cuidadoras, asistentes sociales, psicólogos, kinesiólogos y nutricionistas. Este modelo fue pionero y ejemplo seguido en el mundo por la atención que brindaba a pacientes adultos mayores en Hospitales de Agudos y formó gran cantidad de recursos gerontológicos.

En su creación, el servicio contaba con un pabellón arquitectónicamente adecuado para la atención de adultos mayores internados (17 camas) y un consultorio externo para pacientes ambulatorios.

Con el transcurrir del tiempo, la Unidad creada por Papeschi desemboca en su actual carencia de internación, la exigua dotación de un jefe y una médica de planta en funciones en un área poblacional compuesta por miles de habitantes entre las cuales el 24,07 % son personas mayores de 60 años.

Dada esta situación, se indagará sobre las posibles causas de desactivación y sobre la falta de reemplazo por otro tipo de dispositivo dada la demanda de asistencia de la población envejecida de la zona.

Se tomará como referencia y como planteamiento del problema las palabras de una de las profesionales que participó y participa aún de los hechos a analizar, citadas en un documento presentado en las XXV Jornadas Multidisciplinarias del "Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía" Jornadas del Plata, "Lo hecho y por Hacer", La Atención del Adulto Mayor en un Hospital Público del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, de fecha 4 ,5 ,6 de noviembre de 2008 cuyos autores son Ana Ma. Bou Pérez y otros. Se transcribe a continuación la mención que figura en pág. 50 del citado documento:

"Alrededor de los años 1988-1990 debido a desinteligencias y opiniones controvertidas entre el jefe que se encontraba enfermo y uno de los médicos de planta, ayudado por una política interna del hospital a favor de la internación indiferenciada, el área edilicia queda desafectada como unidad de Geriatría , pasando a ser ocupada irónicamente por la internación pediátrica" .

2.3. Preguntas de investigación.

Del análisis de los elementos mencionados en la revisión histórica Plan Gerontológico para la municipalidad de Buenos Aires, surgen las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuáles son las posibles causas que condicionaron el desarrollo y la continuidad de las Unidades de Geriatría del Plan Gerontológico Municipal de la Ciudad de Buenos Aires?
2. ¿Qué circunstancias históricas podrían contextualizar este análisis?

3. ¿Cuáles fueron las circunstancias particulares en el caso del Servicio de Geriatría del Hospital José María Ramos Mejía?

Las respuestas a estas preguntas permitirán orientar la solución al problema de investigación planteado, dando lugar a la consecución de los objetivos detallados (Sección 1.6).

Marco Teórico

3. Marco Teórico.

3.1. Introducción.

El marco teórico tiene por objetivo presentar los estudios realizados sobre el tema, o específicamente el problema, y tiene como función ejercer una perspectiva de contextualización. El marco teórico sirve para que los autores y los lectores, cada uno a su tiempo, sepan que el tema ya existe y que tiene una historicidad en su tratamiento y análisis. El marco teórico debe darle consistencia a la investigación ofreciendo claridad para la comprensión del problema, la formulación de hipótesis o suposiciones, la identificación de procedimientos, y la recolección y tratamiento de información.

El marco teórico presentado a continuación funciona como una memoria que proporciona un conjunto de conceptos, variables e hipótesis a la cual se debe recurrir para dar sentido comprensivo a los hechos que se pretenden estudiar. Así mismo, se detalla la metodología y estrategia para el análisis histórico.

3.2. Lo normativo.

Las ideas de Foucault (1973) articulan de forma diferente guerra, disciplina y escuela utilizándolas como instrumentos para analizar hechos dentro de las instituciones centrando la mirada en las relaciones de poder al descifrar "los sentidos" en determinados acontecimientos.

Entendiendo a la guerra como un instrumento de la política en la que los contendientes hablan en sus proyectos de una visión del mundo, se puede afirmar que el enfrentamiento no es sólo de fuerzas, sino que se muestran en la contienda dos mundos opuestos además de dos formas de entender el momento político. Por lo tanto, se puede plantear que las relaciones de poder construidas en la guerra entre unitarios y federales generan nuevos sujetos, sentando los cimientos de nuevas configuraciones que abarcarán a toda la sociedad.

Se crearon a principios del siglo XX escuelas, universidades, hospitales, fábricas cárceles, atravesados por la normativa relacionada con el control y la tutela. Dicha normativa atravesó también el proceso de conocimiento de la realidad, asignándose a lo institucional un molde que aún hoy permanece.

3.3. El Positivismo.

Para analizar el positivismo argentino y su influencia en la creación de dispositivos de intervención social se referenciará la investigación realizada por Carballeda (2004), que da

cuenta de la ideología que sustentó la creación de la asistencia pública y la permanencia del discurso médico hegemónico en las instituciones de salud pública.

La historia de los hospitales muestra una movilidad poco observable desde una mirada generacional, pero las estructuras no han quedado inamovibles, y se puede deducir que el grueso de las relaciones intersubjetivas tiene que ver con una interacción entre el poder y el sistema.

3.4. Lo Organizacional.

Se utilizará la teoría de las organizaciones, especialmente en el diagnóstico de procesos desarrollado por Schvarstein (1998) y del mismo autor la articulación de los conceptos de institución, organización, grupo e individuo.

De la psicología organizacional se tomará a Schvarstein (1992) para analizar la dialéctica necesidad – satisfacción y el carácter vincular del conflicto en donde lo estructural y vincular toman la categoría de fondo y figura.

Este autor sostiene que existe una articulación de lo comunitario que contiene lo grupal en donde se encuentra incluido lo individual. Dicha interacción los determina y dicha determinación se encuentra influida por el factor situacional.

El factor situacional es entendido como las características de tiempo y espacio en que se presenta la dialéctica que precede a los cambios sociales.

Para comprender los sucesos organizacionales, el abordaje se realizará analizando los diferentes núcleos temáticos.

Si se analiza el núcleo "vínculo", el mismo se debe discernir en el marco de las relaciones de poder que se ejercen en las organizaciones.

Si se toma como eje la dialéctica necesidad – satisfacción, se hace necesario considerar los diferentes tipos de necesidad que los sujetos satisfacen en las organizaciones.

El núcleo "Conflicto" es pensado como emergente de la confrontación de racionalidades diferentes de la organización.

⁴ "La institución salud define roles institucionales, médico y paciente en este caso. Pero además prescribe modos instituidos de su desempeño, colocando un médico "que sabe" frente a un

⁴ Schvarstein Leonardo, Psicología social de las organizaciones, Paidós, México 1992, pág.26

paciente “que viene a que lo curen”, mediatizados por un tratamiento administrado, en general, a un sujeto pasivo.

Más aún, esta institución avanza sobre el aspecto económico de la relación al determinar qué se paga, a quién se paga, cómo y cuándo se paga.”

Tratando de entender la dinámica del cambio social, se tomará el concepto de Instituido como todo lo que está establecido, es decir, normas, valores y roles que conforman el orden social. Se considerará como Instituyente a la fuerza que se constituye como protesta, o como negación de lo instituido.

No todos los médicos ocupan el lugar del saber hegemónico ni todos los pacientes actúan como si su cuerpo fuera un objeto que no les perteneciera, pero los cambios sociales surgen de la dialéctica establecida por la confrontación instituido-instituyente. Por el sólo hecho de su consolidación, lo instituido convoca a su instituyente. Por lo tanto, de acuerdo a Schvarstein (1998) las instituciones son abstracciones y las organizaciones son las que mediatizan el vínculo entre las instituciones y los sujetos.

El Hospital no sólo materializa los principios de la Institución Salud sino que en el Hospital se centran otras instituciones tales como trabajo, religión, tiempo libre, justicia, vejez, valores, leyes que determinan el intercambio social, historia y creencias.

Si se analiza la Institución Hospital se observa que se encuentra atravesada por muchas instituciones que la determinan verticalmente e influyen sobre las interacciones sociales que allí se establecen.

Schvarstein (1998) subraya el carácter de “construcción social” de las organizaciones. Fundamenta dicha postura en la imposibilidad fáctica de aprehensión directa de su totalidad, la supremacía de categorías preceptuales y la vigencia de valores sobre los cuales se construye esa realidad. En una organización productiva se privilegiarán los valores económicos, en una organización religiosa los morales. Se incluye el concepto Precepto, definido como código de reconocimiento, categorías conceptuales que garantizan el orden de la sociedad.

De acuerdo Schvarstein (1998), una organización es un conjunto de preceptos, una estructura de imágenes perceptivas. Hay que tener en cuenta la distinción entre lo real y la realidad.

La organización resulta ser la puesta en escena de un orden simbólico, la interacción de los sujetos que la componen está determinada por los significados que otorgan a lo que allí sucede y dichas interpretaciones surgen de acuerdo a las categorías preceptuales que el ordenamiento simbólico instituye.

Schvarstein (1998) caracteriza la relación institución organización en el párrafo siguiente:

⁵ “Es decir que las instituciones atraviesan las organizaciones y los grupos. Es este atravesamiento institucional el que permite comprender cómo determinados modos de hacer y de pensar se producen y reproducen en una sociedad.”

El atravesamiento implica que no existan barreras entre las instituciones y las organizaciones. La verticalidad, por el contrario, determina límites y condiciona la posibilidad de la organización de darse sus normas y de poseer autonomía.

Refiriéndose a una organización geriátrica Schvarstein (1992) menciona:

⁶“Sea público o privado, no podrá “liberarse” del atravesamiento económico, de todos modos en que el dinero circula dentro y fuera de él, ya porque dependa de partidas que envía el Estado, o porque en la lógica del lucro se altere la prestación del servicio en beneficio de un rédito económico mayor. El atravesamiento económico, las diferentes lógicas del lucro alterarán las prestaciones del servicio en la búsqueda de un mayor rédito económico.

No podrá liberarse de atravesamientos ideológicos que determinarán las formas de intercambio entre “prestadores ” y “usuarios” (en general , la familia) ya que ambos han construido aprestamiento social mediante, representaciones sobre el lugar del “viejo” en la sociedad, sobre las relaciones intergeneracionales y sobre el lugar que ocupa una organización geriátrica en el sistema.”

La transversalidad es el resultado de la existencia de un orden horizontal en las organizaciones. Algunas organizaciones construyen una identidad singular que las diferencia hasta el punto de constituirse en organizaciones sujeto en contraposición a las organizaciones objeto cuyo orden interno se encuentra determinado por la verticalidad de los atravesamientos institucionales.

Lo que diferencia a un grupo sujeto es su capacidad instituyente, la oportunidad de modificar y ser modificado por la organización a la que pertenece.

Analizar la motivación que lleva a sus componentes a pertenecer al grupo sujeto es relevante ya que si la dupla necesidad-satisfacción es el sostén del vínculo, el nivel en que los sujetos se sientan satisfechos sostendrá la construcción de la pertenencia grupal.

Un grupo sujeto posee tendencia a la autonomía, condiciona la relación de la satisfacción de la coherencia interna, es enunciador y autoconstructivo. Otra de sus características es que tiene

⁵ Schvarstein Leonardo, Psicología social de las organizaciones, Paidós, México 1992,pag.30

⁶ Schvarstein Leonardo, Psicología social de las organizaciones, Paidós, México 1992,pag.30

tendencia a la integración, prioriza la pertenencia por su propia convicción, es abierto y en los procesos de comunicación realiza intercambios de discursos.

Los paradigmas que subyacen en la psicología social de las organizaciones son dos:

- J Paradigma de la verticalidad (en el cual los grupos sólo pueden procesarse dentro del marco normativo impuesto)
- J Paradigma de la horizontalidad (en el que se establece la causalidad de las partes hacia el todo)

Ambos paradigmas establecen causalidades de tipo lineal. Lo que se debe entender es que si el paradigma subyacente es vertical, se sancionará la autonomía de los grupos. Si se sostiene el paradigma horizontal a través de la integración, tal actitud será tomada como debilidad.

Con respecto a los conflictos organizacionales, Schvarstein (1992) ratifica la dialéctica de lo instituido - instituyente y lo presenta como una confrontación de racionalidades diferentes provenientes del dominio de los propósitos, sintetizado como la lógica del poder que marca las relaciones entre los participantes.

Reconocer una racionalidad dominante dentro de la organización y un escalafón de valores que la sostiene, es un requisito indispensable para abordar el conflicto. En el caso en que el conflicto sea de carácter ético, se está tocando la esencia misma de la organización.

Schvarstein (1992) menciona distintos tipos de racionalidades subyacentes en los conflictos organizacionales, a los cuales define como la lógica del dominio de los propósitos:

- J Racionalidad política: En la cual la lucha por el poder y el deseo de reconocimiento se convierte en la razón de ser de los miembros.
- J Racionalidad afectiva: Dada por la capacidad para la integración de los afectos y su disociación con respecto a la tarea.
- J Racionalidad técnica: Prioriza los modos tecnológicos de producción en las relaciones de los participantes.
- J Racionalidad económica: Privilegia las condiciones materiales de la existencia.
- J Racionalidad ideológica: Concepción de la realidad y de la misión que la organización ocupa en ella.
- J Racionalidad estructural: Sustentabilidad de los principios necesarios para lograr eficacia en la acción.

Estas racionalidades no se presentan de manera pura, pero es necesario para el analista organizacional determinar cuál es la prevalente.

El concepto de situación es relevante, puesto que es una competencia social organizacional que se entiende como el conocimiento por parte de sus miembros del lenguaje, situaciones expresivas, límites, distinción entre una orden y una solicitud, y respeto de los acuerdos. Dichos saberes son relativos a la situación y se encuentran establecidos mediante los mecanismos de asunción y adjudicación de roles.

El rol de los individuos en las organizaciones puede definirse como una pauta de conducta estable, que se constituye dentro de reglas persistentes que determinan la interacción entre las distintas funciones. En el rol se distingue función y status, dado que la función se refiere al "para qué" mientras que el status puntualiza la ubicación relativa en una estructura. Los roles son otorgados por personas a otras personas y determinados por la estructura organizacional.

El rol es una estrategia organizacional para afrontar situaciones que se repiten y que necesitan respuestas permanentes para lograr su fin. Se debe distinguir entre el rol que posee un carácter estable y el desempeño que se caracteriza por ser flexible y dinámico.

Las cambiantes demandas para lograr la estabilidad exige estilos en el inter-juego individuo – organización, y por lo tanto la organización debe hacer cumplir los roles prescriptos sin inhibir la autonomía de sus miembros y el sujeto debe lograr adecuarse a las exigencias de la organización sin perder dicha autonomía.

Schvarstein (1998) presenta un nuevo concepto: Las diadas institucionales.

En las mismas el atravesamiento institucional señala la asimetría de los roles desempeñados, por ejemplo viejo-geriatra, en donde la trama reconoce tantas variantes como organizaciones en las que transcurre.

El hilo de la trama es el poder. La socialización genera en los sujetos la competencia adecuada para el desempeño de cada uno de los roles. El geriatra es tan geriatra cuando atiende a un paciente como paciente cuando es atendido. Los diferentes vínculos que se van gestando producen un verdadero desplazamiento institucional que puede constituirse en un signo para analizar la evaluación diagnóstica.

La actividad instituyente dentro de un hospital público concierne al Estado, a las clases dominantes, a los grupos sociales, a los agentes, al personal médico y no médico, a los sindicatos, y a los usuarios, lo cual implica considerar a los sujetos no como sujetos pasivos, sino como sujetos en conflicto y por lo tanto con un margen de capacidad instituyente que puede ser "significado".

Las características estructurales de las instituciones son diversas, pero es posible que determinadas condiciones permitan una gestión que habilite develar la estructura de la contradicción para ser analizada y lograr mediante dicho análisis modificar las relaciones que los sujetos sostienen con la institución, recuperando el margen de autonomía.

Si se refiere al orden instituido de lo "político", el mismo no se superpone de forma automática con las instituciones, ya que las mismas siempre conservan un margen de autonomía respecto al poder político. No siempre el hospital es un reflejo del mismo. Para su comprensión se hace necesario analizar su especificidad y su dinámica instituyente-instituido.

Habitualmente las instituciones de servicios públicos, y en especial los hospitales públicos, han empleado aproximaciones basadas en los derechos laborales y el poder para afrontar los conflictos. Dada la ausencia de empleo de sistemas de resolución alternativa de conflicto mediante procedimientos extrajudiciales y la falta de gestión adecuada, se presentan consecuentemente excesivos costos de recursos humanos y un deterioro en el cumplimiento de los objetivos de la institución de salud.

Desde una perspectiva general observando la dinámica de las instituciones hospitalarias, se puede afirmar que es habitual que se ejerza el poder a través de diversos métodos de influencia para conseguir conductas que adscriban a las personas que trabajan a los parámetros deseados. Dicho proceso es conocido como "socialización o inducción laboral".

Un cierto nivel de conflicto derivado de la adopción de nuevos roles, del ejercicio del mando y de divergencia de intereses es inherente a las relaciones que se establecen entre los profesionales y no profesionales de la institución hospitalaria.

Suelen presentarse conductas hostiles o intimidatorias que se practican hacia un equipo desde una posición de pares o jerárquica, generando una subordinación de hecho.

⁷Dicha conducta hostil es reiterada o persistente en el tiempo llegando a adoptar métodos de influencia muy diversos, que van desde la infravaloración de las capacidades profesionales, el desborde de trabajo por falta de apoyo, las agresiones, la ocultación de información, la difamación, el trato vejatorio, con la finalidad de adscribir la conducta del equipo a los intereses del poder que se ejerce coincidente con las autoridades del momento.

⁷ Michel Foucault hace la diferencia entre locura y normalidad en estos términos "Donde uno hace una experiencia contra la historia el otro hace una experiencia de la contradicción".

Dentro del sistema de salud, los servicios médicos tradicionales han persistido en algunas posturas, lo cual no ha permitido que la atención geriátrica y gerontológica sea complementada por alternativas de atención especializada e interdisciplinaria.

El modelo de asistencia geriátrica y gerontológica articula lo extrainstitucional y se encuentra integrado por programas sociosanitarios, preventivos, asistenciales y de rehabilitación, logrando desde la gestión de los mismos disminuir los tiempos de internación y evitar la pérdida de autonomía de los adultos mayores tratados.

Retomando este planteamiento, se ve que lo instituyente ha ido evidenciando que las instituciones y lo instituido no tienen la misma lógica. Aunque pertenezcan a una lógica general, sus elementos no tienen la misma correlación.

3.5. El poder.

Michel Foucault (1963) relaciona al pensamiento médico hegemónico y al poder que se ejerce dentro de las instituciones de servicios asistenciales con la forma economicista del poder y con el poder atribuido al soberano como un derecho legítimo que luego puede ejercer sobre los sujetos como forma de contrato.

En relación a la idea jurídica del poder, Foucault considera tres palabras claves: el derecho, la ley y la jurisprudencia.

Foucault (1963) también hace referencia a lo que llama forma disciplinaria del poder, que es sobre todo antisoberana y antijudicial y constituye una forma de control que ejerce la fuerza normalizando y creando las condiciones de vigilancia para imponer la docilidad de los sujetos. Esta es una forma de poder vago y no actúa sobre los individuos, sino que determina un horizonte de acción. No disciplina, sino que normaliza. No funciona basada en reglas jurídicas o derechos, sino en normas y estándares que aluden a una tecnología social.

La forma disciplinaria de poder surge con el desarrollo de las ciencias humanas y en particular con el de las ciencias de la normalización. De tal modo, este poder no está centralizado, sino que es difuso y no es propiedad exclusiva de alguien, sino anónimo. Tampoco se ejerce, sino que se transmite y se vive.

El Estado debe ocuparse de sus sujetos, y así comienza la síntesis de la noción medieval del poder legislativo avalado por la divinidad con la noción judeocristiana del poder pastoral. Es esta fusión la que eventualmente da origen al biopoder, un poder que se individualiza por la disciplina, pero que también masifica, generaliza y normaliza haciendo de un pueblo una población. Esta nueva forma de poder político se acompaña con el desarrollo de nuevas

instituciones, como la policía, los manicomios, hospitales, sanatorios y nuevas ciencias, como la *Polizeiwissenschaft*, la salud social, la psiquiatría y otros.

El poder burgués es un poder legítimo porque está fundado en el uso del poder de acuerdo con los alcances del poder estatal, y porque delega a las ciencias normalizadas la atención de la población. El poder burgués es legítimo porque es racional, científico y auto-reprimido. Y quizá en ese sentido radica su mayor artificio, pues en nombre de su auto-limitación, enmascara cuán cuidadosamente penetra en cada dimensión de la vida social.

Como la racionalidad política del Estado moderno se desarrolla y aumenta en intensidad, a medida que aumenta sus pretensiones al poder, un pueblo se convierte en una nación, en una población, y en un fenómeno biológico que debe ser atendido por todas las ciencias al servicio del estado.

Los efectos producidos por cierta forma de organización del cuerpo social, de su estudio, de su legislación, de la atención, de asegurar que se atienda su salud y su protección en las maneras más cuidadosas y completas posibles, conducen a una confrontación de fuerzas, cuyos estancamientos momentáneos, confrontaciones, subyugaciones y dispersión se resumen en el nombre del poder. Y tal poder es el poder sobre la vida. La racionalidad política del Estado moderno es sobre todo una racionalidad basada en la forma en que atiende a la vida de la población. El poder del Estado biopolítico es una regulación de la vida, una inclinación, así como la educación y la administración de lo viviente.

3.6. La micro-sociología.

Posteriormente se utilizarán las nociones de Goffman (1991), quien se interroga sobre las formas que adoptan las interacciones, las reglas a las que responden, los roles que cumplen los actantes implicados, y el «orden» específico que ellas constituyen.

Goffman (1991) presenta como objetivo analizar la interacción cara a cara, la micro sociología, que estructura un orden social al cual puede denominarse orden de interacción. Otros investigadores analizan este orden de interacción no como objetivo central, sino a través de una observación que denominan “desde arriba” cuando estudian las interacciones en cuanto que éstas ilustran el funcionamiento de una organización o muestran cómo se relacionan, por ejemplo, personas que pertenecen a clases sociales diferentes. Por el contrario, utilizan la denominación “desde abajo” cuando se tratan de comprender las interacciones a partir de los intereses y móviles de los actantes presentes o, incluso, en función de las representaciones que dichos actantes tienen de los otros en la interacción.

Goffman (1970) hace prestar atención al «medio» en el que se mueven los actuantes, a la «máscara» que llevan puesta, y al «rol» que desempeñan, presentando las interacciones como representaciones teatrales de forma que con estos elementos, los actuantes traten de controlar las impresiones de su público.

Goffman (1970) considera que todos nuestros actos en interacción constituyen ritos que manifiestan, bajo una forma convencional, el valor sagrado que es propio de cada individuo. Considera a las interacciones como juegos en los cuales los actuantes se comportan como estrategias o como seres calculadores y que manipulan información para lograr sus fines.

La información social se refiere a las características cuasi permanentes, contrapuestas a los sentimientos, estados de ánimo e intenciones, que el individuo puede tener en sus interacciones cara a cara. Dentro de la misma, se pueden reconocer signos que se denominan "símbolos". Estos símbolos pueden afianzar la imagen que se tenía del individuo o por el contrario pueden constituir un reclamo de prestigio y honor, en cuyo caso se denominará "símbolo de status" o de prestigio.

Cuando un símbolo no indique status o posición, sino que llame la atención sobre una degradante identidad que disminuye la valorización del individuo, se los denomina "símbolos de estigma".

Existen los desidentificadores que tienden a quebrar una imagen en una dirección positiva deseada por el actor, y que no busca otra cosa que formular un nuevo reclamo para suscitar profundas dudas sobre su identidad real.

Hay que distinguir la visibilidad de un estigma de su conocimiento. Cuando un individuo posee un estigma muy visible, el simple contacto con los demás dará a conocer dicho estigma. Pero el conocimiento que los demás tienen de él dependerá de otro factor además de la visibilidad corriente: que conozcan o no al estigmatizado.

Cuando un estigma es inmediatamente perceptible sigue en pie el problema de determinar hasta qué punto interfiere con el fluir de la interacción. Es necesario separar la visibilidad de un estigma de ciertas posibilidades de lo que podría denominarse su "foco de percepción".

Antes de hablar del grado de visibilidad hay que especificar la capacidad decodificadora del entorno. También es conveniente señalar cómo un determinado sector o entorno social puede verse acostumbrado a un cierto estigma por la proximidad que le tienen.

Goffman (1991) habla de la ambivalencia en la cual el individuo estigmatizado adquiere estándares de identidad que aplica a sí mismo, a pesar de no poder adaptarse a ellos, haciendo inevitable que sienta cierta ambivalencia respecto de su yo.

El individuo estigmatizado presenta una tendencia a estratificar a sus pares según el grado en que sus estigmas se manifiestan y se imponen, pudiendo entonces adoptar con aquellos cuyo estigma es más visible que el suyo las mismas actitudes que los normales asumen con él.

El individuo estigmatizado, mantenga o no una estrecha alianza con sus iguales, puede revelar una ambivalencia de la identidad cuando visualiza a los suyos comportarse de manera estereotipada, o poner de manifiesto en forma extravagante o lastimosa los atributos negativos que se le imputan.

Dentro de los grupos, en el sentido general, existen alineaciones endogrupales en las cuales los individuos ubicados en una posición semejante se alinean. En definitiva, aquello que el individuo es, o podría ser, deriva del lugar que ocupa su clase dentro de la estructura social. Uno de estos grupos es el agregado formado por los compañeros de infortunio del individuo. El verdadero grupo del individuo es, pues, el agregado de personas susceptibles de sufrir las mismas carencias que él por tener un mismo estigma.

El individuo estigmatizado puede también cuestionar de manera abierta el desagrado semioculto con el que los normales lo tratan, y esperar encontrar en falta al “sabio” que se auto-designa como tal. Es además capaz de continuar el examen de las acciones y de las palabras de los otros hasta obtener algún signo fugaz de que sus demostraciones de aceptación, son tan solo una apariencia.

Al llamar la atención sobre la situación de su propia clase, el individuo estigmatizado consolida en ciertos aspectos una imagen pública de su diferencia como algo real y de sus compañeros de infortunio como grupo real. Su desprecio por una sociedad que lo rechaza, se comprende sólo en función de la concepción que esa sociedad tiene de la dignidad, del orgullo y de la independencia.

En las alineaciones exo-grupales se pretende que la persona estigmatizada se considere desde el punto de vista de un segundo agrupamiento: los normales y la sociedad más amplia por ellos constituida. El sujeto obedece a normas dictadas por una sociedad y las acepta o las rechaza. Mientras algunas de estas normas pueden ser por lo general sustentadas con total adecuación por la mayoría de las personas en la sociedad, hay otras que adoptan la forma de ideales y constituyen estándares ante los cuales casi todo el mundo fracasa en algún momento de la vida.

Las imágenes corporales intencionalmente construidas son modelos del cuerpo deseado y del cuerpo exigido, y sirven como instrumento de referencia para optimizar las estrategias de

clasificación y ordenamiento por parte de las instituciones que orientan las acciones de los sujetos.

El cuerpo es un indicador inevitable de la identidad individual, del grupo de origen, de la función social encomendada, de las desigualdades existentes y del tipo de relación que, en un contexto dado, se mantiene con el mundo. En este contexto, las apariencias glorificadas por la imaginaria pasan a ocupar el lugar de las esencias y se configura una nueva escala de valores que condiciona y moldea la percepción de los sujetos, las posibilidades y formas de conocer, sentir y actuar.

3.7. Conflicto de interés.

El concepto de ⁸conflicto de interés exige una cuidadosa definición que permita su correcta aplicación. Toda vez que se deposita la confianza en otra persona, existe el riesgo de que la misma pueda llegar a actuar indebidamente, aunque no necesariamente se vea comprometida una conducta correcta.

El conflicto de interés tiene una base objetiva y es una situación que puede dar lugar a conductas indeseables independientemente de que dichas conductas efectivamente se produzcan desde la subjetividad de los actores involucrados. Los conflictos de interés aparecen en casi todas las áreas, pero no siempre están supeditados a intereses económicos.

Los conflictos de intereses en muchos casos son inherentes a circunstancias derivadas de la compleja organización social de la vida hospitalaria, de sus múltiples compromisos con funciones y obligaciones que producen sinergias enriquecedoras pero que, no obstante, pueden dar lugar a situaciones conflictivas.

Una situación de conflicto de interés no necesariamente se traduce en un beneficio para el depositario de la confianza; también puede suceder que en comunidades científicas pequeñas exista inconducta del depositario de la confianza y que actúe en perjuicio de sus propios intereses, de los de sus colegas allegados, o los de sus discípulos.

En el ámbito hospitalario los conflictos de interés pueden:

-) Provocar situaciones de inequidad y uso indebido de fondos públicos cuando se adjudican subsidios, se otorgan beneficios o reconocimientos de naturaleza diversa a quien no lo merece en detrimento de quien lo amerita.

⁸ http://www.degerencia.com/articulo/manejo_de_conflictos_Alexis_Coduna (2008)

- J) Menoscabar la confianza de la sociedad respecto de la ciencia y de la comunidad científica en relación a sus instituciones.
- J) Retacear el acceso a información científica cuando se restringen las publicaciones a resultados favorables o autorizados debido a que la fuente de financiación es una institución que impone cláusulas de confidencialidad o por otras causas que condicionen la autonomía y la libertad académica del investigador.
- J) Infligir un injusto perjuicio moral al investigador honesto cuya integridad sea puesta en duda por la existencia de una situación de conflicto de interés que no ha provocado.
- J) Inducir cambios disruptivos en el sistema de atención sostenido en principios de estigmatización, marginación o prejuicios.
- J) La convicción acerca de la perfectibilidad de los mecanismos institucionales exige una necesaria revisión periódica y estudiar el caso en el entendimiento de que su tratamiento puede estimular un proceso de reflexión sobre la gestión del cambio institucional.

Ante las presiones políticas o sindicales en las organizaciones verticalistas, surge el miedo a la exposición pública del tema y los conflictos de intereses entre servicios hospitalarios se resuelven tomando apresuradamente decisiones ineficaces.

A lo largo de este trabajo se tomarán conceptos del libro Teoría y Práctica de la Geriatria, escrito por Fernando Perlado quien fuera médico geriatra contemporáneo de Ángel Papeschi. En dicha obra, Perlado relata las experiencias obtenidas durante su residencia en el primer Hospital de Geriatria de Inglaterra y enumera las conceptualizaciones posteriores con respecto a los avatares para crear y sostener unidades de ese tipo.

⁹“El servicio de Geriatria del Hospital St. Helen era el doctor Irvine. Con él había excelentes médicos a su alrededor, disponía de un personal sanitario motivado y eficaz, las instalaciones que gradualmente consiguió fueron las apropiadas, hubo en torno suyo una sólida respuesta por parte de las autoridades locales, pero el Servicio era él. Cada día en que yo le traté, desde las ocho en punto de la mañana hasta la seis de la tarde, incluso durante la hora de la comida (de una a dos), Irvine redactó detallados informes, atendió asuntos administrativos, exploró enfermos, aconsejó al personal médico y sanitario, se entrevistó con la asistente social, echó un vistazo por el hospital de día, recibió a familiares, telefoneó a médicos generalistas de cabecera, consultó con otros especialistas del hospital a propósito de pacientes, supervisó de una manera

⁹ Perlado, Fernando, Teoría y Práctica de la geriatría, Ediciones Dias de Santos, S. A. Madrid, 1995. Pág.173

incansable una enorme cantidad de problemas, fue en fin, una persona capaz de sacar adelante el proyecto: convertir un antiguo hospital de crónicos en un moderno Servicio de Geriatría.”

3.8. Metodología y estrategia para el análisis histórico.

¹⁰“por encima de las ingentes variaciones históricas que en su expresión ha ido mostrando la vida humana, algo, cuando un hombre se encuentra amistosamente con otro -y tal es el caso del ejercicio médico si éste es lo que debe ser-, trasciende intencional y realmente el constante mudar de la historia”

3.8.1. Necesidad de un modelo multidimensional de análisis organizacional.

Esta tesis tiene como objetivo fundamental estudiar hechos poco explorados anteriormente, y por lo tanto requiere la flexibilidad necesaria para poder ir realizando las reformulaciones y los cambios de rumbo que sean necesarios. Se trata de una investigación exploratoria, descriptiva y cualitativa, siendo un estudio de caso retrospectivo.

Dado el carácter exploratorio, se decidió crear una guía de observación que permitiera un eje en el análisis retrospectivo. Se aplicó el modelo multidimensional de análisis organizacional de Norberto Góngora para su redacción, la cual se puede consultar en el Anexo.

El enfoque que se utilizará es cualitativo dada la imposibilidad de estructurar el estudio de un fenómeno poco conocido. No se plantearán hipótesis previas ya que solo se podrá arribar a las mismas hacia el final de la investigación, entendiéndose que en esa etapa se contará con cierto conocimiento de la problemática planteada que permitirá efectuar formulaciones hipotéticas.

El diseño tiene un abordaje cualitativo ya que siendo histórico se debe estar dispuesto a reformular el plan de investigación de acuerdo a los hallazgos y obstáculos que se van logrando desde el inicio.

Como dispositivo de recolección de datos se utilizará la denominada “Entrevista cualitativa”, dado que se caracteriza por ser dinámica y no directiva.

La muestra de entrevistados no se ajustará a un número de casos predeterminado pues se pretende profundizar y no generalizar, e interesa más la diversidad que la cantidad. Por tratarse de un estudio histórico que se retrotrae a más de 30 años, muchos actores claves de estos sucesos ya no viven, por lo cual los testimonios y experiencias fueron reconstituidos a partir de

¹⁰ Laín Entralgo P. La Historia Clínica. Ed. Consejo Superior de Investigaciones Científicas: Madrid, 1950

los entrevistados a los que se pudo acceder. Por lo tanto la selección se efectuó de acuerdo a la posibilidad de realización y a criterios estratégicos e intencionales que garantizaron la riqueza de información.

Las entrevistas se realizaron a personas que participaron directa o indirectamente en la creación y desarrollo de Unidad de Geriátrica del Hospital Ramos Mejía desde 1979 a 1991. Se entrevistó a médicos, kinesiólogos, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros, y personal de maestría nombrado, voluntarios y familiares directos de Ángel Papeschi.

Se inició el análisis e interpretación de los datos mediante la lectura de las desgrabaciones encontrando recurrencias, diferencias y omisiones, articulados en triangulación intrametodológica con fuentes de datos secundarios de los Registros y Documentación Hospitalaria de la Ciudad de Buenos Aires y la información escrita que brindaron las personas entrevistadas: Fotos, certificados de cursos, programas de cursos que se dictaban, etc.

Posteriormente se crearon categorías para poder desarrollar las interpretaciones que conduzcan a las hipótesis y por último a las conclusiones.

Esta tesis es un estudio de caso porque se focaliza el caso particular de la Unidad de Geriátrica del Hospital de Agudos J. M. Ramos Mejía desde 1978, fecha de su creación, hasta 1991, año en que fue desafectada de sus funciones.¹¹

3.8.2. Consideraciones sobre el enfoque histórico.

Es pertinente explicar la importancia de introducir el aspecto histórico en las organizaciones, lo que genera crítica reflexiva en la presente investigación ya que se entiende que no puede existir realidad sin historia.

La historia permite enriquecer el conocimiento del sistema de salud pública y habilita la comprensión de la naturaleza social del ser humano que atraviesa las instituciones. El período investigado, 1978-1991, transita por dos etapas importantes en la historia de la República Argentina, denominadas como el proceso militar y el regreso de la democracia.

¹¹ La falta de acceso al Centro de Documentación Municipal (CEDOM) cerrado hace dos años por reformas condicionó en cierta forma el acceso a datos, por lo cual se rearmó de acuerdo a los testimonios, de alumnos y familiares y borradores de puño y letra del Dr. Papeschi un diseño similar a lo que fue el Plan Gerontológico para la Municipalidad de Buenos Aires. En el mismo proyectaba la creación de una Unidad de Geriátrica en cada Hospital Municipal de Agudos. La única que ha quedado activada en las condiciones pensadas es la del Hospital General de Agudos Carlos G. Durand.

Se intentó obtener una visión relativa y no dogmática, incorporando los distintos aspectos sociales, políticos, legales y económicos, comparando las diferentes épocas, variados comportamientos y costumbres, diversas aspiraciones y motivaciones de los actores.

La recolección y el análisis de los hechos son casi simultáneos e inseparables dado que se estudian sucesos reales con instrumentos que favorecen el surgimiento de información contextual.

Los aspectos a indagar de la historia de los hospitales incluyen lo edilicio, lo normativo, el formato de la gestión, la consideración del ciudadano como paciente, el eje de la intervención en la curación del cuerpo. Desde lo macro, se explora su inclusión en el sistema Municipal y Nacional de Salud Pública.

A través de la realización de esta tesis se han podido comprender, apreciar y disfrutar todos los vestigios del pasado. Aunque ha resultado sumamente dificultoso acceder a testimonios y documentos, se entiende que se ha construido un puente que crea acceso a información oculta que pudo salir a la luz.

Fue necesario incentivar la mirada con ojos históricos, valorando los restos y los vestigios aparentemente insignificantes desde el punto de vista material, puesto que unos y otros reflejan las condiciones de la vida cotidiana, los anhelos, las frustraciones y las luchas de una comunidad, de un pueblo o de nuestra nación, reivindicando la tarea de pioneros de la geriatría argentina injustamente olvidados.

No obstante, es necesario destacar que la contribución de este trabajo no sólo posibilita conocer el pasado, sino también ayuda a comprender el presente de la geriatría y de los servicios de asistencia gerontológica, permitiendo proyectar un futuro en el cual el sistema público responda a las necesidades de nuestra población envejecida.

Breve crónica histórica de los Hospitales Públicos de la
Municipalidad de Buenos Aires.

4. Breve crónica histórica de los Hospitales Públicos de la Municipalidad de Buenos Aires.

4.1. Introducción.

Dado que los hechos que se investigan ocurrieron en un Hospital Público se realizará una breve crónica que contextualice la creación y desarrollo de los mismos.

4.2. Los Hospitales Públicos de la Municipalidad de Buenos Aires.

En la República Argentina, las leyes escritas durante la época de influencia de Bernardino Rivadavia como Ministro (1821) y su posterior Presidencia (1826) eran una señal de la entrada en la modernidad a través de La Ilustración, a punto tal que la imagen de Nación que se emitía hacia el exterior se sustentaba en su organización política, su patrimonio y su reputación.

A pesar de los avatares constituidos por guerras internas y externas, en Buenos Aires se vivió una suerte de utopía europea gestionada por Martín Rodríguez, en la cual se incorporaron los Hospitales Públicos como novedad en la intervención de lo social.

En un contexto de liberalismo "a la criolla", se funda la Universidad de Buenos Aires y varias escuelas cuyas características, siguiendo las enseñanzas del utilitarismo, ponían el énfasis en el aprendizaje de oficios manuales. Dichas escuelas no estaban bajo las órdenes de sacerdotes o monasterios, y en ese contexto, se suprimieron los castigos físicos dado que el control social se encontraba en el territorio de la mirada correctiva y aleccionadora.

Rivadavia (1821) crea la Sociedad de Beneficencia cuya finalidad era la administración de hospicios y casas de huérfanos y educación mientras y la sociedad Filantrópica cuyo objetivo era la administración de los hospitales y cárceles. Contemporáneamente se inicia la reforma religiosa por la cual se incautaron los bienes de las congregaciones religiosas.

Los fondos de mantenimiento de la Sociedad de Beneficencia y de la Sociedad Filantrópica provenían de las arcas del Estado, las cuales se constituyeron en el centro de intervención en lo social a través de las escuelas y las casas de huérfanos. El cambio central en lo referente a la intervención social se puso de manifiesto en la transición de la Caridad Cristiana a la Filantropía.

Las damas de la Sociedad de Beneficencia representaban una nueva forma de poder generando una intervención social vinculada con los postulados de la Ilustración y el Utilitarismo y relacionada con el disciplinamiento de sectores de la población predeterminados exclusivamente a través de dichos postulados.

La Sociedad de Beneficencia se asociaba a la teoría del Contrato en la que el Estado debía ser reductor de incertidumbre en las cuestiones sociales. Lo que se consideraba como Sociedad Moderna era la Sociedad del Contrato, contrato de los individuos y los ciudadanos que generaban nuevas orientaciones en cuanto a la visión de “lo otro” o lo “diferente”. Surge de esta manera la clasificación y con ella el poder clasificatorio.

En el caso de la intervención social en salud, que se encontraba a cargo de la Sociedad Filantrópica, el poder clasificatorio le correspondía a los “médicos”, quienes iban a llevar a la práctica esa verdad clasificatoria y la transformarían en un sinónimo de hacer, de cambiar, de generar saberes específicos. Se constituyó así lo que hoy denominamos “intervención en salud”. El “cuerpo social” dejó de ser una metáfora jurídica-política para convertirse en una realidad biológica ubicada en el campo de la intervención médica.

La ideología de la Ilustración y el Utilitarismo logró conciliar desde el origen de las prácticas de salud una idea de sociedad y campo de intervención en lo social vinculada a la política. A partir de ese momento las prácticas de salud se medicalizan y se entre cruzan con una nueva concepción de sociedad. Es allí donde podemos encontrar antecedentes en cuanto a los conceptos que llevarán adelante el positivismo representado en especial por el pensamiento de Guillermo Rawson, J. M. Ramos Mejía y José Ingenieros.

La mirada clasificatoria que construye sujetos en base a datos es coincidente en las diferentes instituciones que intervienen en la salud, las cuales se pueden equiparar a las instituciones psiquiátricas, de minoridad, escolares y hospitalarias.

4.3. Fines del siglo XVII.

La Sociedad Filantrópica creada por Rivadavia (1821) como una institución estatal para intervenir en los problemas sociales dará inicio a lo que hoy se denomina Salud Pública. La Iglesia organizaba y administraba los hospitales con los fondos provenientes de la misma.

Siendo Juan Manuel de Rosas Gobernador de Buenos Aires, hizo cesar por decreto en 1835 la Sociedad Filantrópica, y posteriormente el Estado se implica en la administración de los hospitales, aunque haciendo un llamado a la población para que mantenga a los mismos mediante donaciones particulares. Durante este período continúa la difusión de la medicina europea especialmente en lo referente a la administración hospitalaria.

Debido al bloqueo anglo francés, la ciudad de Buenos Aires quedó desprovista en 1844 de la vacuna antivariólica. El gobernador Rosas pidió alguna solución a Francisco Javier Muñiz (1795-

1871) quien pudo restablecer el circuito de vacunaciones en la ciudad y el desarrollo autóctono de la vacuna contra la viruela.

La administración hospitalaria siguió manteniendo los postulados europeos pero presentaba la singularidad de búsquedas de diferentes formas de participación comunitaria local.

Las modalidades de intervención comunitaria se acentuaron durante el bloqueo anglo-francés y el Estado apeló a la financiación del gasto hospitalario a través de particulares, aunque la administración continuó en manos de funcionarios nombrados por el Estado. De esta manera, se logró una continuidad plena de funcionamiento. Los médicos de esa época, a pesar de haber sido invitados a retirarse del programa de vacunación, dada la falta de fondos para abonar los salarios, decidieron continuar gratis administrando la vacunación.

En 1871 los jueces de paz realizaron una invitación a los padres para que lleven a vacunar a sus hijos, surgiendo entonces el primer intento de educación para la salud. En ese mismo año, ante la acefalia de las autoridades al producirse la epidemia de fiebre amarilla, son "esas comisiones populares" las que se hacen cargo de la cuestión

Los médicos formados durante este período tendrían importantes funciones en la próxima etapa estando a cargo del manejo de la Salud Pública, la cual se recibiría influencias por el positivismo que ingresa como idea novedosa al Río de la Plata.

Al referirse a Facundo, uno de los libros más conocidos de Domingo Faustino Sarmiento (1811-1888)¹², en el Capítulo "Antecedentes de la práctica sanitaria moderna" Carballada (2004) señala que el proyecto político de los federales no sólo fue derrotado en el campo de batalla, sino que la contienda continuará mediante nuevos dispositivos, tecnologías y estrategias que permitan civilizar en la paz mediante la aplicación de los mismos. Destaca que para quien "desmantela" al enemigo, el control primitivo se presenta como un arma, ya que le quita la voluntad de hacer, es un nuevo medio en que se proyecta la guerra cuando se llega a la paz, y se trata de quebrar el contrato social del perdedor.

Dentro del marco de la sociedad enunciada por Sarmiento como "transitoriamente no igualitaria", el objetivo político de la civilización sería la búsqueda de un orden en un territorio

¹²Político, pedagogo, escritor, docente, periodista y militar argentino; gobernador de la Provincia de San Juan entre 1862 y 1864, Senador Nacional por su Provincia entre 1874 y 1879 y presidente de la Nación Argentina entre 1868 y 1874.

tomado por el enemigo, orden ubicado por Sarmiento en el Gobierno de Rivadavia y sus Reformas.

La guerra y sus fundamentos en las ideas de Sarmiento serían una excusa para la aplicación de la violencia con la finalidad de alcanzar un objetivo político. El disciplinamiento se convertiría, luego de la derrota de Rosas, en la estrategia para la construcción de una "Sociedad Moderna y Civilizada".

El modelo de la guerra en la paz se inicia dentro y a través de las instituciones, especialmente a través de la escuela que será un puente hacia el neopositivismo argentino generando un modelo de país consolidado por la generación del ochenta.

El disciplinamiento en Sarmiento figura como una maquinaria que moldea los cuerpos, los gestos y la conducta. Dicha maquinaria debe funcionar a cualquier costo y debe luchar contra un enemigo poderoso arraigado en los contenidos, en la historia y en la vida cotidiana. Cuando todas las normas sean aprendidas, el disciplinamiento funcionará por la propia inercia institucional.

El enemigo desarmado debe perder la voluntad política e integrarse al modelo de país que se estaba gestado, pues en caso contrario, queda el camino de la exclusión u otra forma de guerra vinculada al código de procedimientos y a la policía.

Los Hospitales Públicos surgen como instituciones para el disciplinamiento: la vacuna obligatoria, los higienistas visitando las viviendas precarias con poder de policía y los certificados prenupciales obligatorios. El cuidado de la salud está ligado con las normas para la construcción de una sociedad moderna. El Hospital Público es una organización atravesada por la Institución Salud Pública.

Las dificultades en la implementación del Plan Gerontológico Municipal se presentaron en los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires, y por lo tanto, se entendió pertinente describir sus características dado que las mismas se encuentran determinadas por los acontecimientos históricos en los cuales emergieron.

En dichas organizaciones se genera una particular forma de interacción entre las personas que ejercen las funciones necesarias con el objetivo de satisfacer las necesidades básicas de los pacientes internados. El Hospital Público asegura la salud de la población mediante la producción de procesos de promoción, prevención, asistencia y recuperación de la salud.

La institución se sostiene en tanto útil para los procesos de socialización y control social. Esto significa que la tensión que se produce entre los deseos de los individuos y la necesidad de adecuarlos a las formas sociales admitidas a través del cuidado del cuerpo del sujeto y el

cuerpo social tiene como objetivo convencerlos de la necesidad de sacrificar los deseos individuales en virtud de la estabilidad colectiva.

El estilo institucional opera como intermediario entre las condiciones y los resultados. Las Direcciones Hospitalarias suelen ser cargos de confianza y en algunos casos relacionados directamente con el aparato Político Estatal.

4.4. Supuestos que subyacen en los enfoques institucionales de los Hospitales Públicos.

Existen al menos cinco supuestos que subyacen en los enfoques institucionales de los Hospitales Públicos, a saber:

1. En toda organización social, existe cierto conocimiento oculto, cuya revelación es evitada o impedida por medios de diversa potencia represiva.
2. Este conocimiento oculto refiere a las causas de las diferencias sociales y de la marginación de algunos colectivos, pero además, por el simple hecho de permanecer vedado, es generador de diferencias aún mayores.
3. Algunos sectores se benefician de este conocimiento oculto, por lo cual elevarán barreras con el objeto de mantener la situación.
4. Los perjudicados por este conocimiento oculto también son portadores de diferencias y defienden la concepción del mundo que los incluye.
5. Para que el conocimiento sea liberado es necesario que se ponga en marcha un movimiento que logre la transformación de la marginación y la injusticia.

La institución, puede ser un espacio deliberativo, en tanto puede pensarse como un lugar en donde se propicie un estado de palabra. Los grupos pueden ser rechazados dentro de la organización, y una perspectiva diferente puede causar un conflicto de intereses. Lo grupal puede ser una turbulencia, un organismo sin articulación o una búsqueda de una mejor comunicación.

El modelo de la Institución Hospital Público, por su gran dimensión, por la complejidad de sus actividades, su disposición tecnológica, la necesidad de gestionar grandes edificios y grandes instalaciones, y la existencia de un gran número de trabajadores pertenecientes a diferentes colectivos profesionales, configura un marco de suma complejidad acompañado por un régimen jurídico poco flexible.

Reseña Histórica de la Geriatría.

5. Reseña Histórica de la Geriatría.

5.1. Introducción.

Para realizar una exploración histórica del Plan Gerontológico para los Hospitales de la Municipalidad de Buenos Aires e indagar acerca de las posibles causas que influyeron en el proceso de implementación de las Unidades de Geriatría en los Hospitales Generales de la Ciudad de Buenos Aires, es necesario hacer una reseña sobre el nacimiento de la geriatría, su desarrollo y las peculiaridades que la distinguen. A partir de esta revisión histórica de la geriatría, se dispondrá de más elementos que permitirán avanzar en la consecución de los objetivos de este trabajo.

5.2. La geriatría.

La geriatría como especialidad se incluye en el paradigma de asistencia integral del sujeto envejecido teniendo en cuenta su contexto social y familiar, su historia de vida y su funcionalidad. El término geriatría aparece por primera vez en el año 1909, utilizado por I. L. Nascher, autor de la obra "Geriatría, las enfermedades de la ancianidad y su tratamiento"

El desarrollo de la geriatría en Inglaterra no fue casual, sino que tuvo lugar en un contexto históricamente determinado en el cual Inglaterra se convirtió en la vanguardia de la política económica y social de ayuda a los pobres.

Al mencionar leyes de pobres (poor laws) se hace referencia a un conjunto de normas y prácticas que constituían un sistema de ayuda legal a los pobres ingleses, que era financiado con impuestos. Estaban diferenciados los grupos o colectivos a los que por norma se brindaría ayuda así como el tipo de subsidio, su financiación, y la forma de acceder al "beneficio". A



pesar de lo mucho que fueron criticadas, enmendadas o complementadas, el principio inspirador continuó existiendo. La vigencia de estas leyes se prolongó hasta que fueron reemplazadas por el Estado del Bienestar después de la segunda Guerra Mundial.

En 1930, ¹³ Marjorie Warren, conocida como la madre de la geriatría, detecta junto a sus colegas Lionel Cosin y Ferguson Anderson un alto número de ancianos inhabilitados

¹³ Marjorie Warren (1897 - 1960) inicialmente ejerció como supervisora de enfermeras, fue posteriormente médica y cirujana, en el Hospital Middlesex Oeste. Ha sido Subdirectora Médica Superintendente en 1935 cuando por la Ley de Pobres se anexó en dicha institución la internación de crónicos. En 1943 y 1946 comprobó que un alto número de postrados y crónicamente enfermos, que ella y su equipo encontraron en este Hospital de pobres, no poseían diagnóstico y el tratamiento era insuficiente, constatando la ausencia de la supervisión médica adecuada. Incluyó

en instituciones para cuidado crónico, la mayoría de los cuales nunca habían sido evaluados desde el punto de vista médico y psicosocial, y menos aún, recibido rehabilitación.

Estos pioneros aplicaron a los ancianos albergados un organizado abordaje diagnóstico, terapéutico y rehabilitador, obteniendo como resultado la mejora de las capacidades funcionales de los pacientes, un número significativo de los cuales llegó a egresar.

En 1935, Warren y su grupo transformaron una Institución de Asistencia Pública en el Hospital West Middlesex, que fue el primer servicio de geriatría organizada en el Reino Unido, demostrando la importancia que tiene la evaluación global del enfermo de edad avanzada y su rehabilitación en este contexto. A partir de los primeros años de la posguerra, se estableció en Inglaterra la continuidad y la organización del esfuerzo diagnóstico y terapéutico, con las especificidades propias para la atención al anciano.

Años más tarde Warren publica un artículo en el cual expone de forma clara todas sus reflexiones acerca de la naturaleza y especificidad del cuidado geriátrico. Este artículo, constituye hoy en día uno de los fundamentos de la geriatría moderna como especialidad. Siendo la génesis escrita sobre el proceso de evaluación geriátrica global, se reconoce como elemento necesario para la formulación de un plan de tratamiento eficaz. Se sitúa entonces el surgimiento de la geriatría moderna en aquél momento.

En 1946 el National Health Service de Inglaterra reconoce como nueva especialidad a la geriatría. Durante los años siguientes se forman 300 geriatras provenientes en su mayor parte de la medicina interna.

En el informe N° 171 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicado en 1959, se señala en su apartado 8 2: "En los planes de estudio de las facultades de medicina y escuelas de enfermería deberá darse un lugar importante a los problemas del envejecimiento".

En 1964 ¹⁴ R. E. Irvine, quien dirigía el Servicio de Geriatría de St. Helen, comenzaba su intervención en el domicilio del enfermo y se realizaba una valoración previa al ingreso al hospital. A todos los pacientes se les hacía una valoración que hoy es conocida como Valoración Geriátrica Integral (VGI). Si bien existían los ingresos por urgencias, se intentaba la visita previa al domicilio.

Cuando estaba realizada la valoración, se decidía el ingreso entre las siguientes alternativas:

entonces el trabajo multidisciplinario o de rehabilitación . Mediante la producción de pruebas convincentes de que éste era el camino ayudó a fundar la especialidad británica de medicina geriátrica.

www.ganfyd.org/index.php?title=Marjorie_Warren.

¹⁴ Doctor R. E. Irvine (médico geriatra)

-) Servicio de agudos.
-) Atención ambulatoria.
-) Admisión en el hospital de día.
-) Designación de un médico responsable para que siga el caso en el hogar del paciente.

En las salas de admisión los pacientes eran tratados como en cualquier otra sala de Medicina Interna. Cada quince días se reunían el médico responsable, la enfermera, la asistente social, y los terapeutas para realizar el estudio y seguimiento del caso.

Se introduce por primera vez el estado funcional como un concepto útil para la clasificación y el abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente anciano.

Se demuestra que la VGI es por tanto, una herramienta eficaz para determinar el cómo, el porqué y la necesidad de la atención diferenciada al paciente anciano.

A partir del informe número 507 de 1972¹⁵, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se pronuncia en favor del desarrollo de una rama de la medicina especializada en el cuidado de los ancianos, situando a la geriatría entre las cuatro especialidades con más potencial de desarrollo en los próximos años.

¹⁶“No fue la intención de los fundadores de la Geriatría hospitalaria dividir sus Unidades o Servicios en secciones diferenciadas por la duración media de la estancia, sino agrupar pacientes ancianos en áreas distintas en donde la actividad del personal del hospital sería la adecuada a las necesidades del paciente. Se trataba de adecuar los recursos humanos y técnicos del hospital a las necesidades variables de los pacientes de edad, porque el tipo de paciente anciano que ingresa en geriatría necesita diferentes enfoques terapéuticos según la fase del proceso de su enfermedad, enfoques que tradicionalmente no se daban en Medicina Interna ni en otros servicios del Hospital, tanto médicos como quirúrgicos.”

Los ancianos, como colectivo social sufren las mismas enfermedades que aquejan a los jóvenes. Sin embargo, en el anciano la polipatología en combinación con los cambios propios al envejecimiento, dan como resultado cuadros clínicos y formas de presentación de la enfermedad peculiares. Existen, además síndromes clínicos y psicológicos que son intrínsecos al envejecimiento.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos, N° 507, pag.8 Ginebra, 1972.

¹⁶ Perlado, Fernando, Teoría y Práctica de la geriatría, Ediciones Días de Santos, S. A. Madrid, 1995 Pág.175

Dichas características implican que las respuestas a las necesidades de salud de los ancianos deben provenir de médicos con conocimientos de la medicina geriátrica que permitan su correcta valoración.

El entrenamiento en geriatría persigue la formación de un número suficiente de geriatras de alto nivel académico que puedan llevar a cabo la investigación para el desarrollo de los conocimientos en el área, llenar las necesidades de profesorado en las escuelas de medicina y capacitar a un número suficiente de médicos de primer contacto en el manejo de los problemas médicos de los ancianos.

5.3. Atención médica geriátrica.

La atención médica geriátrica se define como la función profesional que desempeña el médico geriatra cuando aplica el conocimiento y la tecnología de la medicina y de otras disciplinas afines al manejo de un problema particular de salud de personas o de grupos de edad avanzada, en el marco de una interacción social entre el médico y quien requiere de sus servicios.

Esta atención ocurre en el seno de diversos grupos sociales, familia, escuelas, empresas, equipos deportivos, y se efectúa en espacios muy diversos: en el domicilio del paciente, la cama del hospital, en el consultorio y la sala de urgencias, en el laboratorio de análisis clínicos, en el gabinete de imagenología, en el servicio de anatomía patológica, en la comunidad y otros ámbitos.

Lo que diferencia al especialista en geriatría de los otros médicos es su paciente, pues se trata de un paciente de edad avanzada, de un sujeto envejecido.

¹⁷“En oposición a la medicina contemporánea, fragmentada en múltiples especialidades, la geriatría actúa hoy a modo de fuerza integradora y obliga al médico a aproximarse al enfermo en un campo de interesante complejidad.

El carácter de la especialidad , no está dado por la edad de la persona a la que se asiste, sino por las características que presenta, es decir, varias patologías, orgánicas, funcionales, mentales o sociales con tendencia a la cronicidad o invalidez, en un contexto que no puede ser continente.

¹⁷ Fioravanti, Nora y otros, Asistencia Geronto geriátrica, Proyección hacia la comunidad, Asociación de Médicos Municipales, X curso Sobre Administración de Servicios de Salud, Buenos Aires, 1992. Pag.4.

El equipo interdisciplinario está formado por médicos geriatras, enfermeras, fisiatras, asistentes sociales, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos y terapeutas ocupacionales.

Cada miembro evalúa al enfermo, actúa en su área y las decisiones se toman en forma conjunta en sesiones multidisciplinarias”

La atención médica geriátrica realiza la asistencia oportuna al paciente o a grupos de individuos a través de actividades múltiples: una consulta, o examen clínico, una inmunización, o consejo genético, una intervención quirúrgica, o procedimiento diagnóstico, un estudio histopatológico. Existen un sinnúmero de actividades que involucran la aplicación del saber en las diversas formas profesionales de ejercer la práctica médica. Como componente fundamental de los servicios de salud, la función de atención médica geriátrica comprende el conjunto de actividades que, a través de medios directos e indirectos sobre las personas envejecidas, promueven la salud y permiten la prevención de las enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

5.4. Investigación en geriatría.

La mejor comprensión de la relación salud-enfermedad como fenómeno multicausal en el cual, sobre un sustrato biológico, confluyen factores psicosociales, culturales, económicos y ambientales que lo explican, ha ido cambiando la situación de la investigación médica en las últimas décadas.

Los ensayos clínicos controlados, el aspecto colectivo de las enfermedades y la investigación de operaciones en los servicios de salud van alcanzando importancia creciente, hasta transformar en forma visible el panorama de la investigación en este amplio escenario.

La investigación como producto de la insatisfacción del profesional que enfrenta el desafío de asistir a personas muy envejecidas con el conocimiento de que dispone, aunada a su curiosidad sistemática y al deseo persistente de conocer más, genera las indagaciones que se realizan con el objeto de avanzar en el conocimiento relacionado tanto con la prevención y diagnóstico, como con la terapéutica y rehabilitación de una población con características propias nunca vistas en la historia de la humanidad.

La investigación geriátrica está ligada, así mismo, a mejorar la calidad de la atención médica y de la prestación individual, al hacer accesible a toda la población las mejores posibilidades que brinda la medicina actual.

Desde esta perspectiva, la investigación que realizan los médicos geriatras en su ámbito específico persigue la consecución de un profundo conocimiento acerca de los complicados

procesos individuales y sociales que condicionan, prolongan, agravan, atenúan o revierten la expresión de los problemas de salud, así como del amplio dominio en el manejo de los mejores recursos disponibles para identificarlos, predecirlos y modificarlos, para optimizar los procesos de enseñanza y aprendizaje conducentes. El médico especialista en geriatría encuentra un ilimitado campo de acción para la investigación en torno a su quehacer cotidiano.

La consulta clínica, la realización e interpretación de estudios de gabinete y laboratorio, el manejo de esquemas terapéuticos y de rehabilitación, las actividades de promoción de la salud, y cualquier espacio, procedimiento o material dispuesto para la atención médica es fuente cuestionadora de problemas de conocimiento propios de esta especialidad.

Por lo tanto, las funciones de investigación y de atención médica no se excluyen entre sí, sino que se complementan presentándose como una secuencia continua que es esencial para el progreso de la medicina y el bienestar humano.

La investigación vinculada directamente con el quehacer de la atención médica geriátrica posee enorme diversidad y posibilidades, es de bajo costo ya que procura "recuperar de la rutina" de las actividades periódicas de atención médica y educación mediante una perspectiva metodológica de conocimiento que sitúa a la actividad heurística como criterio racionalizador de la práctica profesional.

La factibilidad de esta investigación depende no tanto de los recursos sino de los valores y actitudes del personal, de su espíritu reflexivo y pensamiento crítico, de su afán de progreso, de su capacidad de imaginación creativa y del dominio de la metodología que sea capaz de aplicar.

La actitud inquisitiva, la tendencia a someter a prueba las doctrinas aceptadas y el deseo de obtener mayor certidumbre en alguna decisión médica, redundan inevitablemente en la superación académica del personal de salud y en la calidad de los servicios que se prestan a los adultos mayores.

Este enfoque de la investigación en medicina nos permite superar la concepción de la investigación como espacio independiente y aislado de la atención médica específica. En consecuencia se puede definir a la investigación médica geriátrica como un conjunto de actividades realizadas bajo un proceder sistemático, controlado, reflexivo y crítico, orientado hacia el desarrollo de un cuerpo organizado de conocimientos acerca del origen, expresión y detección de los problemas de salud, así como de los mejores recursos y procedimientos para preservarla y restaurarla.

5.5. La formación en geriatría.

En el proceso educativo de los especialistas, la realización de la investigación reviste un alcance y significado de singular importancia.

En el caso de la medicina geriátrica, el profesional se encuentra en un medio donde el conocimiento se transforma día a día y la existencia de un vigoroso desarrollo de nuevas tecnologías plantean el imperativo de renovar su formación académica con el fin de alcanzar un perfeccionamiento que le permita conocer, comprender, valorar y aplicar los progresos científicos y tecnológicos en beneficio de pacientes de edad muy avanzada.

En la consecución de estos logros educativos que coadyuvan a interiorizar el valor y hábito del perfeccionamiento y actualización permanente, es donde la función de investigación cobra mayor relevancia para la formación del especialista.

Incrementar la calidad del "saber hacer" conlleva al médico geriatra a enfrentarse a un sinnúmero de publicaciones procedentes de las fuentes más diversas, cuyo rigor metodológico no siempre es suficiente para sustentar resultados válidos, confiables y generalizables en su práctica médica.

Al emprender el análisis de la literatura científica en el terreno de la propia especialidad, en particular los informes de investigación, el profesional tiene que ser selectivo para decidir cuáles revisar y cuáles desechar. Es necesario aplicar conocimientos avalados por evidencia científica.

En la formación en geriatría se hace necesario desarrollar la habilidad de recopilar información y la capacidad de análisis necesaria para discriminar su utilidad. Por lo tanto, se debe ejercitar el dominio de criterios metodológicos que le permitan normar su juicio respecto a la adecuación de un plan de investigación, a su rigurosa realización o al análisis lógico de los hallazgos del estudio.

La función educativa representa una consecuencia natural de los alcances de la atención a los pacientes y por lo tanto la formación del médico sólo es concebible cerca del profesional experimentado que, al tiempo que realiza sus actividades, adiestra a un grupo de aprendices que lo auxilian en las tareas de atención a la salud.

La validez de dicho modelo pedagógico a través de la historia ha conducido a concebir a la enseñanza de la medicina y a la atención médica como dos partes fundamentales de un todo que no pueden desvincularse a riesgo de perder su esencia.

La enseñanza en la atención directa de los problemas de salud donde el alumno, como parte de su aprendizaje, observa, discute y desempeña tales actividades bajo asesoría y supervisión del

personal médico de mayor experiencia, constituye el más eficaz procedimiento para que los alumnos se ejerciten en el desempeño de sus funciones profesionales mediante la solución de problemas.

Las acciones educativas se realizan no sólo en el aula, sino principalmente y de manera natural en el consultorio, en la comunidad, en la sala de hospitalización, en el quirófano, en el laboratorio y en cualquier otro espacio donde tiene lugar la atención médica geriátrica.

Cotidianamente el médico se ve involucrado en actividades educativas, sea ya que las dirija a los pacientes (en lo que atañe a su enfermedad), a sus colegas y alumnos (en asuntos profesionales), o bien a grupos sociales (en materia de salud).

En la actualidad ya no se concibe que el futuro médico especialista concluya sus estudios sin haber realizado una reflexión crítica acerca del propio proceso formativo en el que ha estado inmerso, sin haber participado en el diseño, la supervisión, asesoría y conducción de actividades educativas para las nuevas generaciones de profesionales de la salud, y sin haber contribuido a la instrucción del enfermo, su familia y la comunidad.

¹⁸ "El médico geriatra debe reunir al menos las siguientes condiciones básicas indispensables:

1. Compromiso hacia los ancianos.
2. Formación clínica de excelencia.
3. Respeto hacia la labor realizada por sus predecesores.
4. Capacidad de trabajo en equipo interdisciplinario."

5.6. Gerontología y geriatría.

"Los doctores son hombres que prescriben medicinas que conocen poco, curan enfermedades que conocen menos, en seres de humanos de los que no saben nada." (Voltaire) (1694-1778)¹⁹

Se Investigó en diferentes autores la definición de la Geriatría como especialidad.

²⁰ "El geriatra general (Geriatrician/ Gerontologist) "Es geriatra general el médico que después de completar una residencia en medicina interna o en medicina familiar cursa dos años más de

¹⁸ Fioravanti, Nora y otros, Asistencia Geronto geriátrica, Proyección hacia la comunidad, Asociación de Médicos Municipales, X curso Sobre Administración de Servicios de Salud, Buenos Aires, 1992. Pág. 4

¹⁹ hipocrates.tripod.com/frases.htm (Agregar en Bibliografía)

²⁰ Bosch, Samuel J. y Flores, M. Angélica en Unidad 27, Atención primaria de salud y medicina comunitaria, Los servicios de salud en la Argentina, Mera, Jorge A, editor, Fundación Universidad a Distancia "Hernandarias" Editorial DOCENCIA, 1995, Buenos Aires, pág. 24 (Buscar Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Estado de Salud Pública. Estudio Proyecto: Necesidades de Médicos, Médicos Especialistas y Odontólogos hasta el año 1979.)

estudios para adquirir conocimientos y destrezas especiales para el cuidado de personas de la tercera edad. Ejerce la profesión dedicando la mayor parte de su tiempo a cuidados en el nivel primario de pacientes mayores de 65 años.

En cooperación con profesionales de otras disciplinas, coordina la atención preventiva y curativa de todos los problemas de salud que aquejan a las personas en esa etapa de la vida. En los Estados Unidos la geriatría es una especialidad relativamente nueva que está creciendo con motivo de la composición etárea de la población. El 12% de la población de ese país es mayor de 65 años. Entre personas de tercera edad se están observando cada vez mas afecciones de tipo crónico y está creciendo la demanda del médico geriatra. En la Argentina, donde la composición etárea de la población es parecida, aún no existen programas de geriatría con residencias acreditables.

No obstante existen médicos internistas que con el correr de su práctica se han "especializado "en la atención a personas mayores. "

¿Qué es pues la gerontología? ²¹ "Gerontología es el estudio del envejecimiento en sí mismo, y también de cualquier proceso o fenómeno que se desarrolla alrededor de los cambios por la edad. Gerontología es una disciplina de investigación que emplea métodos y paradigmas que provienen de la biología, epidemiología, ciencias políticas y economía, para nombrar solo unos pocos campos: los científicos que estudian el envejecimiento se llaman gerontólogos.

Geriatría es la práctica clínica de un profesional que trabaja con gente de edad avanzada en áreas como medicina geriátrica, psiquiatría geriátrica, enfermería geriátrica y trabajo social geriátrico. A cualquiera de estos profesionales se le puede llamar geriatra, aunque en la actualidad este término se refiere a un médico."

²² "La Gerontología es la ciencia que estudia todos los procesos del envejecimiento. Dentro de ella se inscriben la gerontología social, la gerontología experimental y la gerontología clínica o geriatría y la psicogerontología".

La Geriatría es entonces la rama de la medicina que se ocupa de los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos."

²³ "El principal problema para entender la Geriatría como especialidad médica claramente definida reside en concretar bien su finalidad. Si se afirma que geriatría es la especialidad

²¹Forcica, Mary Ann, MD y otros, Secretos de la Geriatría, Mc Graw-Hill Interamericana Méjico, 2001. Pág. 7

²² Fioravanti, Nora y otros, Asistencia Geronto geriátrica, Proyección hacia la comunidad, Asociación de Médicos Municipales, X curso Sobre Administración de Servicios de Salud, Buenos Aires, 1992. Pág. 1

médica que se ocupa de los aspectos físicos, psicológicos, funcionales y sociales del anciano enfermo como "caso geriátrico" es esencial para comprender dicha especialidad. En mi opinión, lo que retrasa el desarrollo de la Geriatria en muchos países (también en el nuestro) no es una cuestión económica o política, sino un problema de concepto. Se trata en realidad, de distinguir claramente quién es el paciente "geriátrico" que servicios de salud necesita y si los debe asumir una nueva especialidad."

Afirma Perlado (1995) que en las sociedades evolucionadas, la geriatría se entendía como parte del sistema de salud. Si los propios médicos no están convencidos de la necesidad de asistir a los ancianos de una manera diferente, efectiva y eficaz, aplicando modalidades adecuadas para resolver los problemas de salud que presentan la especialidad, no tendrá lugar ni crecimiento.

Es primordial aclarar la diferencia entre el concepto de enfermedad en un adulto joven y en un viejo. Cuando un joven enferma presenta entidades patológicas. Cuando un viejo enferma no sólo tiene diagnósticos de patologías, sino que se encuentra en una "situación de enfermedad" dado que la enfermedad toma las consecuencias derivadas de la situación de equilibrio inestable en el que viven las personas de edad. La diferencia está determinada por la reserva orgánica, funcional, por los componentes culturales, sociales y de apoyo que van acumulando las personas a través de la existencia.

El profesional debe lograr restaurar en lo posible el equilibrio que el anciano tenía antes de presentar la "situación de enfermedad", y por ello es imprescindible hacer un diagnóstico certero no sólo de la enfermedad sino también de la situación, es decir, tener en cuenta los componentes físicos, psíquicos, funcionales y sociales que se articulan de manera categórica.

²⁴ "La aparición de enfermedad se convertirá en "situación" si se produce la rotura del equilibrio previo: Una afirmación que nos puede valer para definir el ámbito de la medicina geriátrica. Si una persona de edad pasa por un episodio de enfermedad que no modifique el estado previo de equilibrio lógicamente, no puede ser incluido en los criterios de paciente "geriátrico". Si, por el contrario, un episodio de mayor o menor gravedad (no importa) afecta la situación de equilibrio hasta entonces bien controlada, la persona será entendida como cliente de los servicios de la medicina geriátrica."

En el anciano se dan formas atípicas de sintomatología, desarreglos simultáneos (poli - patología), veloz pérdida de capacidad funcional, todo ello influenciado por los factores

²³ Perlado, Fernando, Teoría y Práctica de la geriatría, Ediciones Días de Santos, S. A. Madrid, 1995.Pág.1

²⁴ Perlado, Fernando, Teoría y Práctica de la geriatría, Ediciones Días de Santos, S. A. Madrid, 1995.Pág.2

ambientales. El médico debe imperiosamente aplicar la teoría general a la singularidad del sujeto y determinar prioridades solucionables. Este cuidado especial no puede estar en manos de un sólo profesional y es necesario contar con un equipo interdisciplinario.

La vejez no es una enfermedad, pero existe un hecho indiscutible: las características específicas del anciano conllevan a una mayor morbilidad. El envejecimiento produce una serie de cambios físicos y psicológicos que hacen un tanto difícil esta etapa de la vida.

Actualmente es imposible negarse a reconocer la imperiosa necesidad de desarrollar la atención al adulto mayor en sus múltiples y complejas facetas, ya que la salud del adulto se construye a lo largo de la vida y es el resultado de los hábitos personales, de los factores ambientales y el deterioro inevitable que sufre el organismo. Medir salud en términos de capacidad funcional proporciona diversas ventajas, una de las cuales es permitir una razonable planificación de los servicios de salud a partir del conocimiento de necesidades de esta población y constituye las bases de sus demandas de protección social. Después de los 60 años se dobla la frecuencia de algún tipo de incapacidad y a partir de los 80 esa cifra se triplica, lo que permite considerar a la reducción funcional del envejeciente en su integridad e intervenir para reducir la posibilidad de la discapacidad. Se entiende que la discapacidad es una de las grandes epidemias que se debe enfrentar en el planeta en los próximos años.

La ignorancia de estos conocimientos puede tener las siguientes consecuencias peligrosas:

-) Los cambios relacionados con la edad pueden ser erróneamente atribuidos a una enfermedad, lo cual puede generar intervenciones inefectivas o dañinas.
-) La enfermedad puede ser tomada como envejecimiento normal y ser descuidada.
-) La excusa del médico hacia la persona mayor que tiene problemas múltiples con componentes relacionados con la edad y la enfermedad.

²⁵Lionel Cosin, fue una figura brillante y comprometida en los momentos fundantes de la geriatría británica. Logró imponer el concepto de cuidado progresivo del paciente fundamentado en uno de sus principios: "el paciente justo, debe estar en la cama justa el tiempo justo ". La

²⁵ Lionel Zelick Cosin, cirujano, geriatra. Nació en Londres el 08 de noviembre 1910; Superintendente Médico, Hospital de Emergencias Orsett 1940-1948; Oficial Médico, Orsett unidad geriátrica 1944-1948, y miembro, BMA unidad geriátrica 1948-1949; Director Clínico, Unidad Geriátrica, Reino Oxford Hospitales 1950-1976, Geriatra Consultor Emérito, Oxfordshire Área de Salud 1976-1994 Autoridad; Profesor Titular de Universidad, Medicina Geriátrica, el Magdalen College, Universidad de Oxford desde 1960 hasta 1979; se casó con Pamela Headlam 1941 (un hijo y una hija), y murió en Londres 21 de marzo 1994 . Lionel Cosin fue un pionero de la medicina geriátrica y uno de los ocho miembros fundadores de la Sociedad Británica de Geriatría. Estableció una reputación en todo el mundo y su departamento en Oxford entrenó a muchos de geriatras líderes de la actualidad.

Disponible en <http://www.independent.co.uk/news/people/obituary-lionel-cosin->

idea era utilizar eficazmente los recursos del hospital y disponer de una sección de agudos, una para convalecencia y otra para cuidados prolongados.

Cosin y su equipo descubrieron que los pacientes internados con un adecuado tratamiento se podían recuperar y demostró que sólo uno de cada cinco estaba todavía en el hospital después de seis meses. Afirmó que dichos pacientes no sufrían enfermedad crónica sino negligencia crónica.

Dicho mensaje le creó rechazo en casi todo el mundo, pero aun así se convirtió en un Miembro Ministerial del Comité de Salud sobre la Enfermedad Crónica en 1947 y ayudó a persuadir al Oficial Médico en Jefe sobre la apertura de Unidades Activas Geriátrica en los Hospitales Generales en lugar de multiplicar las instituciones para enfermos crónicos. Patrocinó además la creación del primer Hospital Geriátrico de Día que permitía que los usuarios regresaran a sus hogares a pernoctar, reduciendo de esa forma la institucionalización precoz e innecesaria.

El informe de Cosin para la Asociación Médica Británica de 1949 dio directrices para el servicio integral geriátrico y marcó la pauta en un campo en el que Gran Bretaña aún hoy es líder mundial. Se entendía que los cuidados progresivos eran un sistema eficiente de utilización de recursos, lo cual permitía que los ancianos no permanecieran en el hospital más tiempo del necesario. Luego de pasada la fase aguda, personal de enfermería y rehabilitación asistían al paciente para solucionar los problemas residuales y de esa manera se acortaba la estancia hospitalaria.

²⁶“No se trata de convencer con datos epidemiológicos que la atención de los ancianos debe ser organizada de forma coherente. Hay que asumir que lo importante es la función de los servicios de Geriátrica, y sigo insistiendo en que expresar en números la cantidad de problemas y necesidades que origina una población anciana en constante aumento no va a modificar las mentalidades ni los prejuicios de la clase médica y de la clase dirigente en el área de Sanidad. No es suficiente insistir sobre el envejecimiento progresivo de la población o sobre las necesidades globales de la población anciana. Hay que distinguir las necesidades individuales del anciano, manifiestas de forma muy clara cuando se encuentra enfermo o incapacitado “

En nuestro país la Sociedad Argentina de Geriátrica y Gerontología fue pionera en Latinoamérica.

²⁷ “El Dr. Bernardo Houssay, Premio Nobel 1947, organiza en el año 1946 un grupo dedicado al

²⁶ Perlado, Fernando, Teoría y Práctica de la geriatría, Ediciones Días de Santos, S. A. Madrid, 1995. Pág.2

²⁷ Disponible en www.sagg.org.ar

estudio del envejecimiento, inspirado en los objetivos del Club Británico de Investigaciones sobre Envejecimiento, dirigido por el Dr. Korenchesky en la ciudad de Londres.

Pero no había en ese entonces agrupamientos de profesionales dedicado al estudio y tratamiento clínico de los pacientes mayores de 60 años. Fue un hecho puntual, y hasta diríamos fortuito, el que provoca la necesidad de asociarse en un grupo de destacados profesionales argentinos: el Dr. Ernesto Röttjer toma conocimiento, visitando unos pacientes en el Hospital de Clínicas, se preocupa por un septuagenario afectado de una hernia estrangulada a quienes los cirujanos se niegan a operar por el temor a efectuar una intervención en un paciente de tal edad, negativa que lleva a la muerte del mismo. Este hecho, lamentable, demuestra fehacientemente el desconocimiento que se tenía y la falta de preparación para realizar tratamientos en los ancianos. El Dr. Röttjer busca apoyo para su idea de agrupar profesionales en una asociación que se dedicara a esta nueva rama de la Clínica, obteniendo la total dedicación de los Profesores Dres. Miguel C. Lascalea y Osvaldo Fustinoni; a ellos se van sumando, en forma creciente y progresiva, más voluntades. El día 22 de noviembre de 1950 se reúnen varios destacados médicos de la época con el objeto de cambiar ideas acerca de la posibilidad de organizar una Sociedad Médica destinada a mejorar y difundir los conocimientos relativos al diagnóstico y terapéutica de las enfermedades de la vejez, así como también su prevención. Pionera en Latinoamérica, el 25 de abril de 1951 fue fundada la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria, que comienza a difundir conocimientos y a promover en el país y en toda la Región Latinoamericana, la formación de sociedades similares a fin de propiciar el desarrollo gerontológico. Ese grupo de notables establece en los Estatutos de la Sociedad los siguientes objetivos:

1. Propender a la investigación y al estudio de la fisiología, la patología de la senectud y de la senilidad, así como a la prevención y al tratamiento de las enfermedades de la vejez. Se ocupará también de los aspectos biológicos y sociales de la misma.
2. Facilitar las discusiones científicas y las publicaciones de sus trabajos, sin fines de lucro.
3. Crear y fomentar vínculos intelectuales y culturales con las sociedades y organismos similares y afines del país y del extranjero, favoreciendo el intercambio científico y cultural de la materia.

El 5 de agosto de 1953, la S.A.G.G. se incorpora a la Asociación Médica Argentina y desde 1957, se une en sus objetivos a la Asociación Internacional de Gerontología (I.A.G.), pasando a integrar su Consejo de Gobierno y estando representada en todos los Congresos Internacionales”

Ángel Papeschi, creador del Plan Gerontológico Municipal, fue Presidente de la SAGG durante 1971/1972.

Antecedentes del Plan Gerontológico Municipal para la
Ciudad de Buenos Aires: Hospital General de Geriatria
Martín Rodríguez

6. Antecedentes del Plan Gerontológico Municipal para la Ciudad de Buenos Aires: Hospital General de Geriatría Martín Rodríguez.

6.1. Introducción.

El Hospital General de Geriatría Martín Rodríguez y “La Colonia” (Sección 2.2) surgen permanentemente en las indagaciones realizadas en las entrevistas (capítulos 8 y 9), por lo que se entendió imprescindible tomarlo como antecedente directo e incluirlo en la presente investigación. Se presentarán registros de lo que fue esta institución de avanzada en el mundo.

6.2. Antecedentes.

En 1915 la Municipalidad de Buenos Aires (hoy Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires) le adquiere al ²⁸Emilio Agrelo un parque arbolado de 44 hectáreas ubicado en la calle Ventura Alegre 799, Ituzaingó, Provincia de Buenos Aires. En el año 1927 sería inaugurada allí la Colonia de Ancianos de Ituzaingó, la cual llegaría a albergar a más de 1400 pacientes. ²⁹El médico y destacado vecino Idélico Gelpi sería designado por primera vez como director de la Colonia en 1947.

Aproximadamente en 1963, por gestión de Idélico Gelpi, se crean partidas de médicos especialistas en geriatría para la Municipalidad de Buenos Aires y se activa el Hospital de Geriatría General Martín Rodríguez, ubicado geográficamente en el predio ocupado anteriormente por la Colonia de Ancianos.

En 1973 el Hospital General Martín Rodríguez de Ituzaingó estaba dirigido por el Angel Papeschi. En 1977 se cambia la dependencia del Hospital de Geriatría Martín Rodríguez y deja de depender de la Secretaría de Salud Pública y pasa a depender de la Secretaría de Acción Social de la Municipalidad.

Bajo la intendencia de Osvaldo Cacciatore³⁰ se decide desactivar compulsivamente el Hospital General Martín Rodríguez que dependía administrativamente de la Municipalidad de la Ciudad

²⁸ De profesión ingeniero.

²⁹ La Prensa, Sección Cuarta, Buenos Aires, 10 de julio de 1938.

³⁰ Osvaldo Andrés Cacciatore, nació en Buenos Aires en 1924, había piloteado uno de los aviones de la Fuerza Aérea Argentina que participaron del Bombardeo de la Plaza de Mayo, el 16 de junio de 1955, que causó más de 300 muertos. Fue Intendente de facto de la Ciudad de Buenos Aires, desde el 21 de abril de 1976 hasta 31 de marzo de 1982 Alcanzó el grado militar de brigadier. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Osvaldo_Cacciatore.

de Buenos Aires. El Hospital General Martín Rodríguez funcionó desde 1962 a 1977 como tal. En el momento de su desactivación su director era Roberto N. Tursi, pues Ángel Papeschi y Carlos A. Franco habían sido trasladados al Hospital General de Agudos Juan. A. Fernández. Los demás médicos nombrados en la Municipalidad fueron asignados a diferentes destinos. Es allí donde se comienza a gestar el equipo que creará la Unidad de Geriátrica del Hospital Ramos Mejía.

6.3. Registros.

La Figura 6-1 muestra un artículo periodístico cuyo aporte permite comprender y sustentar el modelo de atención creado, resultando por tanto de gran interés para esta investigación.

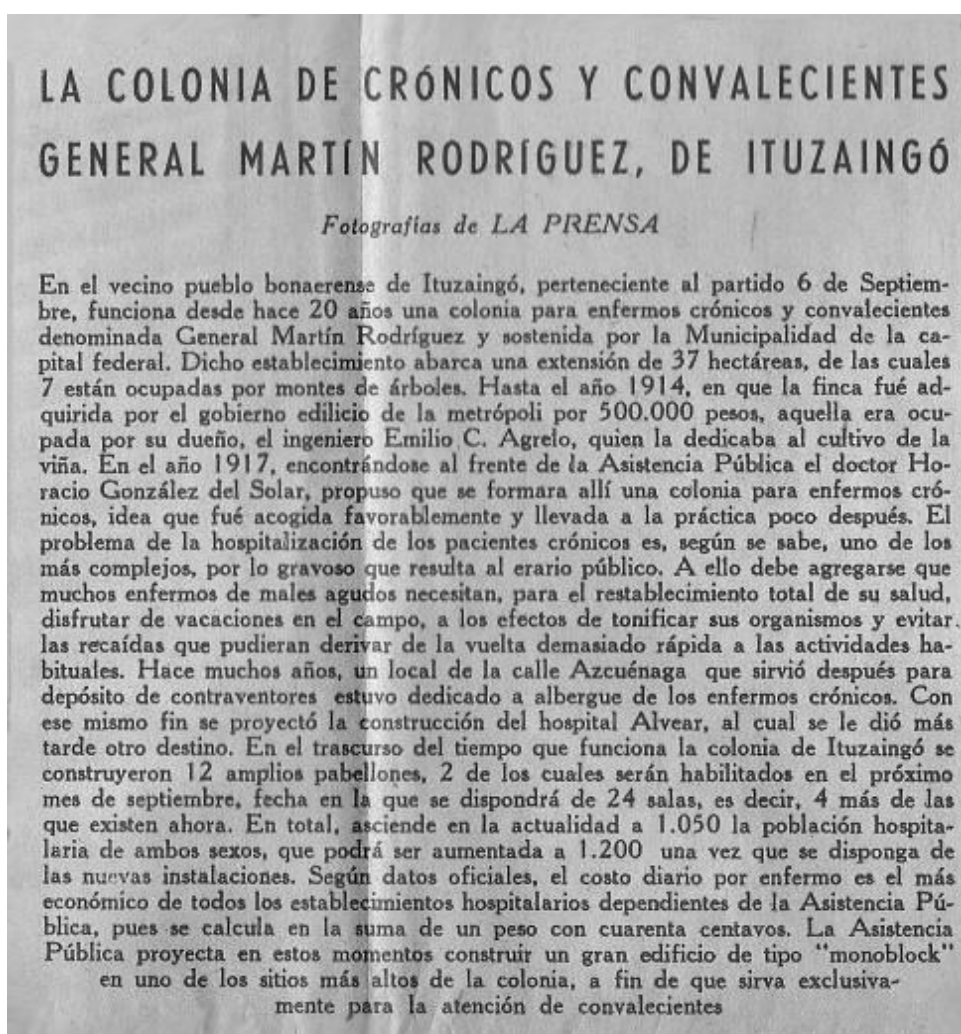


Figura 6-1: Artículo Periodístico.

En uno de sus párrafos afirma "El problema de la Hospitalización de los pacientes crónicos es, según se sabe, uno de los más complejos, por lo gravoso que resulta para el erario público." Se aprecia entonces que ya en 1938, sin que se hubiera iniciado el fenómeno del envejecimiento

poblacional, la atención de pacientes añosos y crónicos era considerada “un problema complejo por lo gravoso que resulta para el erario público”.

Con respecto al modelo de atención, se infiere que el mismo incluía lo “socio sanitario” previendo la externación e inclusión a la comunidad ya que señala:

“A ello debe agregarse que muchos enfermos agudos necesitan, para el restablecimiento total de su salud, disfrutar de vacaciones en el campo, a los efectos de tonificar sus organismos y evitar recaídas que pudieran derivar de la vuelta demasiado rápida a las actividades habituales.”

Es relevante lo que se señala con respecto al cálculo de costos:

“Según datos oficiales, el costo diario por enfermo es el más económico de todos los hospitales dependientes de la Asistencia Pública, pues se calcula en la suma de un peso con cuarenta centavos.”

En la Figura 6-2 se presenta una fotografía del parque de la Colonia Martín Rodríguez, mientras que en la Figura 6-3 se pueden apreciar la rotonda central y varios de sus pabellones.



Figura 6-2: Fotografía del parque de la Colonia Martín Rodríguez.

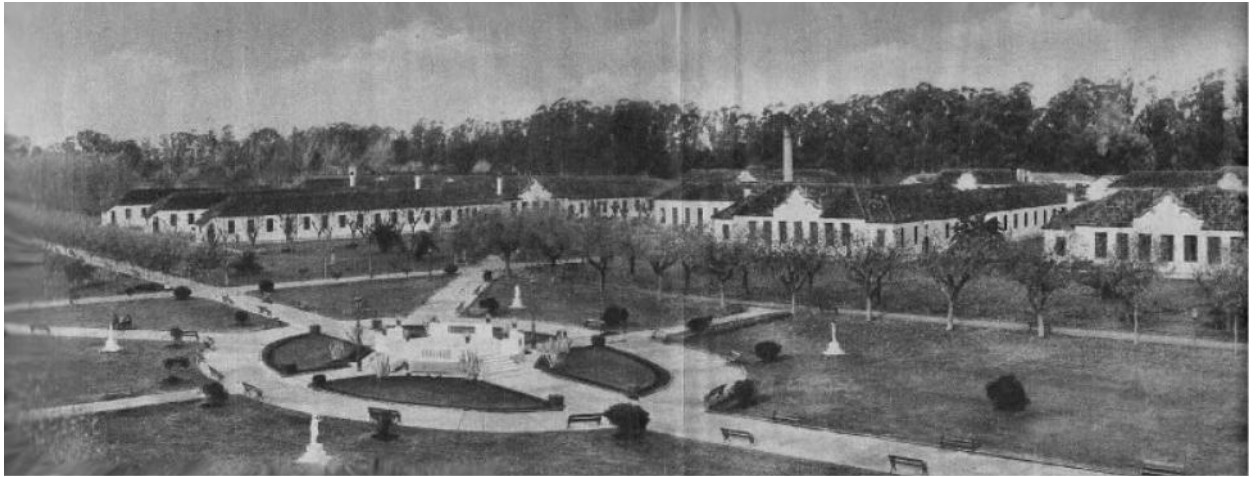


Figura 6-3: Vista panorámica de la Colonia Martín Rodríguez en la cual se destacan la rotonda central y varios de sus pabellones.

En la Figura 6-4 se muestra una foto del personal médico y administrativo de la Colonia, y en la Figura 6-5 un registro fotográfico del personal de enfermeras.



Figura 6-4: Personal Médico y Administrativo de la Colonia. De izquierda a derecha, primera fila: Argentino Landaburu, administrador; doctores Juan M. Perissé, Marcelino J. Sepich, Alejandro Squassini, director; Mateo A. Bascialla, farmacéutico y doctores José J.B. Bracco e Idélico L. Gelpi. Segunda fila: doctores Oscar M. Spina, Félix Salvadores, Eugenio H. Méndez, Angel R. Ferro, Manuel Orella, Carlos Bascialla, y Horacio Diez Mori.



Figura 6-5: Personal de enfermeras.

En la Figura 6-6 se muestra una fotografía periodística del pabellón de la Dirección y Administración del establecimiento y de las instalaciones para distribución de la comida.



Figura 6-6: Pabellón de la Dirección y Administración del establecimiento y Distribución de la comida.

Finalmente, la Figura 6-7 ilustra una foto del personal del Hospital General de Geriatria Martín Rodríguez.



Figura 6-7: Foto de personal del Hospital General de Geriatria Martín Rodríguez. En el centro sentado Angel Papeschi, a su lado Mario Giovanetti, de cuclillas a la izquierda Gerardo Gastrón y el León Veliz. Detrás en primera fila de pie la Nora Fioravanti y Mauricio Grinberg, en la última fila de pie Néstor Morbilio, Enrique Forte Mosquera y Elvira Sinde.

6.4. Testimonios.

Idélico L. Gelpi y su equipo tomaron la experiencia de M. Warren y sus colegas Lionel Cosin y Ferguson Anderson, y en 1963 transforman la Colonia de Crónicos y convalecientes en el Hospital de Geriatria General Martín Rodríguez.

³¹ "El Hospital tenía 16 pabellones, 12 de los cuales eran para crónicos y sociales, el Pabellón 13 era para Rehabilitación, el 14 para hombres, el 16 para mujeres y el 15 era el de cirugía. Cuando era necesario se trasladaban de sus pabellones a los residentes, eran atendidos, rehabilitados y regresaban a su respectivo Pabellón en las mejores condiciones posibles."

Tomando la experiencia inglesa, los internos eran evaluados desde el punto de vista médico y psicosocial y se les otorgaba la rehabilitación adecuada.

En ese momento surgió una oportunidad única para la geriatría argentina:

³² "Roberto Tursi, médico clínico, era docente de carrera y peronista, le dieron una jefatura y en la UBA le dieron una cátedra de médico especialista en Geriatria....caen los milicos y la cátedra muere."

³¹ Entrevista realizada a la Doctora Nora Fioravanti.

³² Entrevista realizada a la Doctora Nora Fioravanti.

El Hospital de Geriátría no sólo era un centro modelo de atención, incluso era un centro de formación e investigación:

³³ “En el Roffo estaba el Dr. Osvaldo Eguía. El Doctor Mario Giovanetti había conseguido unos delantales de goma y unos tachos enormes. Se aprendía anatomía patológica llevando los cadáveres de los viejos, haciendo una evisceración y extrayendo el cerebro. Trasladábamos los tachos en un viejo coche de Giovanetti hasta el Roffo y en unos días teníamos los resultados y hacíamos un ateneo entre nosotros. No había los libros que hay hoy, ni las revistas que existen hoy. A las revistas las traían los comisionistas y las cobraban el doble y en dólares”

El Hospital de Geriátría General Martín Rodríguez fue de avanzada en todo sentido:

³⁴ “Nosotros tuvimos desde el año 1950 el primer hospital de geriatría de Latinoamérica que era el de Ituzaingó, era un Hospital, no era un Geriátrico, tenía quirófano, tenía enfermería , cuando yo fui a ver los médicos que Miguel³⁵ Coordinaba, los médicos me contaban que había una diferencia enorme entre los médicos del San Martín y el Rawson , porque las enfermeras de Ituzaingó, que eran las de arrastre tenían formación de hospital, mientras que las del Rawson y el San Martín no, entonces para ellos era más difícil trabajar en ellos”

Alrededor de 1970, habían comenzado en el Hospital de Geriátría problemas gremiales.

³⁶ “Yo era jovencita e iba en tren hasta Ituzaingo, muy temprano....Un día lo encontré al Dr. Papeschi, el siempre iba en coche. Le pregunté por qué iba en tren ese día.

Me comentó que tenían un término para construir un horno para incinerar residuos patológicos. Ocurría que a la tarde estaba casi finalizada la construcción, pero cuando llegaba a la mañana lo encontraba destruido”

Se le preguntó a la Doctora Nora Fioravanti sobre la causa del reclamo y respondió:

³⁷ “El personal de enfermería, las que llegaban a enfermeras por idóneas no soportaban el ingreso de los adultos mayores discapacitados. No fue la Municipalidad la que causaba los problemas, fue la gremial que hizo cerrar varios servicios, no está escrito en ningún lado que no puedan ingresar discapacitados...fue una imposición de la gremial”

Ángel Papeschi debió enfrentar además varias denuncias sobre su gestión:

³³ Entrevista realizada a la Doctora Nora Fioravanti.

³⁴ Entrevista realizada a la Magister Susana Aguas.

³⁵ Se refiere a Miguel Angel Hadid, médico geriatra del equipo del Dr. Papeschi.

³⁶ Entrevista Doc. Nora Fioravanti.

³⁷ Entrevista Doc. Nora Fioravanti.

³⁸“En Ituzaingó que era un Hospital de la ciudad de Buenos Aires, el Hospital tenía 43 hectáreas ¿Ubicás lo que son 43 hectáreas? Es una chacra, una chacra para cultivar en serio, son 43 manzanas ehm .. tenía toda una parte que ahora está convertida en una eh reserva ecológica ,si , imagínate, que se creó en el 1900, tenía 4 hectáreas de plantación de árboles de eucaliptus, toda una mezcla, araucarias, los eucaliptos tenían algunos más de 100 años, si , entonces el problema era que se estaban cayendo y algunos de esos estaban mal, aunque nunca llegó a pasar nada, pero si se caían sobre la calle que daba a las viviendas que eran contiguas al hospital. Entonces a papá, si, se le ocurrió cortarlos para que no aplastaran a nadie, para que no mataran a ninguna persona, y le hicieron un sumario por dañar los árboles del hospital, inclusive después le hicieron un juicio para reparar el daño municipal, por un árbol que podría haber matado a gente. O sea, mirá esto fue antes del año 1973, en Ituzaingó que no tuvo nada que ver con la salida eh, pero te digo, son cosas que la municipalidad hace cuando quiere joder a alguien; lo hace sí...”

Existían además conflictos de intereses:

³⁹“Fuentes era un jefe de servicio en el Hospital de geriatría y de la gremial ehmmm, papá era el Director, entonces Fuentes hace una denuncia al Intendente, en ese momento el Intendente era un coronel,⁴⁰ si, luego le siguió un general ⁴¹ en el gobierno de Onganía creo, esto debe ser año 67 /68 , por ahí andaba, 68 después hay que fijarse la fecha exacta, no, pero por ahí andaba , entonces el Intendente toma la denuncia y llega al Hospital con una caravana de autos tipo 24 horas a auditar todo el Hospital. Claro el tipo había mandado una denuncia de todo, de esa denuncia termina en que de todo, el mayor reclamo que había es que el pasto no estaba cortado ¿sí? Te recuerdo que el hospital es de 43 hectáreas, 43 manzanas ¿sí? ...la denuncia terminó en nadapero ese año se enfermó, hizo el cáncer de colon , y si ves el año en que se murió, fue cuando le rompieron el servicio...pensá que era un tipo que a los 5 años se quedó huérfano que a los 12 sale a laburar, que tenía dos hermanas, una menor y una

³⁸ Entrevista realizada a Andrés Papeschi.

³⁹ Entrevista realizada a Andrés Papeschi.

⁴⁰ Se refiere al Intendente Coronel (RE) Eugenio Schettini (6/7/1966 al6/9/1967) Firmó el decreto municipal número 8276, inusitadamente refrendado por los cuatro Secretarios comunales, levantando del programa del Colón la ópera Bomarzo, de Alberto Ginastera, sobre la novela de Manuel Mujica Láinez. El Intendente Schettini y su hermano Juan, el Secretario de Cultura y Acción Social de la Comuna, se parapetaban detrás de una complicada casuística para defenderse de las críticas y del creciente escozor que, no sólo en los medios artísticos, sino en la opinión pública en general, levantaba la certeza de hallarse frente a una flagrante censura previa. 'De ninguna manera,-arguye el Coronel Schettini: no hay prohibición, ni calificación, ni censura previa; es simplemente, el levantamiento de una obra, hecho por la Municipalidad en su carácter de empresaria del Teatro Colón. Disponible en www.blogsdeteaydeporte.com/.../2062-sexo-y-violencia-en-el-teatro-colon.html

⁴¹ El general que lo reemplazó fue Manuel Iricibar Nació en Buenos Aires el 16 de noviembre de 1916. Fue jefe de estudios y subdirector del Centro de Altos Estudios; del comando de la Tercera División de Infantería director del Colegio Interamericano de Defensa, en Washington (64) e intendente de la ciudad de Buenos Aires, desde 1967

mayor que se metió a monja, el problema de él era que era sustento de la casa de la madre y de las hermanas, él era el sustento de la casa.”

Para dimensionar lo que fue esta Institución, se transcribe a continuación una descripción de lo que es Geriatria Hospitalaria redactada por una médica geriatra que estuvo en funciones en el Hospital General Martín Rodríguez.

⁴²“Geriatria Hospitalaria.

Existen variantes, que se han desarrollado en diversos países con criterios distintos.

-Hospital General Geriátrico.

Es un hospital dedicado a la atención de ancianos dotado de todos los servicios y las principales especialidades médicas y quirúrgicas. La mayor ventaja es que posibilita la formación de especialistas en la materia, médicos y paramédicos.

Tiene el inconveniente que en estos hospitales es difícil realizar una asistencia sectorizada, separa a los ancianos de pacientes más jóvenes y a los geriatras de médicos de otras especialidades.

Estos hospitales que existen en el mundo, tienden a desaparecer.

En nuestro país, modelo de este Hospital fue el Hospital General Martín Rodríguez de Ituzaingo, dependiente de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, que entre 1962 y 1977 funcionó con estas características. En una población de 1600 ancianos, con patologías crónicas y sociales poseía 50 camas para mujeres y 50 camas para hombres, que funcionaban como Unidades de Geriatria, Servicio de Geronto-Psiquiatria, Servicio de Anestesia y Terapia Intensiva, Servicio de Cirugia, Hemoterapia, Farmacia y Anatomía Patológica.”

6.5. Consecuencias de la desactivación del Hospital General de Geriatria Martín Rodríguez.

A través de las entrevistas realizadas y al análisis de los antecedentes pueden ubicarse los siguientes hitos que tuvieron lugar luego de la desactivación del Hospital General de Geriatria Martín Rodríguez:

1. Luego de haber presentado el Plan Gerontológico en 1976, y antes de la desactivación del Hospital de Geriatria, Ángel Papeschi es trasladado al Hospital General de Agudos Juan. A. Fernández al igual que Carlos Franco.

⁴² Fioravanti, Nora y otros, Asistencia Geronto-geriátrica, Proyección hacia la comunidad, Asociación de Médicos Municipales, X curso Sobre Administración de Servicios de Salud, Buenos Aires, 1992. Pág.17/8.

2. Luego de la desactivación del Hospital Martín Rodríguez durante 1977, Mario Giovanetti, Nora Fioravanti, Gerardo Gastrón, Mauricio Grinberg, Oscar Cabot son trasladados al Hospital General de Agudos Carlos G. Durand.
3. Luego de la desactivación durante 1977, Susana Calot de Eraso, Luis Alcoba, Saúl Tucher, Juan Carlos Delfino son trasladados al Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.
4. En 1978 activan por Decreto el Plan Gerontológico Municipal y se crean en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires las Unidades de Geriatría.
5. En 1978 el primer Jefe de la Unidad de Geriatría del Hospital General de Agudos Carlos G. Durand fue Mario Giovanetti. A su fallecimiento queda a cargo Nora Fioravanti. Luego, por concurso es nombrado Jefe Isaac Levitín quien fallece en 1988. Nora Fioravanti asume nuevamente la jefatura. Posteriormente Nora Fioravanti es designada Secretaria General de la Red Gerontológica Internacional y solicita a Elisa Gozdenovich que la reemplace en el cargo dada sus responsabilidades, entre las cuales se encontraba la organización de un Congreso de la Red Gerontológica Internacional. Gozdenovich es designada en su ausencia Jefa de la Unidad y queda a cargo hasta su jubilación en 2006 en que asume la Jefatura un discípulo de Ángel Papeschi, Tomás Pieroni.
6. En 1978 Hospital de Agudos Torcuato de Alvear comienza a funcionar la unidad de Geriatría a cargo de la Dra. Susana Calot de Eraso.
7. En 1978 se crea la Unidad de Geriatría del Hospital José María Ramos Mejía donde se desempeñan Ángel Papeschi, Alejandro Ascitutto, Miguel Hadid, Carlos Franco.
8. Alrededor de 1980 se desactiva el Hospital de Agudos Torcuato de Alvear y se divide en Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear que en un 50% operará como Hospital Psiquiátrico y el otro 50% como Hogar de Ancianos San Martín, en el cual Roberto Barca fue uno de sus primeros Directores.
9. En 1980 trasladan la Unidad de Geriatría del Hospital de Agudos Torcuato de Alvear al Hospital General de Agudos P. Piñero, en donde pierden las camas.

En el Cuadro 6-1 se presenta la distribución de camas en las distintas Unidades de Geriatría, divididas en las dos etapas cronológicas siendo creciente o decreciente la asignación de camas de acuerdo a la situación de cada unidad.

Cuadro 6-1: Distribución de camas en las Unidades de Geriatría.

Unidad de Geriatría	Camas 1º Etapa	Camas 2º Etapa
Hospital General de Agudos Juan. A. Fernández.	No se asignaron	No se asignaron
Hospital General de Agudos Carlos G. Durand.	8 para hombres 8 para mujeres (En Clínica Médica)	30 camas (propias)
Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.	30 camas propias	Traslado de la Unidad al Hospital General de Agudos P. Piñero sin camas asignadas
Hospital José María Ramos Mejía.	18 camas propias	Pasan a ambulatorios sin camas.

Mirada histórica sobre las Leyes del Sistema de Salud Nacional y de la Municipalidad de Buenos Aires y su influencia en las Unidades de Geriatría de los Hospitales Públicos Municipales

7. Mirada histórica sobre las Leyes del Sistema de Salud Nacional y de la Municipalidad de Buenos Aires y su influencia en las Unidades de Geriatría de los Hospitales Públicos Municipales.

7.1. Introducción.

Hasta el momento se han explorado diferentes aspectos que brindarán su aporte para cumplimentar los objetivos propuestos inicialmente. Sin embargo, se entiende necesario investigar además las Leyes Nacionales, Municipales, Ordenanzas y Reglamentaciones de la Municipalidad de Buenos Aires que regulaban las instituciones de salud en el período bajo análisis.

La interrelación de leyes, datos, informes y testimonios permitirá inferir, utilizando el marco teórico, supuestos sobre las posibles causas que dificultaron la implementación del Plan Gerontológico Municipal y la permanencia de la Unidad de Geriatría en un Hospital Público como el de Agudos J. M. Ramos Mejía.

7.2. La creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

⁴³En Febrero de 1970 el gobierno de facto del General Juan Carlos Onganía sanciona la Ley 18.610 denominada Ley de Obras Sociales. En los fundamentos de la misma el gobierno dictatorial argumenta que lo que propone mediante esta ley es “dar cobertura a los sectores que aún no se encuentren amparados por ninguna obra social”.

En octubre de 1970 se promulgó el Decreto 4710 reglamentando la ley 18.610. El 14 de mayo de 1971 se sanciona la ley 19.032 y su decreto reglamentario 1157 que dispuso la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (I.N.S.S.J.P.).

En el discurso inaugural el Ministro de Bienestar Social Francisco Manrique, promotor de esa iniciativa, expuso “El nuevo Instituto cuya creación saludamos con fundamentadas esperanzas prevé entre sus posibilidades la incorporación al sistema de las personas con 60 años o más de edad, o incapacitadas para trabajar o que gocen de pensiones graciables a la vejez y/o leyes especiales con lo cual nuestro querido país verá completa la atención social de sus hijos de todas las edades, de todas las latitudes y de toda condición”.

⁴³ Barberena, Mariano Alejandro, Adultos Mayores sin cobertura previsional en la Argentina, De la negación de su visibilidad a la posibilidad de construcción como problema social.

<http://www.portalcosta.com.ar/margen/tesis/barberena.pdf>, Punto 3, pág. 33.

Dos cuestiones merecen reflexiones acerca de lo que rodea la creación de lo que será la Obra Social más grande de Latinoamérica. La primera reflexión es acerca del contexto en el que surge, ya que comprender el carácter coyuntural con el que fueron tomadas algunas medidas y las marcas de origen que llevan, sirve para analizar la trayectoria de la cuestión con relación a la creación de la Obra Social de los Jubilados y Pensionados. La instauración de la Obra Social de los Jubilados y Pensionados se enmarcó en un contexto de negociación entre los sectores vanderistas y la dictadura militar, luego del ⁴⁴ "Cordobazo". Esta negociación se inscribe en un intento de la dictadura militar de buscar legitimidad. Para muchos autores, se trató de una legitimidad comprada ya que constituyó una formidable transferencia de recursos del Estado a las Obras Sociales, es decir, un "pago por legitimidad."

La segunda reflexión se refiere a las razones que a manera de diagnóstico socio-sanitario, impulsan la creación del Instituto, alegando que previamente a la creación del Instituto no existía una atención médica especializada para la tercera edad. Esta afirmación no es exacta pues existía la atención especializada, como lo refleja el primer Hospital de Geriatria de América Latina, el Hospital de Geriatria Martín Rodríguez.

Se transcriben a continuación párrafos que ilustran los conflictos sindicales y las dificultades por las cuales transitaba el sistema de salud.

⁴⁵"En 1973 el Ministro de Bienestar Social, Francisco Manrique, desarrolló la idea de una Obra Social para Jubilados y Pensionados. Así, el gobierno sancionó la Ley 19.032/73 que creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, que sería financiado por sus afiliados, más una proporción de los aportantes activos y otra estatal. Éste, a través Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), se haría cargo de los jubilados y pensionados."

Este proceso por el que la dirigencia sindical se hizo depositaria de los fondos de las Obras Sociales fue objeto de gran controversia. El Estado consideraba que podría mantener un efectivo control de la gestión, pero sin embargo, no ocurrió lo propio y los dirigentes sindicales sumaron a su poder político el poder económico. La población cubierta por las Obras Sociales, que en 1970 era del 30%, subió en 1976 al 80% y en 1985 canalizaban 2.500 millones de dólares anuales para una cobertura de cerca de 20 millones de personas de todas las edades.

⁴⁴ Se conoce como Cordobazo a un importante movimiento de protesta ocurrido en Argentina el 29 de mayo de 1969, en la ciudad de Córdoba, una de las ciudades industriales más importantes del país. Su consecuencia más inmediata fue la caída del gobierno de Juan Carlos Onganía, y cuatro años después, el regreso del peronismo al poder.

⁴⁵ Boletín de la Asociación de Médicos Municipales ,1973-1976 El sistema Integrado de Salud.

Cualquier intento de cambiar la administración de las Obras Sociales significaba crear un conflicto en contra de la dirigencia sindical. En este contexto, el sector privado se expandió enormemente en forma de sistemas prepagos, clínicas, sanatorios, laboratorios y la tercerización de servicios en las obras sociales. Por otro lado, se continuó con el traspaso de hospitales del ámbito Nacional al Municipal o Provincial, sin el traslado de recursos financieros.

A partir de la década de 1970, se instauró el concepto de Administración Hospitalaria en el marco de la administración de servicios de salud, que también influyó en la modificación de las características del trabajo hospitalario.

Entre otros puntos, la Administración Hospitalaria permitió que se generalizara la implementación de índices de evaluación del rendimiento de los profesionales y del Hospital. Por ejemplo, los registros de consultas externas que determinaron con inexactitud el número de consultas médicas. En el área de internación, se generalizaron índices que evaluaban el rendimiento de los servicios: ocupación de las camas, giro-cama, número de ingresos y egresos, para esto se crearon las oficinas de admisión y egreso de pacientes, pases, promedio de estadía, entre otras.

La creación del PAMI produjo un brusco cambio en la modalidad de trabajo médico: todos aquellos que ingresaran a trabajar como prestadores cobrarían por cápita, lo que significaba que el acto médico dejaba de ser el indicador del arancel. Esta modalidad de remuneración trajo una enérgica oposición por parte de los gremios médicos, entre ellos la Asociación Médica Municipal (AMM) que dispuso mediante asambleas sancionar a los médicos que se inscribieran como prestadores del PAMI. La posición de los gremios médicos no tuvo resultados positivos, quedando prácticamente sin efecto las sanciones decididas. Ocurre entonces un punto de inflexión en el trabajo médico, con el afianzamiento de las Obras Sociales como reguladoras del acto médico.

La valoración de calidad del acto médico se transformó en el mero conteo de la cantidad de prestaciones que lograra el profesional, incluyendo la nueva modalidad del trabajo por cápita.⁴⁶

⁴⁶ Boletín de la Asociación de Médicos Municipales. 1966/ 1983, LA SALUD Y LOS GOBIERNOS MILITARES, En este período de sucesivos gobiernos militares, la gestión en salud significó el fortalecimiento del sector privado, el endeudamiento de las obras sociales y el descuido del Hospital Público. Además, se limitó la acción gremial y muchos médicos fueron cesanteados médicos

7.3. Período 1973-1976. ⁴⁷El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

En abril de 1974, ante el inminente tratamiento de⁴⁸ la Ley del Sistema Integrado de Salud, la Asociación Médica Municipal (AMM) en forma conjunta con la Federación Médica Gremial de la Capital Federal (FEMECA), solicitaron a los Poderes Ejecutivo y Legislativo la participación del cuerpo médico municipal en el proyecto, difundiendo además su posición ante los medios masivos y resolviendo la suspensión de las actividades profesionales en todos los hospitales para el jueves 4 de abril.

En una conferencia de prensa de la que participaron directivos de Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA), FEMECA, y la Red de Asociaciones de Profesionales de Salud Inter hospitalaria de Salud Mental y AMM, se sostuvo que los profesionales no se oponían a establecer una política de salud nacional que "asegure una medicina única e igualitaria para todos los habitantes del país". Se manifestó que el cuerpo médico venía bregando históricamente por una auténtica organización sanitaria nacional que cubriera la necesidad de salud de la población y se dejó claro que la AMM no se oponía a la filosofía del SNIS pero sí a ciertos artículos, ya que se establecía que los médicos que ingresaban al sistema por concurso no tenían estabilidad durante un año e intentaba imponer la dedicación exclusiva con cuarenta y cinco horas semanales.

Las entidades sostenían que no estaban dadas las condiciones hospitalarias para aplicar la dedicación exclusiva, argumentando que si la gran mayoría de los médicos se desempeñara cuarenta y cinco horas en los hospitales, se produciría una marcada disminución de la atención privada. Eso traería como consecuencia un incremento de la concurrencia a los hospitales públicos, cuyas condiciones no permitían enfrentar dicha demanda. Otros de los argumentos eran que no se había establecido el monto de la remuneración para los trabajadores de la salud, que no fijaba el destino de los profesionales que no optaran por el sistema, que desconocía otras carreras médicas existentes, y que no permitía al profesional que ingresara al sistema ningún otro tipo de actividad, remunerada o no. ⁴⁹Por lo tanto los médicos no podían ingresar al PAMI.

⁴⁷ Boletín de la Asociación de Médicos Municipales ,1973-1976 El sistema Integrado de Salud.

⁴⁸ Durante la Gestión del Doctor Domingo Liotta se proyectó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que, tras sufrir numerosas modificaciones y el apoyo y oposición de diversos sectores políticos y sindicales, fue sancionado por la Ley 20.748 de 1974. Sin embargo, esta ley no llegó a implementarse y fue derogada en 1978.

⁴⁹Esta frase no se encuentra en el original del Boletín.

Finalmente, sostenían que la participación obligatoria de los Hospitales Nacionales y los Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, en contraposición con la participación voluntaria de los del resto del país como planteaba el proyecto, era una decisión arbitraria y discriminatoria.

No obstante la oposición de las gremiales médicas y hospitalarias, el 25 de abril de 1974 el proyecto del SNIS se aprobó en la Cámara de Senadores, aunque con la introducción de muchas modificaciones a raíz de los reclamos sindicales, siendo la de mayor importancia la que establecía que la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires se incorporaba al sistema mediante la firma de un convenio y no en forma compulsiva como lo establecía el proyecto primitivo.

7.4. Período 1976-1983. Cesanteo, avasallamiento de derechos civiles y gremiales, y el impulso al sector privado.

Durante este período se destacan tres hechos fundamentales: médicos cesanteados, el avasallamiento de los derechos civiles y gremiales y el impulso al sector privado.

En este período coincidente con el gobierno de facto, la política de salud ejecutada por el Ministro de Salud ⁵⁰Manuel Irán Campos provocó la expansión del sector privado financiado por la seguridad social y llevó a las Obras Sociales a un endeudamiento progresivo. Los sistemas privados de salud se convirtieron en los principales propietarios de los equipos de mediana y alta complejidad.

Dada la relación directa con los hechos que se investigan, debe señalarse que esta política favoreció así la descentralización, comenzándose a cobrar arancel en el servicio público que exceptuaba a quienes pertenecieran a los sectores más carenciados y podían demostrarlo. (Ordenanza número 33.209, B.M. N° 15.405)

En 1980, por medio de la Ley 22.269 se desvincularon las Obras Sociales de las entidades gremiales, permitiendo al afiliado escoger libremente su cobertura médica. Sin embargo, la presión del sindicalismo impidió su efectiva aplicación. También se eliminó la obligatoriedad de la afiliación y el aporte correspondiente. El Estado reforzó su participación en el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y las Obras Sociales fueron intervenidas. En cierto sentido, esta ley pretendía eliminar el sistema solidario de las Obras Sociales sindicales, pero no se logró aplicar porque las normativas fueron implementadas parcialmente.

⁵⁰ Contralmirante Médico (RE) Doctor Manuel Irán Campo, Subsecretario de salud Pública de la Nación.

En 1981 se creó el Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA.), cuyo objetivo era el análisis de los problemas de salud comunes a todo el país y sus causas, los problemas de las provincias y de cada región en particular.

El avasallamiento de los derechos civiles y gremiales fue una de las características del último gobierno militar.

A poco del golpe de estado, mediante las leyes 21.274 y 21.260, se resolvió dejar cesantes a cerca de 100 médicos municipales declarados "prescindibles", en la mayoría de los casos por motivaciones políticas o gremiales. En ciertas ocasiones, esto significó el desmembramiento de servicios completos, como en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, entre otros.

La AMM solicitó la anulación de las medidas aplicadas.⁵¹ Osvaldo Cacciatore manifestó que se repararían las injusticias que se hubiesen cometido, lo cual era poco esperable dado el momento político. Cabe destacar que la Ley 21.260/76 también prohibía la práctica de la actividad gremial, razón por la cual estas instituciones, como el resto de las entidades gremiales, veían limitado su accionar.

El Subsecretario de Salud Pública de Nación mientras tanto pronunciaba el siguiente discurso:

⁵²"... la formulación de un Plan de Salud, implica asumir en toda su plenitud una responsabilidad indelegable, ya que no resulta admisible, en este momento del devenir histórico, la imagen de un Estado que, frente a los complejos, crecientes, y muchas veces dramáticos problemas que la salud plantea, se mantenga como un espectador impasible y no comprometido."

Finalmente se reincorporó a los 100 médicos municipales que fueron declarados prescindibles y ante el inminente regreso de la democracia,⁵³Guillermo Del Cioppo y ⁵⁴Tomás Manuel Banzas

⁵¹ Intendente Municipal

⁵² Discurso pronunciado el 14/7/77 en la Asociación Universitaria Argentino-Norteamericana. Boletín MBS 21/7/77.

⁵³ Intendente Municipal Guillermo Del Cioppo 1930-2005. Durante la gestión del intendente Osvaldo Cacciatore se había desempeñado al frente de la Comisión Municipal de la Vivienda. Fue designado intendente de la ciudad de Buenos Aires el 31 de marzo de 1982, constituyéndose en el último intendente del gobierno militar. Recordamos que en 1980 Del Cioppo dijo: "No puede vivir cualquiera en ella (Buenos Aires). Hay que hacer un esfuerzo efectivo para mejorar el hábitat, las condiciones de salubridad e higiene. Concretamente: vivir en Buenos Aires no es para cualquiera sino para el que la merezca, para el que acepte las pautas de una vida comunitaria agradable y eficiente. Debemos tener una ciudad mejor para la mejor gente".

Disponible en http://www.fcen.uba.ar/lpdecano/asamblea2006/preguntas_de_los_decanos.pdf

⁵⁴ Doctor Tomás Manuel Banzas, 1913-2008. Pediatra y Secretario de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires. Durante su paso por la fundación pública, creó el primer Centro del Niño Maltratado en el Hospital R. Gutiérrez y se desempeñó como asesor de la Secretaría de Acción Social y la Subsecretaría del Menor y la Familia, promoviendo el derecho de los chicos al buen trato familiar y denostando los castigos de todo tipo.

hicieron lugar al pedido gremial y se logró la promulgación de la Ordenanza 38.843 del 29 de marzo de 1983 que facultaba al Departamento Ejecutivo de la Municipalidad a reincorporar a todos los profesionales que hubieran sido declarados cesantes sin sumario previo.

7.5. 1983. El retorno a la democracia.

En la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires se publica en el Boletín Oficial la siguiente ordenanza, decretada por el último Intendente Municipal de facto Guillermo Del Cioppo, que mencionaba el cobro de los servicios hospitalarios a los usuarios.

7.5.1. ⁵⁵ Ordenanza N° 39.736 de la ciudad de Buenos Aires.

“Artículo 1° - Limitase la percepción de los aranceles asistenciales dispuestos por la Ordenanza número 33.209 (B.M. N° 15.405) a los casos previstos en los artículos 4° y 5° de la misma, quedando así, suprimido el pago directo de la prestación por parte del usuario.

Nota: Los Artículos 4° y 5° de la Ordenanza N° 33.209, B.M. 15405, disponen:

Art. 4° - Las obras sociales y demás entidades similares responsables de cobertura de atención médica que establezcan convenios de prestaciones asistenciales con la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, abonarán los servicios que reciban sus beneficiarios en la forma que se determine en los mismos.

Art. 5° - Los terceros responsables en los términos del Art. 43 de la Ley Básica de Salud deben abonar las prestaciones que se efectúen en establecimientos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, con motivo de accidentes de tránsito, de trabajo y/u otros dentro de los treinta (30) días corridos de la presentada la correspondiente liquidación.

Los fondos percibidos en concepto de pago por estas prestaciones se asignarán conforme lo dispone el artículo 34 de la Ley n° 153 aún cuando hayan sido motivo de acción judicial. (Conforme texto Art. 1° de la Ley N° 814, BOCBA 1498).”

A los pocos días expide el Intendente Municipal Julio César Sagüier, quien fue designado por el Presidente Alfonsín el siguiente:

7.5.2. ⁵⁶ Decreto N° 179/984.

“Artículo 1° - A partir de la 0 (cero) hora del día 16 de enero queda sin efecto:

⁵⁵ Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, N° 17.198 Publicado el 12/01/1984

⁵⁶ Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, N° 17.202 Publicado el 18/01/1984

El cobro directo de las prestaciones que efectúen los hospitales.

El cobro directo de los egresos que desde esa fecha se produzcan.

Art. 2º - Los compromisos de pago en cuotas asumidos antes del 12 del corriente, mantienen su validez y deben ser abonados.

Art. 3º - Las deudas existentes hasta el 12 del corriente, son exigibles de conformidad con las normas vigentes al momento de su constitución

7.6. Seguro Nacional de Salud.

A raíz de la situación de desabastecimiento por la que atravesaban los hospitales durante 1985 y 1986, la AMM propuso a la Secretaría de Salud de la Municipalidad, realizar una reunión conjunta con la finalidad de encontrar soluciones consensuadas en el menor tiempo posible.

El secretario ⁵⁷Teodoro Puga dio lugar a este pedido y se brindaron soluciones parciales a la grave situación que vivían los hospitales por falta de presupuesto. No obstante, durante los años siguientes la situación crítica no se modificó y la AMM, en mayo de 1989, terminó por solicitar al Gobierno Municipal que declarase el estado de emergencia hospitalaria. Aunque el gobierno no accedió al pedido, los médicos de la Capital Federal no cesaron en su lucha, suscitando una serie de medidas tales como movilizaciones, paros, publicación de solicitadas, entre otras.

Al regresar la democracia, se nombró como Ministro de Salud y Acción Social a Aldo Neri, y se trató de reordenar el sindicalismo y rescatar la conducción del conjunto de las Obras Sociales y su financiación de manos de los sindicatos. A fines de 1988 se sancionaron:

-) La Ley 23.660 de Obras Sociales: que derogó la Ley 18.610, sin modificarla sustancialmente, y la Ley 22.269 de descentralización de los sistemas de salud.
-) La ley 23.661 que creó el Sistema Nacional de Seguro de Salud y la Administración Nacional del Sistema de Salud (ANSSAL).

Si bien los proyectos originales datan de la gestión de Aldo Neri, y éste a su vez se había inspirado en el SNIS del cual era uno de sus autores, recién se promulgaron dos años después de su renuncia y luego de una reñida negociación. La mayoría de los autores coinciden en que

⁵⁷ Doctor Teodoro Puga, Médico Pediatra Secretario de Salud Pública y Medio Ambiente de la comuna en 1984, Posteriormente Presidente de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE) Presidente de la Fundación Sociedad Argentina de Pediatría (FUNDASAP).

estas promulgaciones fueron el resultado de un acuerdo entre el gobierno y la Confederación General del Trabajo (CGT).

Este nuevo intento de instaurar una regulación de las Obras Sociales y un seguro nacional de salud fracasó ante las presiones sindicales. Los sindicatos no estaban dispuestos a permitir que el gobierno les arrebatara el control de un sistema que facturaba cerca de 2.500 millones de dólares anuales. Por otro lado, de haberse puesto en plena vigencia, estas leyes hubieran incidido muy poco en la modalidad del trabajo médico de aquel momento, ya que en ninguno de sus capítulos se abordaba la relación laboral del médico con sus empleadores.

7.7. Ordenanza N° 43.430⁵⁸.

Por la sincronía con la desactivación de hecho de la Unidad de Geriatría transcribimos la siguiente resolución:

“Artículo 1° - Facúltese al Departamento Ejecutivo a transformar los establecimientos asistenciales dependientes de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente en organismos de carácter descentralizado, de acuerdo a las disposiciones de la presente ordenanza.

Art. 2° - La conducción político técnica del sistema de servicios de salud municipales será resorte indelegable del Departamento Ejecutivo, el que determinará las competencias correspondientes. (Conforme texto Art. 1° de la Ordenanza N° 43.520, B.M. 18.591).

Art. 3° - Los establecimientos descentralizados estarán bajo la conducción de un Consejo de Administración que estará integrado por tres miembros designados por el Honorable Concejo Deliberante a propuesta del Departamento Ejecutivo. Las resoluciones del Consejo de Administración serán tomadas por mayoría. Sus integrantes elegirán al Presidente y la función será ejercida en forma rotativa por el término de un año. Los consejeros desempeñarán sus funciones con dedicación exclusiva y por un término de tres años, pudiendo ser removidos o reelegidos.

Art. 4° - Serán facultades y atribuciones del Consejo de Administración:

- a. Ejercer por medio de su Presidente o quien lo sustituya la representación del ente en todos los actos públicos o privados;
- b. Conducir y administrar el hospital conforme las disposiciones de esta ordenanza y la reglamentación que se dicte;

⁵⁸ Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, N° 18.545 Publicado el 02/06/1989, durante el Gobierno de Suarez Lastra que finaliza el 8 de Julio de 1989.

- c. Otorgar y revocar poderes especiales y generales;
- d. Proyectar el presupuesto anual de gastos y el cálculo de recursos;
- e. Aceptar herencias, legados, donaciones y otras liberalidades de cualquier especie ad referendum de su aceptación por el Honorable Concejo Deliberante;
- f. Solicitar préstamos a instituciones bancarias o financieras, aprobar las inversiones, el destino de los fondos y el pago de los gastos, previa autorización del Departamento Ejecutivo y ad referendum del Honorable Concejo Deliberante.
- g. Dictar la reglamentación interna del establecimiento;
- h. derogado.
- i. Aprobar dentro de los noventa (90) días de cerrado el ejercicio financiero, la Memoria, Inventario, Balance y Cuenta de Recursos y Gastos.
- j. Programar, disponer, supervisar y evaluar la modalidad, forma y conducción de la prestación de los servicios y establecer el régimen de retribución de ellos a través de cualquiera de las modalidades contractuales vigentes en el momento de la prestación o ajustadas a las normas municipales en la materia. Este régimen no será aplicable para los pacientes sin cobertura;
- k. Elaborar la estructura orgánico funcional del establecimiento, la que será elevada al Departamento Ejecutivo para su aprobación;
- l. Designar, contratar, promover, sancionar y remover al personal por los mecanismos establecidos en los regímenes de personal vigentes.

(Con la modificación dispuesta por los Arts. 2º y 3º de la Ordenanza N° 43.520, B.M. 18.591).

Art. 5º - El Consejo de Administración será asistido por un director médico ejecutivo con el objeto de asegurar la máxima eficacia y eficiencia en la realización de actividades de atención médica integral, docencia e investigación. Será designado de conformidad a lo previsto por la Ordenanza N° 41.455 Carrera Municipal de Profesionales de Salud y su reglamentación Decreto N° 2.74587. El mismo deberá cumplir dedicación exclusiva.

Art. 6º - Son funciones del Director Ejecutivo sin perjuicio de las que surjan del Reglamento interno que dicte el Consejo de Administración las siguientes:

- a. Entender en el desarrollo de las acciones técnico administrativas necesarias para el buen funcionamiento del hospital;
- b. Entender en la recopilación, elaboración y análisis de información referente a la producción y rendimiento del Hospital y evaluar las actividades de los servicios en

- términos de calidad y cantidad, constituyendo los comités necesarios para el mejor funcionamiento del hospital y el desarrollo de las actividades hospitalarias;
- c. Entender en todo lo inherente a la prestación de los servicios asistenciales, según pautas de eficiencia, a los efectos de asegurar la economicidad de ellos y la ordenación de su funcionamiento a las necesidades de los pacientes y al cumplimiento de los objetivos médicos programados;
 - d. Confeccionar el presupuesto general de acuerdo con los presupuestos anuales elaborados por cada una de las áreas del hospital y elevarlo para su aprobación;
 - e. Ejecutar el presupuesto del establecimiento y efectuar una evaluación periódica de la ejecución del mismo y de los programas de actividades y elevar los resultados al Consejo;
 - f. Representar a la institución en las acciones jurídicas que ésta promueva o le sean promovidas;
 - g. Entender en las relaciones con el Consejo de Administración, otras instituciones públicas y privadas;
 - h. Entender en el desarrollo de los planes y programas que permitan brindar acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud a las personas y en el desarrollo de programas de docencia e investigación;
 - i. Efectuar las delegaciones de poder que correspondan en los niveles pertinentes;
 - j. Elevar al Consejo de Administración el Balance General, Memoria Anual, Inventario y Cuentas de Gastos.

Art. 7° - El Consejo Comunitario de la Salud funcionará de acuerdo a lo previsto por la Ordenanza N° 41.824 (B.M. N° 18.034) y su reglamentación y tendrá funciones de asesoramiento y apoyo al Consejo de Administración del hospital.

Art. 8° - El Consejo Asesor Técnico Administrativo estará integrado por las jefaturas y representantes que determine el Departamento Ejecutivo en su reglamentación.

Asesorará al Director Ejecutivo sobre las siguientes cuestiones:

1. Programación de las actividades del establecimiento por parte de las unidades ejecutivas y el presupuesto correspondiente.
2. Evaluación de las actividades técnicas y administrativas de todas las unidades del establecimiento.
3. Control del cumplimiento por parte de las unidades ejecutivas de las normas técnicas y administrativas que se dicten.

4. Emitir opinión sobre la inversión presupuestaria en bienes y servicios.
5. Proyectar el reglamento general del establecimiento y las normas técnicas y administrativas que regulen su funcionamiento.
6. Entender en todos los temas que el Director Ejecutivo someta a su consideración.

(Con la modificación dispuesta por los arts. 4º, 5º y 6º de la Ordenanza N° 43.520, B.M. 18.591).

Art. 9º - El Estatuto Orgánico podrá ser modificado a propuesta del Consejo de Administración por decisión del Departamento Ejecutivo o modificación de la legislación vigente.

El proyecto de estatuto deberá contener los siguientes capítulos:

- a. Denominación;
- b. Objeto;
- c. Domicilio;
- d. Programa general de actividades;
- e. Patrimonio;
- f. Organización, recursos y atribuciones;
- g. Régimen financiero contable y de contrataciones;
- h. Régimen de prestación de servicios y sus retribuciones;
- i. Procedimiento de reforma estatutaria.

Art. 10. - Los recursos de cada establecimiento se integrarán por:

- a. Créditos provenientes del Presupuesto de la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente;
- b. Aportes provenientes de convenios con otras jurisdicciones e instituciones;
- c. Aportes, subvenciones o subsidios que le acuerden las entidades privadas o personas físicas o jurídicas;
- d. Herencia, legados o donaciones;
- e. Ingresos procedentes de la facturación de prestaciones o realización de convenios con obras sociales u otros entes de financiación asistencial;
- f. La totalidad de los fondos no ejecutados al cierre del ejercicio anterior, se acreditarán automáticamente al nuevo ejercicio como fondo de reserva.

Art. 11. - La Contaduría General de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires ejercerá la fiscalización del desenvolvimiento económico financiero y patrimonial de los establecimientos,

para lo cual dichos entes deberán elevar la contabilidad de movimientos de fondos, de presupuesto y de patrimonio.

Dichos sistemas contables serán compatibles en términos de plan de cuenta, de manera de permitir su consideración con el Balance General de la Comuna.

Cada establecimiento elaborará periódicamente de acuerdo a la reglamentación que se establezca un balance, el que será elevado para su consideración a la Dirección de Abastecimiento Sanitario, para su posterior remisión a la Contaduría General.

Art. 12. - El régimen de contratación será el vigente para la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, con las modalidades y/o excepciones previstas para la Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente, tanto para Suministros, como para Obras Públicas.

Los pagos se efectuarán por el establecimiento, para lo cual éste recibirá mensualmente los fondos necesarios en función de presupuesto de caja predeterminados, previa intervención de la Contaduría General.

El control será ejercido por un Delegado de la Contaduría General, destacado en cada establecimiento, en forma concomitante y/o posteriori, según se trate de actos cuya intervención esté prevista a priori o en la rendición de cuentas realizadas por el establecimiento.

Art. 13. - El Departamento Ejecutivo tendrá la facultad de intervenir el organismo descentralizado frente a circunstancias extremas y al solo efecto de regularizar su situación.

Art. 14. - Es inexigible el pago directo por las prestaciones efectuadas a la población, tanto en forma total como parcial bajo la modalidad de co seguros o prestaciones no incluidas en convenios. Los usuarios que carezcan de cobertura serán asistidos sin ningún tipo de cargo.

La Ordenanza 43430 se comienza a aplicar 32 días después el 8 de julio de 1989, estando como Intendente Municipal Carlos Grosso, quien designa a Alejandro Ascutto como Director General Adjunto de Hospitales de la Dirección General de Atención Médica de la Secretaría de Calidad de Vida. En medio de una grave crisis financiera general, el sector de la salud vio resentido una vez más su actividad, y la sanción de las leyes 23.660 y 23.661 que pretendían ordenar y regular la actividad de las obras sociales y la atención de la salud, no lograron ningún avance. “

Uno de los ⁵⁹actores claves narra la reunión en la que se desactiva la unidad, en diciembre de 1989.

⁵⁹ Entrevista realizada al Doctor Miguel A. Hadid

“ Existe lo que se denomina CATA Centro Asesor Técnico Administrativo, que es un ente asesor de la Dirección, la estructura del CATA son Director, Subdirector, todos los Jefes de Departamento puede ser desde personal o recursos humanos hasta mantenimiento , medicina , cirugía etc.y los jefes con inferior rango que departamento pero que dependen directamente de la Dirección, como por ejemplo división área programática, el CATA es el lugar en donde se toman las decisiones o por lo menos en donde se formalizan las decisiones, hay o por lo menos había muy esporádicamente reuniones del CATA en donde se invitaba a todos los jefes en unas reuniones multitudinarias y hubo una reunión del CATA ampliada convocada por este Director , DUBOSQ a la cual tuve que asistir yo porque Papeschi estaba enfermo y Franco estaba de vacaciones y yo quedé a cargo , entonces en esa reunión mostrando que mal funcionaba geriatría ese director dijo, , para tomar la determinación de cerrar el servicio, en geriatría en el año en curso hubo 4 altas., a lo que yo respondí sin los números en la mano, no puede ser esto es un error , así es ,acá lo tengo, dijo, la estadística, la realidad era que habían quedado para un fin de año o una Navidad , para esas fechas se trataba de dar de alta, habían quedado 4 personas solas en la unidad , entonces se dijo 4 egresos cuando en realidad estaban ocupadas 4 camas porque se trataba de que egresaran para esas fechas y los egresos en ese año habían sido 136, ese era el nivel de falseamiento de la realidad, hasta estos días son la estadísticas que se esgrimen para decir geriatría no.”

Las presiones políticas y sindicales, la organización verticalista, el miedo a la exposición pública del tema, sumado a los conflictos de intereses entre servicios hospitalarios, el arancelamiento y la Obra Social de los Jubilados forzaron a la toma apresurada de decisiones como por ejemplo la desactivación del servicio de internación de la Unidad de Geriatría del Hospital Ramos Mejía.

Tal situación ocasionó que la no resolución del conflicto se enquistó y se reprodujera en otros ámbitos, lo que sin duda, no sólo aplazó su resolución sino que, contrariamente a lo esperado, originó nuevas disputas futuras, incluso de mayor gravedad.

7.8. La década 1990 y la mercantilización de la salud.

Durante el Gobierno de Carlos Saúl Menem se sucedieron diferentes Ministros de Salud, siendo Alberto Mazza quien permaneciera por un período más amplio. Bajo la dirección de Alberto Mazza, se incorporaron algunos mecanismos que pretendían modificar la situación del subsistema de atención médica en el mediano o largo plazo. Se crearon numerosas secretarías y subsecretarías. Se creó la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT-Decreto 1490/92), se formuló el Programa Médico Obligatorio (PMO) y se

incorporó el derecho a la libre elección de obra social por el Decreto 9/93, la Ley 23.661 y otros instrumentos.

Con esta última medida y el intento de equiparar obras sociales, prepagos médicos y mutuales para aumentar la libertad del usuario, se dio lugar a que ingresaran al sector empresas financieras que deseaban competir con la dirigencia sindical y con los propietarios de empresas médicas por los beneficios del sistema que se comenzaba a contraer por el aumento del desempleo.

La libre elección fue limitada a las obras sociales sindicales, quedando fuera de este beneficio los afiliados a las obras sociales estatales (por ejemplo el Instituto Municipal de Obras Sociales IMOS).

Anteriormente algunas de estas organizaciones de servicios de salud habían surgido como “pseudo-mutualidades” y adquirido prestigio como empresas médicas o seguros privados, durante esa etapa se transformaron en empresas comerciales dando lugar a un fenómeno inédito en nuestro medio: el ámbito médico sanitario progresaba poco en términos sanitarios, pero se ampliaba y perfeccionaba en términos financieros.

A continuación se transcribe la ⁶⁰Ordenanza N° 45.241 cuya fecha coincide con la desactivación administrativa de la Unidad de Geriatría del Hospital Ramos Mejía, y se destaca del artículo 1 el inciso h y el artículo 2 como de suma importancia.

“Artículo 1° - Los fondos recaudados por las unidades asistenciales del área de la Subsecretaría de Salud en concepto de prestaciones de Servicios Asistenciales a los afiliados de las Obras Sociales y/o Mutuales y otros entes aseguradores o terceros responsables de la atención serán reinvertidos para la adquisición de elementos y/o materiales destinados a la normal atención médica asistencial y confortabilidad de pacientes, al mantenimiento y adecuado funcionamiento de los establecimientos asistenciales así como también a la optimización de los servicios que se presten y estímulo a su personal. Todo ello de acuerdo a los siguientes objetivos:

- a. Provisión inmediata de insumos básicos en caso de deficiencias causadas por factores de excepción en el abastecimiento centralizado;
- b. Mantenimiento de emergencia de equipos e instrumentos críticos y reparaciones menores de plantas físicas cuya demora pongan en peligro la continuidad de los servicios;

⁶⁰ Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, N° 19.168 Publicado 26/11/1991

- c. Adquisición de aparatos e instrumentos indispensables para la atención de la demanda espontánea y promovida con preferente destino a la atención médica primaria;
- d. Nuevas actividades de atención médica o desarrollo de las previamente existentes conforme los programas que determine la Subsecretaría de Salud;
- e. Redistribución de los recursos captados por los diferentes hospitales;
- f. Realización de obras menores de reparación, mantenimiento y/o conservación de los establecimientos asistenciales dependientes de la Subsecretaría de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, las que se ejecutarán aplicando los pliegos de condiciones de obras menores, dispuestas por Decreto N° 8.82878 (B. M. N° 15.951) y sus modificatorios.
- g. Mejoramiento de la calidad de atención.
- h. Participación del personal de cada establecimiento en la distribución de los ingresos percibidos.

Art. 2° - Establécese que el porcentual del 40 % de dicha recaudación será distribuido en partes iguales entre el personal de cada establecimiento conforme contracción al trabajo manifestada y valorada según dedicación horaria establecida.

El 60 % restante será afectado conforme pautas determinadas más adelante.

Art. 3° - Créase un fondo de reserva hospitalaria en cada establecimiento asistencial dependiente de la Subsecretaría de Salud, el cual se integrará con los ingresos definidos en el 2° apartado del artículo precedente y en un porcentual del 50 % del mismo.

El fondo de reserva hospitalario estará afectado a solventar las erogaciones del establecimiento que se originan en las adquisiciones de insumos, equipos, aparatos y/o actividades previstas en los incisos a), b), c), d) y f) del artículo 1° de la presente.

La Dirección del Hospital o el Consejo de Administración, en su caso, tendrán la disposición y contralor del fondo y su destino.

Art. 4° - Créase un fondo de compensación municipal, el cual se integrará con el 10 % restante de los ingresos determinados en el 2° apartado del artículo 2°.

La Subsecretaría de Salud dispondrá del fondo de compensación y lo afectará a la implementación de compras especiales y/o redistribución de capital entre hospitales que por sus características propias registraren baja facturación.

Art. 5° - Facúltese a cada unidad asistencial a liquidar a percibir en forma directa los ingresos provenientes de las actividades señaladas en el artículo 1° de la presente.

Art. 6° - El Departamento Ejecutivo arbitrará las medidas conducentes a la implementación del sistema de cobro directo de las prestaciones que se le brinden a aquellos pacientes cubiertos por sistemas pre pagos de atención médica.

Art. 7° - Las Obras Sociales, Mutuales y Entidades similares o análisis que no cuenten con convenios de prestaciones con la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, abonarán los aranceles que determine el Departamento Ejecutivo conforme pautas señaladas en la normativa vigente.

Art. 8° - El Departamento Ejecutivo a través de la reglamentación que se dicte, arbitrará las medidas tendientes a garantizar la adecuada prestación de los servicios asistenciales a aquellos pacientes que no posean cobertura alguna y a evitar cualquier tipo de discriminación en la selección de pacientes.

Art. 9° - Derogase la Ordenanza N° 41.747 (AD 460.148, B.M. N° 17.960)."

El 1° de abril de 1993, el Poder Ejecutivo Nacional promulgó el Decreto 578 que creó el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión. La descentralización hospitalaria que planteaba este decreto fue vista como una solución al problema sanitario, lo que hizo que desde algunos ámbitos médicos y políticos fuera bien recibido, aunque rechazado desde la casi totalidad del gremio médico con la AMM a la cabeza, que desde un primer momento planteó las desventajas y peligros de poner en práctica el sistema. El tiempo y los sucesivos fracasos de los intentos le dieron la razón.

La corrupción durante la década de 1990 alcanzó índices insospechados, la justicia continuó desprestigiándose y se avanzó en los endeudamientos por préstamos de organismos internacionales que eran destinados a diversos estudios e investigaciones sobre la problemática argentina en general, de lo cual no quedó excluida la salud que quedó en manos de lo que se llamó "la patria consultora", cuyos informes eran inaplicables las más de las veces porque no se ajustaban a la realidad del país.

Resultados del Análisis Documental y Testimonial del Plan Gerontológico Municipal presentado en 1976.

8. Resultados del Análisis Documental y Testimonial del Plan Gerontológico Municipal presentado en 1976.

8.1. Introducción.

En este capítulo, en base a los documentos y testimonios a los cuales se tuvo acceso, se realizará un análisis de los resultados obtenidos. Se han entrevistado actores clave e inferido ejes que habilitan recrear los factores situacionales que permitieron un acercamiento al Plan Gerontológico Municipal y a la Unidad de Geriatria del Hospital de Agudos J.M. Ramos Mejía.

8.2. Plan Gerontológico Municipal.

El Plan Gerontológico Municipal diseñado por Ángel Papeschi manifestaba los siguientes principios:

-) La actividad de la atención al anciano debe ser progresiva en todos los niveles hospitalarios y extra hospitalarios.
-) El trabajo médico - social al anciano ingresado debe ser realizado en equipo y dirigido tanto al paciente como a sus familiares.
-) La evaluación médico - social del anciano debe ser multidimensional.
-) La atención al anciano ingresado es integral y no concluye con el alta del paciente.

La misión de los servicios que se proponía crear en cada Hospital Municipal era contribuir a elevar la calidad de la asistencia médico - social a los ancianos en nuestro hospital, mediante acciones de promoción, prevención y terapéutica integral incluyendo la rehabilitación, en íntima relación con los demás niveles intra-sectoriales de atención médico - social del Sistema Municipal de Salud y con los niveles inter-sectoriales de atención al anciano, así como la participación activa de la comunidad.

Para alcanzar una atención integral hospitalaria al anciano sobre bases geriátricas se entendía necesario:

-) Organizar la estructura hospitalaria para priorizar la atención al adulto mayor.
-) Elevar la calidad de vida del anciano en el medio hospitalario y en la comunidad.

Con esa finalidad debía proyectarse:

1. Organizar las acciones de la atención al anciano en cada hospital. Se consideraba a los hospitales que atendían ancianos divididos en hospitales con servicios de geriatría atendidos por médicos geriatras, hospitales sin servicio de geriatría pero con médico

geriatras y hospitales sin servicios de geriatría y sin geriatras.

- a. En los dos primeros casos, hospitales con servicio de Geriatría y con médicos geriatras y hospitales sin servicio de geriatría y con médico geriatra, el geriatra organizaría las acciones de salud hospitalarias y de interrelación con los otros sub-programas.
 - b. De acuerdo a las características del Hospital, en el caso de no tener geriatra ni servicio, la Dirección debería designar uno o varios médicos internos con experiencia e interés en la atención al anciano con la capacitación previa que requiere este tipo de asistencia.
 - c. Establecer en los hospitales con servicios de geriatría, hospitales de día geriátricos.
 - d. En los hospitales que tuvieran geriatras pero no servicios, debería formarse uno tan pronto las condiciones de organización y distribución de las camas lo permitieran.
2. Garantizar la mejor atención integral calificada oportuna y eficaz recibida para el paciente y sus familiares que acuden al hospital, disminuyendo la mortalidad y las incapacidades residuales. Para su mejor desarrollo este programa se realizaría en los distintos servicios de los hospitales municipales, ya que son necesarias sus prestaciones.
 3. Desarrollar la formación y capacitación de recursos humanos calificados en la atención integral al anciano.
 4. Mejorar la educación para la salud del adulto mayor durante su estancia hospitalaria y tras el egreso siempre que se considere necesario, útil y posible.
 5. Desarrollar investigaciones en Gerontología y Geriatría tanto en el hospital como en la comunidad.
 6. Garantizar una adecuada interrelación con los médicos y enfermera, la familia, la comunidad y las instituciones sociales, garantizando la continuidad del tratamiento luego del alta del paciente.

8.3. La Unidad de Geriatría del Hospital José María Ramos Mejía.

Procedentes del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández dependiente de la Municipalidad de Buenos Aires, en el año 1978 ingresan al Hospital José María Ramos Mejía Ángel Papeschi, Alejandro Ascitutto, Carlos Franco y Miguel Hadid.⁶¹

Debido a que no fue posible acceder a ningún registro gráfico o escrito de la Unidad de Geriatría del Hospital José María Ramos Mejía, se harán inferencias a partir del análisis de la información recogida durante las entrevistas a quienes ejercieron el rol de enfermeros, al último Jefe de la Unidad antes de que fuese desactivada y a quien al momento de los hechos que se investigan era médico residente y actualmente es Jefe de la Unidad Residual.

Se tomaron como directrices de dicho análisis las siguientes variables:

- a. Estructura edilicia.
- b. Modalidad de asistencia.
- c. Población asistida.
- d. Giro cama.
- e. Dificultades.

8.3.1. Entrevista realizada a enfermero de geriatría.

a. Estructura edilicia.

Me llamó la primera vez que entré al servicio era el piso, porque eran unas baldosas con un relieve, con cerámicas especiales que yo no había visto nunca, en su momento creo que las mandaron a hacer especiales para ahí, creo que sí, este eran levantadas la cerámica, levantadas como una goma, eso me llamó la atención cuando entré a trabajar ahí. ,lo tiene todavía, todo muy bien conformado, todo muy pensado, me acuerdo que uno entraba y había

⁶¹ Alejandro Ascitutto Se desempeñó como médico geriatra en la Unidad de Geriatría a cargo del profesor Ángel Papeschi. Desde ese momento y por varios años desplegó su actividad gremial en la filial Ramos Mejía de Médicos Municipales, hasta que en 1989 es designado como Director General Adjunto de Hospitales de la Dirección General de Atención Médica de la Secretaría de Calidad de Vida. Un año después fue designado Director en dicha secretaria. Es en 1994 cuando se lo designa Jefe de la División Coordinación Arancelamiento y en el mismo año como Director General de la Dirección General Programas Operativos de la Secretaría de Salud, hasta su renuncia en Noviembre de 1995. Un año después se lo designa Sub-director Médico del Hospital Ramos Mejía, cargo que ocupa hasta abril de 1998 en que presenta su renuncia, continuando en la jefatura de la División Arancelamiento. Autor de numerosos artículos de su especialidad, publicó en 1995 su primer libro referido a "Hospitales Municipales y Políticas de Salud" y posteriormente "Salud: una reforma pendiente". Continuó ejerciendo la jefatura de la División Arancelamiento hasta días previos a su fallecimiento que se produjo el 27 de octubre del 2004.

Disponible en http://www.llave.connmed.com.ar/portalnoticias_vernoticia.php?codigonoticia=840.

una dependencia con una oficinita, que nosotros cuando trabajábamos de noche el personal se quedaba ahí, en donde estaba el teléfono y era más cómodo. En sí el servicio era todo lindo, en la parte de abajo había una dependencia en donde estaba el teléfono, después al lado estaba el cuarto del jefe de servicio y después estaba el baño de los pacientes, abajo era de mujeres, eso era a la izquierda a la derecha había una escalera especial, con descansos y un ascensor, el edificio tenía 3 pisos, planta baja, primer piso y segundo piso. De mujeres creo que tenía seis mujeres abajo y 7 hombres arriba, las camas estaban boxeadas, enfrentadas, en un lado estaba el baño y al otro costado el baño de higiene en donde había una ducha y una bañera con barandas altas para que el paciente se agarre y se incorpore y no se caiga. Los baños eran comunes, había un bañito que tenía también barandas, no recuerdo bien, el primer piso era igual, y el segundo piso tenía la misma disposición que el piso de mujeres.”

b. Modalidad de asistencia.

“Una de las ordenes que había era que el viejito no se podía quedar en la cama porque se entumece todo, por eso le decía yo un ratito que solo el 20 % se quedaba en la cama. Si se podían mover, se los ayudaba, se les daba el andador, despacito se trasladaban... no se quedaban en la cama.

Eso si había que usar un tiempo importante para llevarlo hasta el comedor, el comedor estaba en el segundo piso, entonces había que sentarlos. Si la comida la traían a las 12,30, nosotros a las 12 comenzábamos a trasladar a los que tenían más dificultades, para que cuando llegara la comida estuvieran sentados en su mesa. ”

“ ...había mesas una cantidad de mesas ,y un televisor pero los viejitos que deambulaban se los llevaba a tomar el desayuno, a almorzar , a merendar, a cenar siempre y cuando había alguna película se los llevaba y se los dejaba.

Así y todo los pacientes que eran dependientes y se los podía incorporar había que llevarlos, y los llevábamos. Charlaban, para mi eso era una de las terapias que ellos tenían, se sentaban en mesitas de a 4, elegían, y el que estaba en silla de ruedas, se quedaba ahí o decía, yo quiero con fulano, o llevame con menganito ”

“Si era enfermera, trabajábamos juntos, nosotros éramos dos enfermeros del servicio y nos teníamos que ayudar. Para movilizar una persona de 70, 80 Kg. Nos teníamos que ayudar, todos no son delgaditos, hay personas gorditas, ahí hay que movilizarlo, sentarlo, trasladarlo a la silla, de allí al comedor, a veces dependía de cada uno, si había un lindo día los llevábamos a los viejitos debajo del árbol o como teníamos terraza los llevábamos a tomar sol, los que

caminaban se iban solos a la terraza a tomar sol, los que tenían problemas nosotros los ayudábamos.”

c. Población asistida.

“Hubo una etapa en que venían de geriátricos a la miseria, como si el viejo hubiese sido tirado, yo he visto lastimaduras en los miembros superiores e inferiores para que los contengan de alambre, ataduras, algunos que tenían algún problema, Alzheimer , venían con lastimaduras de estar atados a la cama con alambre, una cosa es contarlos y otra cosa es verlo, así los traían...”

“De todo, el hospital recibe de todo, y geriatría recibía en ese momento de todo, gente derivada de la guardia, gente que venía de hogares, de los geriátricos descompensados, generalmente venían deshidratados en verano, de eso me acuerdo mucho.

Algunos venían con neumonía y desnutrición”

“ A mi me parece que al que no está contenido se lo atendía mas, depende de la familia que tenga, hay familias para las que el viejito es el tesoro mas grande que tiene y hay familias que están esperando que se termine ya. ”

d. Giro cama.

“ Se quedaban, tenían estadías de 20 días, tenían estadías prolongadas, pero generalmente se retiraban bien salvo que eran casos irreversibles, a veces cuando venían deshidratados que no podían caminar o tenían una neumonía o una cosa así, mientras se le administraban los antibióticos y se le daba lo que necesitaba, pero muchos se iban bien, pero muy bien ”.

“No se decirle, no recuerdo, el giro cama era muy lento, muchos de los que venían muy mal fallecían, no en una cantidad uhh pero fallecían, porcentaje, no sé, no sé decirle”

e. Dificultades.

“ La movilidad , el trabajo, el poner el 50 % de los paciente con movilidad reducida en silla de ruedas o con ayuda , había que sentar el viejito, esperar que no se maree, sostenerlo y después trasladarlo a la silla, para eso tengo que hacer un esfuerzo físico , tenía que agarrar, hacer fuerza, estando solo tenía que hacer lo mismo , porque dependemos de las autoridades ,si se sabe que en ese servicio las cosas se hacen así , me ve la jefa de otro servicio y ven los pacientes acostados, ya se sabe que no es así. Aparte a todos los paciente había que darles de comer, esa era la normativa del servicio, hay viejitos que no sabían comer, o querían comer y no podían poner la cuchara en la boca, porque tenían Parkinson y uno es humano y no podés dejarlo que se ponga la cuchara en la frente”

“En el servicio no había una residencia de médicos cuando se caían los viejitos, cuando se necesitaba de un médico, ahí le puedo asegurar que no venían...lo que pasa es que hay mucho servicios en el Hospital que cuentan con esa asistencia, digamos de lunes a viernes hasta las 12 del medio día digamos están los médicos de planta, hasta el otro día no hay nada.”

8.3.2. Entrevista realizada a la enfermera de geriatría.

a. Estructura edilicia.

“La unidad consistía en 9 camas en planta baja, y había un baño muy “sostificado” con ducha de mano, con pisos “deslizante “para que no se resbale, era muy completo.

Las camas eran 9 camas, con camas ortopédicas para personas mayores tenía una mesa de luz para tener sus cosas y una mesita giratoria..., luego había las camas para los hombres, y en el último piso había un comedor, que tenía mesas individuales”

“Yo no recuerdo los nombres de los otros médicos, lo que recuerdo era que había 9 camas abajo y 10 camas arriba para los hombres”

b. Modalidad de asistencia.

“Cuando la persona no podía, nosotros teníamos que asistirlo y darle de comer, ayudarlo a tomar la leche, luego había las camas para los hombres, y en el último piso había un comedor, que tenía mesas individuales. Entonces nosotros llevábamos en silla de rueda a los que podían ir a comer y valerse por si solos. Había “trípoli”, sillas plegadizas, era muy perfecto el servicio. Cuando terminaban de comer arriba, se los bajaba a cada uno en su cama.

“Nuestra relación era muy buena con los pacientes, lo que yo tenía era que se me pegaba mucha gente grande incluso hasta ahora, cuando se tenían que ir de alta querían que tenía quedarme yo con ellos”

“Era un servicio muy completo. Yo trabajé en geriátrico pero lo que yo vivía aquí no lo ví nunca, no lo he visto en otro lado”

“..me acuerdo que cuando venían porque tenían escasa alimentación, se le ponía sonda naso gástrica y se lo alimentaba con comida por sonda, con comida preparada en la cocina, a veces venían por problemas de masticación y con el tiempo volvían a su hogar recuperados. Eso se hacía porque era geriatría, en clínica médica aunque ellos no quieran decirlo no lo iba a hacer.”

c. Población asistida.

"Había mucho tipo de gente, en un tiempo había un sanatorio que se cerró, Santa Isabel, que era privado y se llenó la unidad de geriatría de altas, que estaban pagando en otro lado, por lo general venía los pacientes de los geriátricos, gente escarada de tanta cama, porque la orina quema, cuando se le podía poner una sonda o rotarla más seguido y que no estén con los pañales mojados ya se sentaban, lateralizarlo al paciente. No había ninguna diferencia los que necesitaban entraban. Hubo muchos pacientes de sanatorios que no le daban un cuidado intensivo, por las camas "numerarias" a veces, tenían en un geriátrico 60 camas con 2 enfermeras.

Aquí éramos una enfermera para abajo y un enfermero para arriba, todo el día, no se contaba con mucho personal."

"Nuestra relación era muy buena con los pacientes, lo que yo tenía era que se me pegaba mucha gente grande incluso hasta ahora, cuando se tenían que ir de alta querían que tenía quedarme yo con ellos"

"Los turnos se organizaban, estaba el doctor que la trajo a Ud. que era residente en esa época, la doctora Bou Perez que trabaja arriba en Programática y María Teresa, le decían Marité, había un doctor que se fue jubilado. Había una mucama, una ayudante que traía la comida caliente para todos, pero la enfermera nada mas era la que cuidaba al paciente para cambiarle la ropa, bañarlo. Se le daba en la cama únicamente a los que no podían deambular. Una enfermera por turno para 9 pacientes y había que hacer los cambios de ropa, las venocrisis."

"Las visitas de los familiares tenían acceso a la hora de visita eran de 14 a 15 horas, así le traían alguna colonia, una toallita que le faltara, algún pañal. Había una muy buena relación con la familia "

"Ah, nosotros los llevábamos a bañar, tenían todas las comodidades, pero nunca los dejábamos solos nunca se los dejaba solo siempre teníamos que estar atentos"

"Cuando se cambiaba el turno Se hacía en el report todos los movimientos que se hizo durante el turno y se le decía oralmente, si el paciente fue trasladado, si tuvo fiebre, si tuvo diarrea, toda la información."

d. Giro cama.

"Yo recuerdo muchos pacientes que volvían rehabilitados a la casa"

"....a veces se quedaban muchos meses en el servicio, hasta que se rehabilitaban,

"...Por lo general se iban a la casa y si no tenían casa se iban al Martín Rodríguez, también iban los hombres al Martín Rodríguez, si no los llevaban a internar a los geriátricos, si la familia no lo podía atender".

e. Dificultades.

"En un momento si un paciente se descomponía no lo atendían en la guardia, no había guardia médica permanente "

"En la guardia tenía que haber un geriatra. Cuando el Dr. Papeschi se iba, nosotros dependíamos de la guardia que no venía, no podía ser que un paciente quedara abandonado por que no se porqué tiraban la bronca, como quien dice , los médicos de guardia para venir, entonces si no venían nosotros lo llevábamos que los atiendan en la guardia, y no se que pasaba, decían que eran de geriatría que los atendieran los de geriatría, se molestaron los de la guardia y así sacaron geriatría y pusieron pediatría., realmente , si a pediatría no le sirve ese lugar, sacaron todo."

"Es el chalet que está ahí en el primer edificio, y es necesario que haya un edificio, un ser humano que llega a esa edad en la última etapa de su vida, cuando una persona es grande necesita un cuidado intensivo, en una cama de clínica médica, que están 24 camas no podés darle todo el confort que hay que darle, pero son cosas políticas me parece a mí. Desapareció geriatría, cuando fue al primer piso, cuando fue al primer piso ya no fui, que estaba uno médico que era militar, El doctor Arseno, se encariñó cuando vio como trabajaba yo con los pacientes, y quedaron 8 camas, en el primer piso, pero geriatría no iba a estar más, yo creo que era un problema de fondo por una persona que estuvo grave y no fue asistido en su momento, estamos pasando por lo mismo que cuando estaba en el edificio que los sacamos. . Y sacaron las camas después eran 4, después 2 y no dejaron ninguna."

" El Doctor Papeschi venían a las 7 y media y se iba a las 14 hs., los residentes también, yo creo que por eso se cerró. No había un seguimiento permanente y los sindicatos ,déljelo ahí"

"Un médico de clínica médica o un cirujano no sabe la patología que puede tener un gerontes, necesita permanentemente un geriatra en la guardia"

8.3.3. Entrevista realizada al último Jefe de la Unidad de Geriatría.

a. Estructura edilicia.

"Bueno, la unidad tenía dos plantas, creo que eran 24 camas, doce y doce, pero me parece que arriba había dos menos porque había un mueble ahí, creo que eran entre 20 o 24 camas

b. Modalidad de asistencia.

, lo diferente era la manera de encarar al paciente, que al final era en lo que se pretendía ser diferente. Todo paciente que entraba ahí, se le hacía una historia clínica tipo y la historia clínica además de los datos clínicos tenía todo lo referido a aspectos psicológicos y sociales a los que se les daba mucha importancia, se trataba de llamar a la familia para contactarse , especialmente para planificar el alta, en que era el momento en que había que preparar toda la estrategia para que el paciente no tuviera problemas , ehh ,estuvo funcionando desde el 79 hasta, ahí no le puedo decir exactamente la fecha pero 91,92."

c. Población Asistida.

"esteeee, bueno la entrada era como la de cualquier internación de agudos, por patología X, no era por problemas crónicos , había algunos casos así de pacientes crónicos , pero la mayoría era por patología aguda, las causas de internación eran sobre todo por problemas neurológicos, esteee respiratorios crónicos agudizados , cardiológicos, no era diferente en ese sentido a cualquier sala de internación clínica"

"...hacíamos cursos todos los años de Geriatria un curso anual un día por semana de clases teóricas, yo creo que todos los nuevos geriatras pasaron por esos cursos, aún en los peores momentos de falta de camas, de problemas en el Hospital seguimos con la actividad docente, tal es así que cuando nos dieron la sede de la unidad, lo más importante es el aula, al lado hay un cuartucho, y el aula está dividida por un biombo, es lo más importante"

"Todo eso es una lástima que no lo tengo, teníamos una página con los grados de dependencia, desde la dependencia total que eran pocos hasta la mínima, incluso con un dibujito, me acuerdo recién ahora...estoy ventilando un poco los recuerdos que tenía dormidos de la geriatría. "

"...eso de que le digan abuelos a los viejos no nos gustaba, ahora que yo estoy dentro de la edad geriátrica, tampoco me gusta, yo soy abuelo, tengo cinco nietos, pero me molesta que me digan abuelo, no me gusta que me digan abuelo, aquí en la calle en un negocio me dicen abuelo y no me gusta.

Y allá en la unidad jamás le decíamos abuelo a los viejos, tenían su nombre, tratábamos de sacar a todos de la cama, para que comieran en el comedor " .

"La asistente social entrevistaba, era una amiga de Papeschi, Pavia María Teresa Pavia, también era de la Colonia, cuando entraba el paciente se tenía una hoja social y ya se sabía con los recursos que contaba y si se le daba el alta si se lo podía trasladar a la casa, y cubrir el

momento mas riesgoso en el momento del alta . Pavía y había otra, pero la que mas trabajaba con nosotros....”

“Mire yo me acuerdo haber acompañado a delegaciones extranjera de todo el mundo, de países europeos a los que llevaban a ver y nosotros los acompañábamos”.

“Todo era muy lindo, lo hacíamos todo a gusto, hasta el consultorio, que a veces se despreciaba el consultorio externo lo hacíamos con gusto, las recorridas de sala solían ser interesantes, con el Jefe y cada uno aportando lo suyo, el estudio y discusión de casos que hacíamos en lo que era el comedor, reuniones....Todos los médicos, los concurrentes, los residentes y cuando el tema lo requería intervenía la asistente social, cada uno aportaba lo suyo , que era esta María Elena Pavía , debe estar jubilada , tenía mas o menos mi edad , ella era la principal conectada a la unidad, las demás eran así ocasionalmentela que hacía todo era ella, desde el ingreso ella llenaba una hoja y desde allí se trabajaba... ”

“Nosotros nos rotábamos para hacer cada uno una interconsulta una vez por semana, se iba a los distintos pabellones, por ejemplo nos llamaban mucho de traumatología, neurología , especialidades más bien quirúrgicas porque las clínicas no.....no nos iban a llamar, por ejemplo en otorrrino, el Ramos tiene un servicio de otorrrino yo hacía dos interconsultas, era una rotación semanal o cada quince días y después de acuerdo a cuando nos llamaran.”

“..al único lugar que derivábamos era a la Colonia, pero más que nada a nivel de conocimiento, no formal”

d. Giro cama.

“Y más o menos tenían un promedio de internación de 30, 35 días, en un momento bueno ...Salvo que hubiera un problema social, pero cuando un paciente entraba se trataba de poner todas las armas del servicio y las de la asistente social en un proyecto de asistencia”

e. Dificultades.

“Papeschi murió en el 90, y la unidad siguió un tiempo, yo quedé a cargo de la unidad y después se llamó a concurso, pero prácticamente ahí eran todos golpes para la unidad, en el Hospital era mal visto que hubiera un Servicio para Ancianos, cuestión de celos profesionales, cada uno trataba de cuidar su quintita y Ud. quiere creer que no me acuerdo como fue que nos dieron el garrotazo final”

“Era una cosa que se veía venir, se ve ,se ve , con la desactivación se fue pasando a otras salas pero ya perdíamos toda la autarquía que teníamos, de allí pasamos a Clínica Médica , pero

estábamos muy reducidos teníamos 4 camas. Seguíamos con la actividad de consultorios externos, con la actividad docente a la que nunca descuidamos, pero ya la cantidad, la importancia de la unidad de geriatría prácticamente había desaparecido. Ahora actualmente creo que no tienen 4 camas, y no sé cuántos médicos tiene. "

"Lo que ocurre que un paciente de 65 años era un paciente más de clínica médica, entonces porqué nosotros teníamos que tener internadas a las personas mayores de 65 años y no tenerlos internados en clínica médica. Lo que pasa es que no se miraba que la manera de encarar al paciente, el tratamiento social, psicológico era distinto, lo único que se veía era que porqué los pacientes de 65 años los iban a atender ustedes y no nosotros"

"Yla guardia funcionaba de forma aséptica, técnicamente perfecta pero lo demás, no se tenía en cuenta el tipo de paciente que era, por suerte nosotros no teníamos mucho contacto con la gente de guardia, pero las veces que venían generalmente estaban muy bien atendidos técnicamente pero ...demasiado fríamente para nosotros..."

8.3.4. Entrevista realizada al Jefe actual de la Unidad de Geriatría Residual.

a. Estructura edilicia.

"El pabellón de los internos creo que se creó en marzo de 1979, el consultorio en enero de 1978"

" El pabellón estaba emplazado independiente, creo que fue modificado, antes estaba allí otorrinolaringología y oftalmología."

Tenía pisos antideslizantes, escaleras con barandas, pasamanos, ascensores que funcionaban, llamadores en cada cama, luces de orientación nocturna, agarraderas en los baños, bañeras centrales en cada piso, tanto para los hombres como para las mujeres.

En el primer piso estaba la sala de hombres, en el segundo la sala de mujeres y en el 3º piso el comedor.

b. Modalidad de asistencia.

"Que exista el comedor fue un gran esfuerzo. Todos afirmaban que no era necesario, ¿para qué un comedor? que los viejos coman en la cama, como todos..."

"En lo interno de la unidad la tarea se realizaba a pesar de que algunos enfermeros reclamaban que el reglamento no los obligaba por ejemplo a trasladar los internos al comedor."

"El criterio de lo nocivo que es para el adulto mayor la falta de movilidad, determinaba que salvo que los internos estuvieran en muy mal estado general había que llevarlos al comedor"

"Lo que diferenciaba a la unidad es que se contaba y se convocaba a la familia, enfermería tenía un entrenamiento que los llevaba a contar con la familia, durante la internación y en la preparación para el regreso a su casa. Era un buen resultado, al paciente le iba mejor, a la familia le facilitaba y los enfermeros tenían menos trabajo"

"Siempre se dictaban cursos por lo tanto los enfermeros tenían formación gerontológica"

"Papeschi tuvo una visión cuando hizo que la unidad dependiera directamente del Departamento de Medicina del que dependen todas las especialidades médicas, lo cual favoreció lo administrativo de la unidad".

c. Población Asistida.

"Nosotros recibíamos la población de cualquier unidad del Hospital. La guardia servía de filtro para la derivación. Si el paciente era atractivo iba a clínica, si era un caño iba a geriatría. "

d. Giro cama.

"Dependía de las condiciones del ingreso... 30 o 40 días por cama"

"Más o menos 140 egresos por año"

e. Dificultades.

"Había una falla importante, el aislamiento del pabellón .Independientemente a lo difícil que era el traslado de los pacientes, había falta de camilleros dado que se negaban a hacer el procedimiento. Por lo tanto al traslado lo hacían los enfermeros con diferentes grados de aplicación."

"Yo creo que la solución hubiera sido que haya un geriatra en la guardia, el problema mayor era el acceso a la guardia"

"Sucedían algunas cosas, por ejemplo los llamadores tenían un largo cable para que fuera accesible al viejo, entonces a veces lo transformaban en una trenza para que el viejo no pudiera llamar para pedir algo..."

"Cuando pasaron a clínica médica primero dejaron 8 camas, luego 4, después 2 y ahora ninguna para geriatría"

" A pesar de ello había resistencia a la especialidad, la competencia con geriatría existía al igual que existió con pediatría. Existe conflicto de intereses en el territorio de la acción, acá y en todo el mundo.."

8.4. Poster.

El documento que se presenta a continuación es valorado desde la mirada histórica como un vestigio a través del cual se puede inferir el significado que tenía para Angel Papeschi la vejez. Se puede apreciar que dicho significado atravesaba el modelo de atención de la Unidad de Geriatría del Hospital J. M. Ramos Mejía.

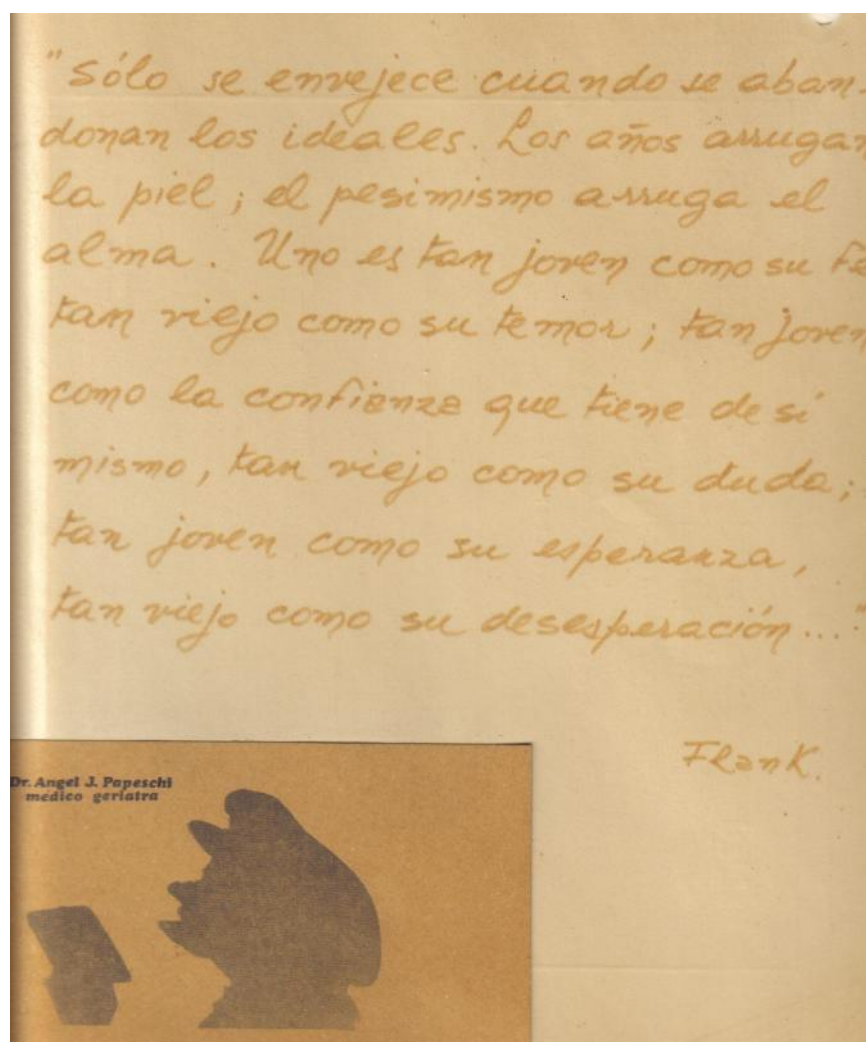


Figura 7-1: Poster que se encontraba frente al escritorio del Dr. Ángel Papeschi

8.5. Testimonios y documentos.

Pese a que resultó dificultoso acceder a testimonios y documentos; los obtenidos aportan a componer las condiciones cotidianas en que desarrollaba su actividad el equipo de la Unidad de Geriátrica del Hospital J.M. Ramos Mejía.

⁶² "Soy Lic. en Kinesiología y dependía de la Fuerza Aérea.

¿Dónde? En el Instituto Geriátrico de la Fuerza Aérea, el Dr. Papeschi era Asesor. No se imagina Ud. lo que fue para mí, que yo, presentara un trabajo en el 2º Congreso de Gerontología y Geriátrica, o participara en un panel en donde el Presidente del Congreso era el Doctor Francisco Guillén Llera!!!!

Yo participé en múltiples Congresos y ahora dirijo el Hogar Nuestra Señora de Luján de la Obra Social de la Fuerza Aérea.

Mire yo fui muchas veces a cursar en el Ramos Mejía, el Dr. Papeschi le daba mucha importancia a todas las profesiones, fíjese en los certificados que le di. Yo presenté en 1979 un trabajo llamado "Tratamiento combinado médico- kinésico en arteriopatía obstructiva de miembros inferiores" Hace 30 años, el Dr. Papeschi le daba un lugar a los Kinesiólogos en su equipo. No como paramédicos, sino que nos respetaba la formación, se podía hablar, escuchar rebatir....éramos un equipo ."

Cuando se realizaban las reuniones de equipo para trabajar un caso, Ángel Papeschi, llevaba la foto del paciente, que casi siempre era artística.

Entendía que sin señalarlo verbalmente, los profesionales iban a tener presente que su tarea era cuidar a esa persona. Las fotos quedaban en la historia clínica con las indicaciones. Una de las enfermeras nos proveyó las que se muestran en la Figura 7-2, Figura 7-3, Figura 7-4 y Figura 7-5.

En las reuniones se recordaba el siguiente concepto:

⁶³"La historia clínica la había definido como "el relato de los sucesivos encuentros entre dos hombres", llegando a la conclusión de que "en que ambos uno en tanto médico, otro en tanto enfermo son a la vez naturaleza y persona".

⁶²Entrevista realizada al Lic en Kinesiología Jorge Battezzati,

⁶³ Laín Entralgo P. La Historia Clínica. Ed. Consejo Superior de Investigaciones Científicas: Madrid, 1950



Figura 7-2: Foto utilizada para recordar quién era el paciente en las reuniones de equipo (I).



Figura 7-3: Foto utilizada para recordar quién era el paciente en las reuniones de equipo (II).

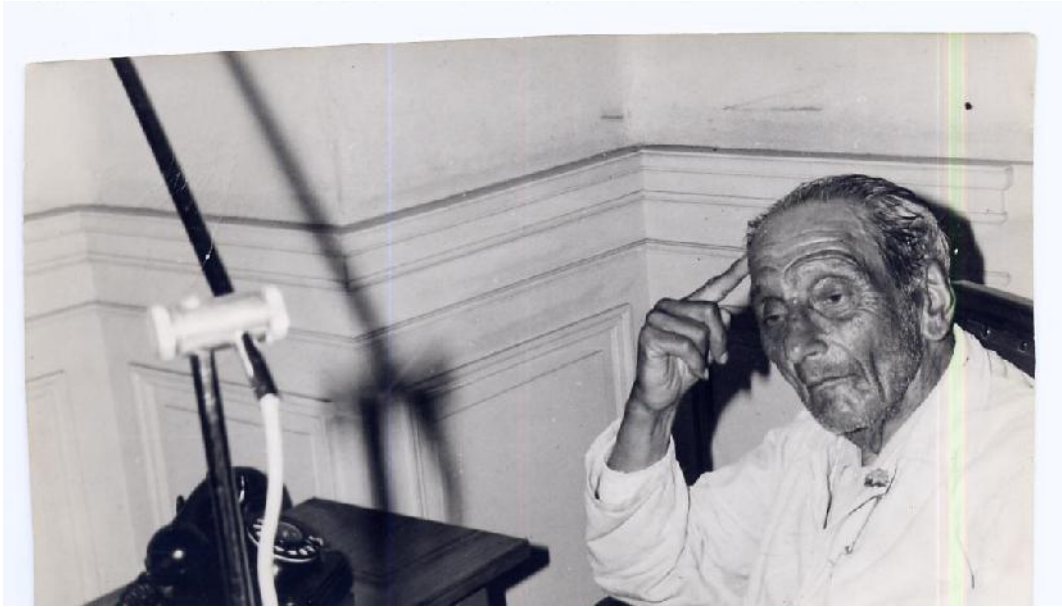


Figura 7-4: Foto utilizada para recordar quién era el paciente en las reuniones de equipo (III).



Figura 7-5: Foto utilizada para recordar quién era el paciente en las reuniones de equipo (IV).

Exploración acerca de los posibles motivos de la desactivación de la Unidad de Geriátrica del Hospital José María Ramos Mejía.

9 Exploración acerca de los posibles motivos de la desactivación de la Unidad de Geriatría del Hospital José María Ramos Mejía.

9.1 Introducción.

En el fracaso de la implementación del Plan Gerontológico Municipal (1978) presentado por el Ángel Papeschi intervinieron varias causas relacionadas, e interpretarlas requiere incluir la voz de los propios actores que mediante sus perspectivas y testimonios contribuyen a dar cuenta de los hechos. Las citas de entrevistas han sido textuales respetando dichas voces.⁶⁴

La desactivación de la Unidad de Geriatría del Hospital J. M. Ramos Mejía constituye un ejemplo paradigmático de esta situación, y la exploración de los testimonios posibilita identificar las singularidades que caracterizaron a dichas unidades y las posibles causas de sus desactivaciones.

Mediante el análisis de los contenidos observados en las entrevistas surgieron ciertos ejes que dan cuenta de posibles factores que ayuden a explicar los hechos, los cuales se pueden ordenar de acuerdo a:

1. La apertura de la unidad.
 - a. Fecha.
 - b. Responsable.
 - c. Estructura edilicia y utillaje.
 - d. Modalidad de asistencia.
 - e. Población asistida.
 - f. Dificultades.
2. Las posibles causas de la desactivación.
 - a. Políticas.
 - b. Conflicto de Intereses.
 - c. Dependencia de la Unidad en el Organigrama.

⁶⁴ Los comentarios de la entrevistadora, la Tesista se encuentran entre paréntesis y cómo PE las preguntas efectuadas por la misma.

- d. Sindicales.
- e. Viejismo.
- f. Disputas de poder.
- g. Estigmatización de la Unidad.
- h. Cuestionamiento de la Geriatría cómo especialidad.

Se presentan a continuación siete entrevistas organizadas de acuerdo a los ejes y factores mencionados.

9.2 Entrevistado N° 1. Enfermero, varón, 59 años.

9.2.1 Apertura de la Unidad.

a. Fecha.

"No recuerdo puede ser 18 años atrás, más o menos."

b. Responsable.

"Dr. Papeschi, Dr. Franco, Doctor Hadid, Dos médicas jovencitas y un doctor canoso."

c. Estructura edilicia y utillaje.

"Me llamó la primera vez que entré al servicio era el piso, porque eran unas baldosas con un relieve, con cerámicas especiales que yo no había visto nunca, en su momento creo que las mandaron a hacer especiales para ahí, creo que sí, este eran levantadas la cerámica, levantadas como una goma, eso me llamó la atención cuando entré a trabajar ahí. ,lo tiene todavía, todo muy bien conformado, todo muy pensado, me acuerdo que uno entraba y había una dependencia con una oficinita, que nosotros cuando trabajábamos de noche el personal se quedaba ahí, en donde estaba el teléfono y era más cómodo. En sí el servicio era todo lindo, en la parte de abajo había una dependencia en donde estaba el teléfono, después al lado estaba el cuarto del jefe de servicio y después estaba el baño de los pacientes, abajo era de mujeres, eso era a la izquierda a la derecha había una escalera especial, con descansos y un ascensor, el edificio tenía 3 pisos, planta baja, primer piso y segundo piso. De mujeres creo que tenía seis mujeres abajo y 7 hombres arriba, las camas estaban boxeadas, enfrentadas, en un lado estaba el baño y al otro costado el baño de higiene en donde había una ducha y una bañera con barandas altas para que el paciente se agarre y se incorpore y no se caiga. Los baños eran comunes, había un bañito que tenía también barandas, no recuerdo bien, el primer piso era igual, y el segundo piso tenía la misma disposición que el piso de mujeres."

d. Modalidad de asistencia.

"Arriba había una cocina, había un comedor con un televisor, nos traían de la cocina general la comida venían en los carros estos y había una cocinita con un anafe , un cuarto de máquinas

en donde estaban los termos y todo eso. Un bañito para el personal la cocina chiquitita, creo que se dice Kitchenette y un comedor grande, grande, tendría más o menos 5 o 6 metros, había una cantidad de mesas, y un televisor pero los viejitos que deambulaban se los llevaba a tomar el desayuno, a almorzar, a merendar, a cenar siempre y cuando había alguna película se los llevaba y se los dejaba.”

“Así y todo a los pacientes que eran dependientes y se los podía incorporar había que llevarlos, y los llevábamos.”

“Las generalidades de enfermería sobre todo paciente. Una de las órdenes que había era que el viejito no se podía quedar en la cama porque se entumece todo, por eso le decía yo un ratito que solo el 20 % se quedaba en la cama. Si se podían mover, se los ayudaba, se les daba el andador, despacito se trasladaban... no se quedaban en la cama.

Eso si había que usar un tiempo importante para llevarlo hasta el comedor, el comedor estaba en el segundo piso, entonces había que sentarlos. Si la comida la traían a las 12,30, nosotros a las 12 comenzábamos a trasladar a los que tenían más dificultades, para que cuando llegara la comida estuvieran sentados en su mesa.”

“Yo pienso que el 70, 80% iban al comedor, con sus andadores, había andadores, sillas, tripodes. Y salvo que estuvieran muy mal todos iban.”

“Charlaban, para mi eso era una de las terapias que ellos tenían, se sentaban en mesitas de a 4, elegían, y el que estaba en silla de ruedas, se quedaba ahí o decía, yo quiero con fulano, o llevame con menganito.”

“Igual que en cualquier servicio de enfermería, quien está más delicado, menos delicado, quien se portó mal, son pacientes gerontes y de repente no están ubicados en tiempo y espacio y de repente hacen lío, se portan mal y tienen que tener una medicación apropiada para que se queden tranquilos, así y todo muchas veces la medicación no hace efecto.”

“Imagínese que en una sala con 7 pacientes de los cuales son todos dependientes o semidependientes lo mínimo que me puede llevar hacerle un baño es media hora, lo menos, porque entre que lo levanto y lo espero porque camina muy despacito, porque tengo que esperar que no se maree, que si no camina lo tengo que llevar con el andador, sostenerlo en la ducha porque en la bañera no lo puedo poner porque me caigo con el y nos bañamos los dos, que es lo de menos, el riesgo de un accidente, este cuánto tiempo aguanta abajo del agua y ponerle a la temperatura adecuada la canilla y bueno, abuelo vamos ...lo menos que me llevaba era media hora, lo menos , a todos no iba a bañar, porque después estaba todo lo demás ,

darles de comer y algunos no contienen esfínteres ,cosa muy importante que a uno le lleva mucho tiempo”

“Se quedaban, tenían estadías de 20 días, tenían estadías prolongadas, pero generalmente se retiraban bien salvo que eran casos irreversibles, a veces cuando venían deshidratados que no podían caminar o tenían una neumonía o una cosa así, mientras se le administraban los antibióticos y se le daba lo que necesitaba, pero muchos se iban bien, pero muy bien.”

e. Población Asistida.

“De todo, el hospital recibe de todo, y geriatría recibía en ese momento de todo, gente derivada de la guardia, gente que venía de hogares, de los geriátricos descompensados, generalmente venían deshidratados en verano, de eso me acuerdo mucho.”

“Algunos venían con neumonía y desnutrición”.

“Depende la cultura de cada paciente también, hubo una etapa en que venían de geriátricos a la miseria, como si el viejo hubiese sido tirado, yo he visto lastimaduras en los miembros superiores e inferiores para que los contengan de alambre, ataduras, algunos que tenían algún problema, Alzheimer, venían con lastimaduras de estar atados a la cama con alambre, una cosa es contarlo y otra cosa es verlo, así los traían.”

“De por sí por más que uno tome los recaudos necesarios para contenerlos y que no se lastime, así y todo se lastiman, Se lastiman porque no están dentro de su cordura por así decirlo.”

“Yo he visto a profesionales de acá sin dar nombres, porque a veces las cosas malas uno se las olvida, entró una paciente soltera, dueña de una mansión en la zona sur y ella dijo que tenía un familiar, el familiar era médico de acá, se enteró y vino a verla, le trajo el agüita , la colonia vino verla dos días, le decía hola tía como estás, tía porque era el único familiar que le quedaba, porque era una señorita. Le trajo unos papeles para que firme, he visto que venían con escribano para que firme sobre sus pertenencias, su propiedad. Algunos le agarraban las manos para que firmen, ellos no podían solos, los bienes materiales ...no.”

f. Dificultades.

“... yo era personal de la tarde y en ocasiones lo veía y lamentablemente había un sistema como el que hay en Neumo, en donde no había una residencia de médicos y esta situación que se está viviendo ahora actual se vivía en aquél tiempo, cuando se caían los viejitos, cuando se necesitaba de un médico, ahí le puedo asegurar que no venían.”

"...., lo que pasa es que hay mucho servicios en el Hospital que cuentan con esa asistencia, digamos de lunes a viernes hasta las 12 del medio día digamos están los médicos de planta, hasta el otro día no hay nada"

"....., no tener elementos, que también sucedía , algodón no alcanzaba, sábanas no alcanzaba , pañales , si bien en ese tiempo ya había pañales que no eran de la calidad que hay ahora , como para los chicos, la familia no compraba , el hospital no proveía , la obra social tampoco. Yo no sé si tenían obra social, pero la mayoría la obra social no lo cubría, entonces había que estar a disposición, por más que al paciente se lo levante al baño, si es incontinente, ¿qué hacemos?"

"Había elementos pero no los necesarios, escaseaban, quizá antes escaseaban mas que ahora, eso era así justito y menos de lo justito."

".....Yo pienso que eso ha de ser todo político, en el sistema de salud si existe un área determinada donde se atiende una patología , como es este Hospital que tiene muchos servicios, cirugía, neurología , clínica cardiología...y existen otros servicios como el nuestro Neuma, y en aquél tiempo geriatría, tendría que estar cubierto por un médico, un enfermero tiene limitado el accionar, yo no puedo accionar si no viene un médico, yo en definitiva yo soy como un soldado, el médico viene y me dice , hacé tal cosa y yo voy y lo hago dentro de lo que me ampare mi , la ley, yo le expliqué hace un ratito lo que pasa cuando mi compañera no está o se fue al baño, y se me descompone un paciente y llamo al camillero y tengo que ver si el camillero también no es único en el hospital y se encuentra trasladando a una parturienta o un accidente y tengo que salir yo y dejo la sala sola , hasta que venga mi compañera y se pregunta dónde está mi compañero. Entonces ve la cama vacía y supone que se lo habrá llevado por algo."

"Ocurría que no venía guardia, teníamos que salir nosotros con los pacientes para allá, mas de una vuelta, un viejito se levantaba, se mareaba y se caía, entonces lo llevábamos para que lo suturen. Allí lo atendían, porque lo llevábamos, porque al ver un accidentado así acompañado por personal del Hospital. Nosotros los teníamos que llevar, la guardia venía muy ocasionalmente, así que nosotros los teníamos que llevar."

9.2.2 Posibles causas de la desactivación:

a. Políticas.

"No sé, no tengo la menor idea, me imagino que serán cuestiones políticas, me imagino."

"Tener ocupado un espacio físico que estaba muy lindo para atender a los viejitos y pusieron en su lugar pediatría que tuvieron que remodelar todo...lo que pasa es que es un hospital viejo y

las dependencias están en lugares chicos, pero es la historia del hospital, desde cuando no se hace un hospital nuevo, está relegada la salud en este país me parece a mí. Este hospital tiene 116 años, cuántas remodelaciones pudo haber tenido en 116 años, ese era un servicio nuevo, que lo habían hecho a full para esa función, porque lo cerraron por cuestiones políticas, no sé sacaron para poner pediatría, un servicio semejante, con más disposición, agarraron y lo pusieron en ese servicio que para la calidad y cantidad de pacientes que estaban estábamos cómodos y para pediatría no va, por más que le hayan hecho reformas.”

b. Conflicto de Intereses.

“Sí, un enfermero de geriatría, este, uno piensa que la política no tiene nada que ver, yo pienso que todo es política, y todo lo que venimos hablando de cómo es el hospital y la comunicación de todos, este, con el sistema, se dice una cosa y es otra, todas las autoridades dicen una cosa y es otra, todas en todos sistemas, educación salud, a nosotros nos toca salud y yo le puedo decir que uno se acercó a la guardia, la comunicación con la guardia puede ser buena, pero cuando están todos los elementos que tienen que estar, pero cuando hay una persona sobrecargada para una guardia, o dos o tres, la comunicación no va a ser buena, no sé si me explico ...”

“Yo ahora no recuerdo, garganta, urología que tienen guardia pasiva, neumotisis, stroke que es un servicio nuevo, geriatría en su momento, hay tres personas para atender la demanda interna y externa en su momento en el horario que llegue, pero de repente yo que se cuántos médicos tienen que estar designados en la guardia, por decir algo 20 números designados en la guardia de 24 horas, nadie va a aguantar 24 horas en pie (cambia el tono, el gesto es de perspicacia) me entiende, eso es fundamental y depende del trabajo que tengamos, que haya en el hospital para la guardia, se deben turnar, pero a veces hay menos que los que tiene que haber, ellos dicen bueno vamos a trabajar de tal hora a tal hora, pero depende del momento del día en que llegues y a veces queda uno solo, esa es la pura realidad en la guardia, y para todo el hospital, Ud. ya le digo, me va a mandar preso, pero los médicos tienen que cumplir un horario y no lo cumplen, no todos eh.”

“acá este hay muchos profesionales que tienen porque yo que sé, una semana de las cuales si cumplen dos horas por día es mucho, dicen que los hospitales tienen que funcionar de las 8 a las 8, Ud. venga acá a las 7 de la tarde, venga a las 6 de la mañana, antes de que empiecen a dar los turnos que empiezan a las 8 o a las 7 y Ud. ve que desde el Hall central viene la cola de gente hasta todo alrededor del Hospital, por lo menos ha de haber a la mañana temprano, 500 personas haciendo cola para un turno y a veces para determinada atención hay 10 numeritos y Ud. Tiene 100 personas. Es vergonzoso, aterrador. ”

c. Dependencia de la Unidad en el Organigrama.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

d. Sindicales.

"La movilidad , el trabajo, el poner el 50 % de los paciente con movilidad reducida en silla de ruedas o con ayuda , había que sentar el viejito, esperar que no se maree, sostenerlo y después trasladarlo a la silla, para eso tengo que hacer un esfuerzo físico , tenía que agarrar, hacer fuerza, estando solo tenía que hacer lo mismo , porque dependemos de las autoridades ,si se sabe que en ese servicio las cosas se hacen así , me ve la jefa de otro servicio y ven los pacientes acostados, ya se sabe que no es así. Aparte a todos los paciente había que darles de comer, esa era la normativa del servicio, hay viejitos que no sabían comer, o querían comer y no podían poner la cuchara en la boca, porque tenían Parkinson y uno es humano y no podés dejarlo que se ponga la cuchara en la frente."

"La sala era muy dura pero funcionaba coordinadamente con todo."

"Más de una vuelta yo decía bañé a dos y no baño mas, sigo con lo otro y tuve que levanta a bañar al otro o bañarlo en la cama porque se ensuciaba de los talones a la cabeza, ya sea con caca o hecho pis, entonces yo lo tengo que higienizar, luchar con los familiares con los elementos, eso era desgastador, es desgastador, si yo estoy internado, lo menos que puedo necesitar de mi familia..."

"Por ejemplo los sindicatos por un lado están bien y por otro lado están mal, hay gente que cumple sus funciones por el compromiso que tiene cada uno por la función ."

e. Viejismo.

"Yo creo que sí, hasta ahora, uno tiene una vida activa de un tiempo determinado hasta un tiempo determinado, por eso la mayoría de la gente , adulta grande que no se quiere ir, dejar de trabajar porque sabe que después es el acabose, después que no trabajo más que hago, así lo veo yo , capaz qué esté equivocado, pero hay muchas compañeras que tienen la cantidad de aportes y no se quieren ir y prolongan y prolongan, los médicos se van, y vuelven y bienvenido sea que den el conocimiento a la gente nueva, pero también no quieren irse por no dejar de ser lo que es."

"Yo a los viejitos los aprecio mucho, cada uno tiene su experiencia de vida, cada uno vive la vida a su manera ¿No? y ahora como puede, el viejito es muy castigado, igual que el niño ."

f. Disputas de poder.

"Todo influye, la política del hospital, el hospital es una monarquía en donde hay un Rey que supuestamente es el Director, así lo veo, yo hay distintos feudos, los feudos son los servicios en donde hay unos que tienen un poquito de poder más que otros, por lo que le pueden ser al Director de mas utilidad, de mayor envergadura para decidir ciertas cosas. Ellos saben que tienen un montón de especialidades y especialidades buenas. En su momento geriatría era una especialidad buena, por lo que yo tenía entendido en su momento cuando yo estaba, venían a verlo, era el servicio de geriatría mejor visto en Sudamérica y no sé si también en el mundo, recuerdo que venía gente de afuera a visitarlo y a ver como trabajábamos. El viejito estaba bien atendido a pesar de un montón de deficiencias, porque como yo le dije hace un rato, la salud parece que no conviene, es así, salud y educación son las cosas que están relegadas siempre."

" acá esto se soluciona a veces siendo verticalista, no me gusta la dictadura, que haya más conversación intercambio de ideas y que el jefe no sea uhhh el jefe ,que se reúna con la gente que trabaja sábado y domingo y que no venga bien con eso de ¡YO SOY JEFE! , y vas a hacer lo que yo digo porque yo soy jefe."

g. Estigmatización de la Unidad.

" Cuando uno llama a un médico, sabe que uno lo llama porque no hay, cuando el enfermero llama no es porque llama en vano, es porque ve un montón de síntomas de sintomatología del paciente que dicen que el paciente está andando mal , funcionando mal y que se lo necesita , así pasaba allá, si un viejito se me cae, si yo , suponga , a mi me ha pasado, se me cae el viejito y se le rompió la cabeza y hay que hacerle una sutura de 7 puntos por ejemplo, voy allá :- No, es un golpe.

Capaz que requería una tomografía, pero también hay que mirar, la edad que tiene y como va evolucionando bla, bla., una historia que la sabe el médico del servicio , no el médico que está de paso y que dice, bueno lo suture y listo, yo estoy acá , pero si veo que tiene un golpe muy importante lo mando a hacer una tomografía ,un estudio más complejo, que le quería decir con esto se me fue de la mente, y era lo que pasaba, no es lo mismo."

h. Cuestionamiento de la Geriatría Como especialidad.

"En el caso de geriatría el médico es especialista del lugar en donde está, porque en la guardia , está para atender lo que es urgente, lo que es agudo ahora no de un paciente que está internado y que supuestamente tiene una historia clínica en donde dice , lo que tiene y que cuando viene Ud. que es del Staff lo mira y le dice mirá como anduvo , si caminó , si tiene glucemia mas, menos , o tal o cual cosa, cuando viene el de la guardia, viene resuelve el

accidente y chau punto , con el desmedro que yo tengo que llevar el viejito para allá y yo no tengo uno, sino quince iguales, yo me voy para allá, lo llevo al viejito , mientras estoy allá lo estoy mirando o sosteniendo , o lo dejo y me voy porque te dicen quedate que ya termino o la enfermera que está ocupada , y con el sistema de salud bendito que tenemos que si me tengo que quedar atendiendo y ayudando para lo que sea necesario y cuando vuelvo acá me encuentro con que uno quiso bajar la escalera porque estaban comiendo y se me cayó de la escalera y yo ¿Qué hago? ¿Quién tiene la culpa?”

9.3 Entrevista N° 2 Enfermera, mujer, 60 años.

9.3.1 Apertura de la unidad.

a. Fecha.

“Yo estuve en el servicio de geriatría 8 años, yo empecé a trabajar en el 1982 hasta el 1990.”

b. Responsable.

“Si, le conocí al Dr. Papeschi, era el Jefe de todos nosotros.”

c. Estructura edilicia y utillaje.

“La unidad consistía en 9 camas en planta baja, y había un baño muy “sostificado” con ducha de mano, con pisos “deslizante” para que no se resbale, era muy completo.

Las camas eran 9 camas, con camas ortopédicas para personas mayores tenía una mesa de luz para tener sus cosas y una mesita giratoria.

Había “trípulis”, sillas plegadizas, era muy perfecto el servicio.

Era un servicio muy completo. Yo trabajé en geriátrico pero lo que yo vivía aquí no lo vi nunca, no lo he visto en otro lado .”

d. Modalidad de asistencia:

“Cuando la persona no podía, nosotros teníamos que asistirlo y darle de comer, ayudarlo a tomar la leche, luego había las camas para los hombres, y en el último piso había un comedor, que tenía mesas individuales. Entonces nosotros llevábamos en silla de ruedas a los que podían ir a comer y valerse por si solos.

Cuando terminaban de comer arriba, se los bajaba a cada uno en su cama.

Los turnos se organizaban, estaba el doctor que la trajo a Ud. que era residente en esa época, la doctora Bou Perez que trabaja arriba en Programática y María Teresa, le decían Marité, había un doctor que se fue jubilado.

Había una mucama, una ayudante que traía la comida caliente para todos, pero la enfermera nada más era la que cuidaba al paciente para cambiarle la ropa, bañarlo

Se le daba en la cama únicamente a los que no podían deambular. Una enfermera por turno para 9 pacientes y había qué hacer....”

e. Población asistida:

“Había mucho tipo de gente, en un tiempo había un sanatorio que se cerró, Santa Isabel, que era privado y se llenó la unidad de geriatría de” la alta”, que estaban pagando en otro lado, por lo general venía los pacientes de los geriátricos, gente escarada de tanta cama, porque la orina quema, cuando se le podía poner una sonda o rotarla más seguido y que no estén con los pañales mojados ya se sentaban, lateralizarlo al paciente. No había ninguna diferencia los que necesitaban entraban. Hubo muchos pacientes de sanatorios que no le daban un cuidado intensivo, por las camas “numerarias” a veces, tenían en un geriátrico 60 camas con 2 enfermeras.”

“Aquí éramos una enfermera para abajo y un enfermero para arriba, todo el día, no se contaba con mucho personal.”

“A los pacientes, nosotros los llevábamos a bañarse, tenían todas las comodidades, pero nunca los dejábamos solos, nunca se lo dejaba solo siempre teníamos que estar atentos.”

“En el cambio de guardia se hacía en el report todos los movimientos que se hizo durante el turno y se le decía oralmente, si el paciente fue trasladado, si tuvo fiebre, si tuvo diarrea, toda la información.”

f. Dificultades.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

9.3.2 Posibles causas de la desactivación.

a. Políticas.

“Yo pienso que fue política en general.”

“No se recupera porque lo que pasa es que hay que luchar contra la política del hospital, tiene que haber un servicio, aunque no sea igual, pero tiene que haber...”

“Mucho tiempo pasó para que le dieran un consultorio, todo por la política, antes hacían interconsulta, estaban en todos lados...”

“....aunque aquí sigo pensando que es la política del Hospital el problema , vas a ver.”

b. Conflicto de Intereses.

"En un momento si un paciente se descomponía no lo atendían de la guardia, no había guardia médica permanente, esa fue la gran causa por la que se cerró. En la guardia tenía que haber un geriatra. Cuando el Dr. Papeschi se iba, nosotros dependíamos de la guardia que no venía, no podía ser que un paciente quedara abandonado por qué, no sé, porqué tiraban la bronca, como quien dice , los médicos de guardia para venir, entonces si no venían nosotros lo llevábamos que los atiendan en la guardia, y no sé qué pasaba, decían que eran de geriatría que los atendieran los de geriatría, se molestaron los de la guardia y así sacaron geriatría y pusieron pediatría, realmente , si a pediatría no le sirve ese lugar, sacaron todo."

c. Dependencia de la Unidad en el organigrama.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

d. Sindicales.

"El Doctor Papeschi venía a las 7 y media y se iba a las 14 hs., los residentes también, yo creo que por eso se cerró. No había un seguimiento permanente y los sindicatos...."

e. Viejismo.

"Van cambiando directivos y lo tienen olvidado a la gente grande, a mi me parece que es eso, tendrían que ponerse de acuerdo y hablar los médicos, ellos que son médicos (sonríe) enfermera hay, pasa por la decisión de los médicos, enfermera tiene, si no hay que formar para que atiende."

"...nosotros en cardiología tenemos uno que quedó solo en la casa, se arregla como puede, es una vida ingrata, lo depositás ahí como un florero que lo depositás ahí y no lo vas a ver, yo como madre pienso con todo lo que he hecho por criar un hijo, es una vida ingrata , es lo que pasa."

f. Disputas de Poder.

"La unidad se cerró porque los médicos no se mentalizaron que a la unidad se la iban a cerrar por ese problema, la atención médica."

g. Estigmatización de la Unidad.

"Es el chalet que está ahí en el primer edificio, y es necesario que haya un edificio, un ser humano que llega a esa edad en la última etapa de su vida, cuando una persona es grande necesita un cuidado intensivo, en una cama de clínica médica, que están 24 camas no podés darle todo el confort que hay que darle, pero son cosas políticas me parece a mí."

“Desapareció geriatría, cuando fue al primer piso, cuando fue al primer piso ya no fui, que estaba uno médico que era militar, El doctor Arseno, se encariñó cuando vio como trabajaba yo con los pacientes, y quedaron 8 camas, en el primer piso, pero geriatría no iba a estar más, yo creo que era un problema de fondo por una persona que estuvo grave y no fue asistido en su momento, estamos pasando por lo mismo que cuando estaba en el edificio que los sacamos. Y sacaron las camas después eran 4, después 2 y no dejaron ninguna.

Tiene que haber un lugar con gente capacitada para hacerlo, un geronte es un geronte, no cualquiera puede atenderlo, es diferente.”

h. Cuestionamiento de la Geriatría cómo especialidad.

P.E. ¿Usted estuvo el día que cerraron la unidad?”

“Si (cambia la expresión) Yo tuve que poner a mis pacientes y llevarlas en las camillas, trasladarlos nosotros. Sentí una gran tristeza, para mí era un hogar, además de trabajo era un hogar para nosotros, uno se encariñaba con los pacientes, a veces se quedaban muchos meses en el servicio, hasta que se rehabilitaban, me acuerdo que cuando venían porque tenían escasa alimentación, se le ponía sonda nasogástrica y se lo alimentaba con comida por sonda, con comida preparada en la cocina, a veces venían por problemas de masticación y con el tiempo volvían a su hogar recuperados. Eso se hacía porque era geriatría en clínica médica aunque ellos no quieran decirlo no lo iban a hacer.”

“Un médico de clínica médica o un cirujano no sabe la patología que puede tener un geronte, necesita permanentemente un geriatra en la guardia Para mí esa era la solución, para mí es eso.”

9.4 Entrevista N° 3. Magister en Gerontología Social, mujer, 59 años.

9.4.1 Apertura de la unidad:

a. Fecha.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

b. Responsable.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

c. Estructura edilicia y utillaje.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

d. Modalidad de asistencia.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

e. Población asistida.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

f. Dificultades.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

9.4.2 Posibles causas de la desactivación.

a. Políticas.

"Vos fijate que en el 78, con el gobierno militar se crearon los hogares de ancianos, antes lo único que había era en Ituzaingó el Hospital de geriatría, y ese Hospital en el año 1978, junto con el Rawson y el San Martín, que eran el Alvear y el Rawson se transformaron en instituciones geriátricas. Encierran los viejos y a otros para el Mundial. Lo que ocurrió en el Ramos ha sido una combinación de situaciones políticas y resistencia al cambio."

"No es sencillo trabajar con objetivos claros, los políticos que te da la vida entienden un carajo, hasta que los convences tardan un año en ver que no los estás engañando, sino que es así, unos tardan un año, otros tardan más y están todas las presiones políticas de todos lados, no, no es sencillo no se puede creer, creo que no es sencilla la Argentina para laburar en esto de la salud , la educación, lo social, no es sencillo, pero me parece que no solamente con los viejos."

"El tema es como se abordan los temas,...la gerencia social de salud, la gerencia social de educación, si se aborda desde un lugar del conocimiento o se aborda desde un lugar netamente político."

"La prevención, la promoción de salud está ausente, se asiste la enfermedad, a nadie se le ocurriría poner de ministro de economía a alguien que no fuera un economista , fijate pusieron a Graciela Ocaña como ministra de salud, bueno el Gobierno de la Ciudad, Lemus es un médico , pero desde lo social nunca ponen un tipo formado, siempre es un número uno de la política, o gremialista o director de una obra social , nunca ponen un tipo formado."

b. Conflicto de Intereses.

"Tomás Pieroni y Miguel competían en la unidad por la cercanía con el Pape."

"...digo mucho ya que el incluía lo social, lo que él tenía conmigo era que no había incluido un psicólogo dentro de su equipo porque había tenido malas experiencias, conmigo lo que vio era que yo me adaptaba muy rápidamente al esquema médico."

“Yo llegué a opinar como psicóloga pero entendía el léxico , entendía a donde iban ellos, yo trataba a veces para adaptar mi profesión y no causar rechazo, muchas veces cuando los psicólogos intervenimos muchas veces producimos rechazo ...nunca había incluido un psicólogo, siempre trabajó con María Elena Pavía en el tema social.”

c. Dependencia de la Unidad en el organigrama.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

d. Sindicales.

“Al San Martín y al Rawson lo armaron con todo personal castigado, médicos y enfermeras que estaban con causas por mala atención y demás Obstetras, ginecólogos fueron a parar ahí año 1978... (se ríe)”

“Sé que tuvieron problemas con algunas enfermeras del hospital ...Eso si lo sé.”

e. Viejismo.

“Yo creo que lo que sucedió con el Pape es por lo que representaba en defensa de los viejos, en defensa de la política hacia los viejos ...Lo que pasó con Miguel su discípulo y lo que me pasó....hay que tener una pasta muy especial para luchar con el No hacia los viejos ... (se ríe, se ríe mucho durante unos minutos) , he tenido discusiones con secretarios, con....también me ha costadohay cosas que me llenan de alegría, lo que impuse está. ”

“ Cuando desarman el Hospital Geriátrico queda el Martín Rodríguez pero queda con una población de recurso humano formada y especializada, otra cosa, pero el San Martín y el Rawson se arman con personal reciclado del gobierno de la Ciudad, enfermeras y médicos que tenían expedientes abiertos para ser sancionados, la sanción era atender viejos, de hecho todos los viejos que estaban en las plazas, en la calle, los meten allí, los guardan para el mundial. ”

“Lo que ocurrió en el Ramos ha sido una combinación de viejismo.”

f. Disputas de Poder.

“Habían desarmado el Hospital de Geriatria Municipal, más allá de lo que Alejandro Ascitutto aprovechó para intervenir y desarmó, hay toda una historia de desarme , nosotros tuvimos desde el año 1950 el primer Hospital de Geriatria de Latinoamérica que era Ituzaingó, era un Hospital, no era un Geriátrico, tenía quirófano, tenía enfermería.”

“A ellos les viene la distribución, a Papeschi también, estaba en el Martín Rodríguez lo obligan a renunciar y a irse y se viene para el Fernandez y de allí salta para el Ramos Mejía para hacer la unidad.”

“Dentro del gobierno de la Ciudad, cuando yo pude empezar a tomar decisiones, tomé médicos geriatras porque no los había en los Hogares, nosotros contratamos a todos, Miguel, Saggio ...”

g. Estigmatización de la Unidad.

“Desde la gestión el concepto que integra Papeschi es que además del no asistencialismo, de incorporar la prevención y la promoción de salud, poniendo el acento en lo social y no solamente en lo médico que los viejos merecían un trato de una especialidad, de un lugar como la unidad como estaba conformada.”

h. Cuestionamiento de la Geriatria cómo especialidad.

“...se tiende a minimizar la geriatría, se tiende muchísimo a minimizarla ¿Sí? que es algo más de la clínica que es algo más de...”

“... Todavía hoy los clínicos no consideran a la geriatría. ¿Te imaginas 20 años atrás?”

“Todavía hoy se trata de mostrar la geriatría como rama de la clínica, digamos que si hoy todavía no se reconoce a la geriatría como tal....hace 20 años no se entendía por qué estaba eso”

“... la clínica médica no considera a la geriatría como especialidad, sino como parte de la clínica”

“Lo que ocurrió en el Ramos ha sido una combinación....esta cuestión del no reconocimiento de la geriatría como especialidad y una serie de sucesos que ocurrieron hace 30 años, eso es historia....”

9.5 Entrevistado N° 4. Médico Geriatra.Varón.74 años.

9.5.1 Apertura de la unidad.

a. Fecha.

“Mire, yo entré en el 62 a la Colonia y el (Papeschi) ya era Director hacía dos años Estuvimos hasta 1977 en el cual se cambió de Jurisdicción antes pertenecía a la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad y de allí pasó a la Secretaría de Acción Social de la Municipalidad , y la mayoría de los médicos, el 50 por ciento pasamos a Hospitales Municipales, en 1977.... luego a principios de 1978 Papeschi se fue al Ramos, el Director era un Dr. Fernandez, pero tenía otro apellido, no lo recuerdo, en 1978 se inauguraron los consultorios externos y mientras tanto se remodelaba la unidad que se inauguró en 1979.”

b. Responsable.

"Todo esto empezó en la Colonia Martín Rodríguez de Ituzaingo, Papeschi que era el Director de la Colonia, en donde había 1500 ancianos internados, no por enfermedades agudas, sino por enfermedades crónicas, sin familias. "

"Papeschi desde muy jovencito se interesó por la geriatría, estaba en el Hospital Militar Central, en Luis María Campos, estaba allí con el Dr. Héctor Mosso, uno de los pioneros de la geriatría."

c. Estructura edilicia y utillaje.

"Bueno, la unidad tenía dos plantas, creo que eran 24 camas, doce y doce , pero me parece que arriba había dos menos porque había un mueble ahí, creo que eran entre 20 o 24 camas, esteeee, bueno la entrada era como la de cualquier internación de agudos..."

d. Modalidad de asistencia.

"Todo paciente que entraba ahí, se le hacía una historia clínica tipo y la historia clínica además de los datos clínicos tenía todo lo referido a aspectos psicológicos y sociales a los que se les daba mucha importancia, se trataba de llamar a la familia para contactarse , especialmente para planificar el alta, en que era el momento en que había que preparar toda la estrategia para que el paciente no tuviera problemas , ehh, estuvo funcionando desde el 79 hasta, ahí no le puedo decir exactamente la fecha pero 91,92 "

"Los médicos teníamos diferentes horarios, como en el Fernandez hacía guardia también , yo por ejemplo hacía de 8 a 13 hs. eran 5 horas por día, Los demás médicos estaban 4 horas, Papeschi estaba como Jefe y yo estaba como jefe de clínica en la sala de mujeres y Ascitto estaba en la sala de hombres."

"Con respecto a los enfermeros: Creo que con los franqueros eran 6"

"... habíamos hecho una clasificación de la dependencia que creo que la incluimos en la Historia Clínica."

"... teníamos una página con los grados de dependencia, desde la dependencia total que eran pocos hasta la mínima, incluso con un dibujito, me acuerdo recién ahora...estoy ventilando un poco los recuerdos que tenía dormidos de la geriatría. "

"...Y allá en la unidad jamás le decíamos abuelo a los viejos, tenían su nombre, tratábamos de sacar a todos de la cama, para que comieran en el comedor."

"La guardia funcionaba de forma aséptica, técnicamente perfecta pero lo demás, no se tenía en cuenta el tipo de paciente que era, por suerte nosotros no teníamos mucho contacto con la

gente de guardia, pero las veces que venían generalmente estaban muy bien atendidos técnicamente pero ...demasiado fríamente para nosotros...”

“Todo era muy lindo, lo hacíamos todo a gusto, hasta el consultorio, que a veces se despreciaba, el consultorio externo lo hacíamos con gusto, las recorridas de sala solían ser interesantes, con el Jefe y cada uno aportando lo suyo, el estudio y discusión de casos que hacíamos en lo que era el comedor.

Todos los médicos, los concurrentes, los residentes y cuando el tema lo requería intervenía la asistente social, cada uno aportaba lo suyo, la asistente social era María Elena Pavía, debe estar jubilada, tenía más o menos mi edad, ella era la principal conectada a la unidad, las demás eran así ocasionalmentela que hacía todo era ella, desde el ingreso ella llenaba una hoja y desde allí se trabajaba... ”

e. Población asistida.

“...había algunos casos así de pacientes crónicos, pero la mayoría era por patología aguda, las causas de internación eran sobre todo por problemas neurológicos, esteeee respiratorios crónicos agudizados, cardiológico, no era diferente en ese sentido a cualquier sala de internación clínica, lo diferente era la manera de encarar al paciente, que al final era en lo que se pretendía ser diferente.”

f. Dificultades.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

9.5.2 Posibles causas de la desactivación:

“Papeschi murió en el 90, y la unidad siguió un tiempo, yo quedé a cargo de la unidad y después se llamó a concurso, pero prácticamente ahí eran todos golpes para la unidad.”

a. Políticas.

“ fue una cosa que ya se veía venir, desde antes, poco a poco después de que murió Papeschi , la cosa se fue deteriorando , deteriorando , era mala la relación con la dirección, era un final esperado. No fue una sorpresa, sino un final esperado. En la época en que Papeschi murió había habido conatos de movimientos de traslados, Papeschi murió de cáncer de esófago, y esteeee y el murió alrededor del 90, formalmente se decía que seguía existiendo la unidad, tal es así que llamaron a concurso y yo me presenté y la gané como diciendo bárbaro la jefatura la siguen teniendo pero la sala no la van a tener.

Como las decisiones de salud se toman en los escritorios y no en el campo, pasa lo que pasa.”

b. Conflicto de Intereses.

"...cuestión de celos profesionales, cada uno trataba de cuidar su quintita y Ud. quiere creer que no me acuerdo como fue que nos dieron el garrotazo final."

"Lo que ocurre que un paciente de 65 años era un paciente mas de clínica médica, entonces porqué nosotros teníamos que tener internadas a las personas mayores de 65 años y no tenerlos internados en clínica médica. Lo que pasa es que no se miraba que la manera de encarar al paciente, el tratamiento social, psicológico era distinto, lo único que se veía era que porqué los pacientes de 65 años los iban a atender ustedes y no nosotros. "

"No sé, el caso era que los clínicos querían que nosotros nos ocupáramos de los viejos pero que no los jorobáramos a ellos, jorobarlos en el sentido de queen realidad nunca me planteé así porqué, pero es inexplicable no? "

"....si no le molesta voy a hacer el mea culpa, mío y de todos los que en ese momento no defendimos lo que habíamos ganado para la geriatría con mucho esfuerzo , en vida de Papeschi ya empezaban los últimos tiempos de la unidad , ya empezaron los golpes y a tratar de golpearnos, de desactivarnos, después se profundizó sin Papeschi , cada uno tiró para su lado, yo tengo esto, vos tenés lo otro, cada uno con lo suyo , no existía una persona que reuniera todas las opiniones y liderara el movimiento, digamos ."

"Nosotros nos rotábamos para hacer cada uno una interconsulta una vez por semana, se iba a los distintos pabellones, por ejemplo nos llamaban mucho de traumatología neurología, especialidades más bien quirúrgicas porque las clínicas no.....no nos iban a llamar."

c. Dependencia de la Unidad en el Organigrama.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

d. Sindicales.

" Los de la asociación de médicos municipales ...la causa, la causa, los motivos formales que se esgrimieron fueron que ahí tenía que estar pediatría, que existía la necesidad de dotarla de una sala propia y bueno y así, y que nosotros sigamos en clínica médica."

e. Viejismo.

"...en el Hospital era mal visto que hubiera un Servicio para Ancianos."

"Y se repetiría dentro del hospital lo que pasa en la sociedad, y mucha de la culpa la hemos de tener nosotros, la culpa en el sentido de que cada uno de nosotros y los geriatras somos artífices de cómo terminó la unidad. "

f. Disputas de Poder.

"Era una cosa que se veía venir, se ve ,se ve , con la desactivación se fue pasando a otras salas , pero ya perdíamos toda la autarquía que teníamos, de allí pasamos a Clínica Médica , pero estábamos muy reducidos teníamos 4 camas."

"Seguíamos con la actividad de consultorios externos, con la actividad docente a la que nunca descuidamos, pero ya la cantidad, la importancia de la unidad de geriatría prácticamente había desaparecido. Ahora actualmente creo que no tienen 4 camas, y no sé cuantos médicos tiene."

g. Estigmatización de la Unidad.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

h. Cuestionamiento de la Geriatría cómo especialidad

"P E : Perdón doctor, yo entendí bien ¿ O estaban cuestionando la especialidad ?"

"Sí, es eso. Es eso. No abiertamente, pero era una cosa subliminal."

9.6 Entrevista N°5 Abogado, varón, 49 años.

9.6.1 Apertura de la unidad.

a. Fecha.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

b. Responsable.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

c. Estructura edilicia y utillaje.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

d. Modalidad de asistencia.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

e. Población asistida.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

f. Dificultades.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

9.6.2 Posibles causas de la desactivación:

a. Políticas.

“Yo pienso que para acomodar a alguien más que para sacarlo a él. ”

b. Conflicto de Intereses.

“Además eran todos mayores que él, si a Mosso lo conocía desde cuando él estaba estudiando si, pero esencialmente tenía que ver con esto, entonces, dirigir un Hospital de Geriátria como el de Ituzaingo que tenía 1100 camas, ninguno tenía experiencia y en crear un plan de geriatría tampoco había gente que tuviera la experiencia de él”

“El siempre tuvo experiencia, porque él inició su carrera en el Hospital de Geriátria, él fue médico de planta, si, fue Jefe de Servicio por Concurso y fue Director por Concurso. No hay nadie que haya hecho esta carrera solamente en Geriátria.”

P E : ¿Cómo era la relación de su papá con un doctor que se llamaba Ascitutto?

“Ehh... una de las particularidades de mi viejo es que se fascinaba con la gente, si, pero era un tipo recontra exigente, entonces era muy difícil que cuando pasaba el tiempo la gente respondiera a los cánones que él establecía, no era jodido, era recontra jodido en la exigencia, si, tuvo un período en que estuvieron muy vinculados si y después llegó un punto en donde no tenían nada que ver.”

P.E: Llama la atención que se crucen las fecha de la desactivación de la unidad de geriatría y la fecha en que el Dr. Ascitutto ocupa un cargo político en la Secretaría de Salud en la Municipalidad de Buenos Aires. ¿Su padre hizo algún comentario?

No, no, mi padre no comentaba nada, pero no me parece que haya sido ese tipo de..., era un distanciamiento, porque mi viejo era así un tipo muy exigente, pero muy exigente, (silencio) no creo que haya sido una revancha de Ascitutto a mi no me parece

P.E: ¿No?

Hasta donde a mi me consta que..., la verdad yo no lo asociaría, tal vezpero en casa nunca se asoció, para mí que a alguien se le cantó mas para acomodar a alguien que para sacarlo a él. Además agarrar romper un servicio nada más que por bronca.... podrían haberlo hecho más fácil, sacarlo a él y poner en el puesto a otro....

c. Dependencia de la Unidad en el Organigrama.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

d. Sindicales.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

e. Viejismo.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

f. Disputas de Poder.

"Pero además al servicio lo agarraron con la masa y el cortafierros, lo destruyeron, le sacaron los pisos antideslizantes, le sacaron todo para poner un servicio de pediatría, no es que era necesario poner plata...es decir se armó algo para alguien, si lo querés sacar lo sacás, la municipalidad tiene morochos siempre, tiene medios como para presionarte, hacerte la vida imposible si, yo te cuento un sumario que tuvo papá."

"⁽⁶⁵⁾Vicente Tedeschi) fue amigo de papá en los últimos años, o sea, la cosa fue así, mi papá se llevó bien con la sociedad (SAGG) hasta que...llegó un punto en que el alumno supera a los maestros, y los maestros no te lo perdonan y eso fue lo que ocurrió con la sociedad, fue la única vez que en la Sociedad se presentan dos listas, si, papá quería una reelección en la geriatría, imagínate que el con cincuenta y pico de años, si, eh, te insisto, era el que tenía más experiencia, el que realmente era geriatra si y por el otro lado vos tenías gente muy grande, muy grande, si, que querían una reelección, y esto va a título personal, yo me lo he cruzado a tipos como Pupi, es un, es un, hace nutrición el tipo, si, entonces, vos estás compitiendo con cierta gente que ...yo tengo derecho a la reelección, si, no era una cuestión de modestia o no modestia, si sos el que más sabe y sabés que sos el que más sabe pero tenés que, te enfrentás a lo establecido y los maestros no quieren que los alumnos surjan o por lo menos que no los superen."

g. Estigmatización de la Unidad.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

h. Cuestionamiento de la Geriatría cómo especialidad.

"Te cuento un poco la relación de papá con la SAGG, a medida que vos lo vas conociendo era un personaje, yo creo que era una buena persona, totalmente dedicado a lo suyo y ehm...(silencio) realmente era el único que hacía geriatría porque el resto de los médicos de la sociedad en realidad hacían clínica médica, no hacían geriatría pura, hacían clínica médica, independientemente de lo capaces que fueran, del afecto y el cariño que les tenía papá a

⁶⁵ Vicente Tedeschi, Medico Geriatra

⁶⁶Mosso a Lascalea, Röttjer y a Curutchet pero el único que hacía geriatría y era geriatra todo el día, era él”

9.7 Entrevista N 6 .Médico Geriatra, varón 56 años.

9.7.1 Apertura de la unidad.

a. Fecha.

“El pabellón de los internos creo que se creó en marzo de 1979, el consultorio en enero de 1978”

b. Responsable.

“Yo conocí al Dr. Papeschi en el Hospital Fernandez, yo estaba recién recibido, a veces compartíamos un café y el charlaba conmigo, como quien charla con quien le acomoda el coche. Una vez me ofreció trabajo, el era auditor y yo tenía que hacer unas visitas. El venía de ser desplazado de la Dirección del General Rodríguez, de Ituzaingo...”

c. Estructura edilicia y utillaje.

“El pabellón estaba emplazado independiente, creo que fue modificado, antes estaba allí otorrinolaringología y oftalmología.

Tenía pisos antideslizantes, escaleras con barandas, pasamanos, ascensores que funcionaban, llamadores en cada cama, luces de orientación nocturna, agarraderas en los baños, bañeras centrales en cada piso, tanto para los hombres como para las mujeres.

En el primer piso estaba la sala de hombres, en el segundo la sala de mujeres y en el 3º piso el comedor.

Había una falla importante, el aislamiento del pabellón.”

d. Modalidad de asistencia.

“Que exista el comedor fue un gran esfuerzo. Todos afirmaban que no era necesario, ¿para qué un comedor? que los viejos coman en la cama, como todos. El criterio de lo nocivo que es para el adulto mayor la falta de movilidad, determinaba que salvo que los internos estuvieran en muy mal estado general había que llevarlos al comedor.

⁶⁶ Señala y refiere a médicos Geriatras que han ejercido cargos en la Sociedad Argentina de Geriatría y Gerontología.

“Cuando se creó el pabellón, enfermería llamaba a la guardia y la guardia no se hacía cargo, el aislamiento físico y la falta de camilleros, determinaba que no se realizara el procedimiento, yo creo que la solución hubiera sido que haya un geriatra en la guardia.”

“Lo que diferenciaba a la unidad es que se contaba y se convocaba a la familia, enfermería tenía un entrenamiento que los llevaba a contar con la familia, durante la internación y en la preparación para el regreso a su casa. Era un buen resultado, al paciente le iba mejor, a la familia le facilitaba y los enfermeros tenían menos trabajo”.

e. Población asistida.

“Nosotros recibíamos la población de cualquier unidad del Hospital. La guardia servía de filtro para la derivación. Si el paciente era atractivo iba a clínica, si era un caño iba a geriatría.”

P.E: ¿Qué es un caño?

“Un paciente atractivo es al que le va a ir bien y el médico va a aprender, un paciente productivo, un caño es el paciente al que le va a ir mal y el médico no va a aprender, ya que no le dan al médico ganas de investigar de hacer nada.”

f. Dificultades.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

9.7.2 Posibles causas de la desactivación.

a. Políticas.

“Papeschi era radical y en ese momento Teodoro Puga era el secretario de Salud de la Municipalidad de Buenos Aires de Alfonsín. Papeschi se sintió comprometido con Puga y le dio lugar a la sobrina de Puga, la doctora Bou Perez. Luego hubo algo que nunca supimos, el Dr. Asciutto tuvo una discusión con Papeschi, Asciutto tenía inmunidad gremial y no venía pero mandaba la planilla del presente con un garabato como si estuviera presente, después con el tiempo terminó siendo Director General de Hospitales, era peronista.”

b. Conflicto de Intereses.

“Hubo cerca de fin de año una reunión de CATA ampliado, antes de que cerrara la unidad. Tenían que ir los Jefes como El Dr. Papeschi no estaba, tuve que ir yo. Allí se dijo que en todo el año había habido nada mas que 4 ingresos, si logras encontrar estadística y el acta de la reunión del CATA, allí te vas a dar cuenta, a esa fecha los egresos habían sido 136, y 4 eran los internados, era cerca de las fiestas y tratábamos de que salieran los internos para que pasaran las fiestas con su familia...”

"...el CATA es el lugar en donde se toman las decisiones o por lo menos en donde se formalizan las decisiones...."

"...entonces se dijo 4 egresos cuando en realidad estaban ocupadas 4 camas porque se trataba de que egresaran para esas fechas y los egresos en ese año habían sido 136, ese nivel de falseamiento de la realidad hasta estos días son la estadística que esgrimen para decir geriatría no"

c. Dependencia de la Unidad en el Organigrama.

"Papeschi tuvo una visión cuando hizo que la unidad dependiera directamente del Departamento de Medicina del que dependen todas las especialidades médicas, lo cual favoreció lo administrativo de la unidad. "

d. Sindicales.

"En lo interno de la unidad la tarea se realizaba a pesar de que algunos enfermeros reclamaban que el reglamento no los obligaba por ejemplo a trasladar los internos al comedor. Sucedían algunas cosas, por ejemplo los llamadores tenían un largo cable para que fuera accesible al viejo, entonces a veces lo transformaban en una trenza para que el viejo no pudiera llamar para pedir algo...."

"Hubo una influencia sindical, el manejo del poder está directamente relacionado con dos gremios que se reparten el poder en los hospitales y son las fachadas funcionales que lo detentan. La asociación de médicos municipales y en ese momento el UOEM que ahora es el SUTECBA "

e. Viejismo.

"Hay que tener en cuenta que en el hospital entran pacientes en geriatría entraban viejos, crotos."

f. Disputas de poder.

"Existe lo que se denomina CATA Centro asesor técnico administrativo, que es un ente asesor de la Dirección, la estructura del CATA son Director, Subdirector, todos los jefes de departamento puede ser desde personal o recursos humanos hasta mantenimiento , medicina , cirugía etc. y los jefes con inferior rango a departamento pero que dependen directamente de la Dirección, como por ejemplo división área programática, el CATA es el lugar en donde se toman las decisiones o por lo menos en donde se formalizan las decisiones, hay o por lo menos había muy esporádicamente reuniones del CATA en donde se invitaba a todos los jefes en unas reuniones multitudinarias y hubo una reunión del CATA ampliada convocada por este Director ,

DUBOSQ a la cual tuve que asistir yo porque Papeschi estaba enfermo y Franco estaba de vacaciones y yo quedé a cargo”

“Para que suceda lo que sucedió con la unidad debe haber habido una aval de la cúpula gremial y la cúpula política”

g. Estigmatización de la Unidad.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

h. Cuestionamiento de la Geriatria cómo especialidad.

“A pesar de ello había resistencia a la especialidad, la competencia con geriatría existía al igual que existió con pediatría. Existe conflicto de intereses en el territorio de la acción, acá y en todo el mundo.”

9.8 Entrevista N°7: Kinesiólogo. Varón 65 años.

9.8.1 Apertura de la unidad.

a. Fecha.

“ Más o menos en 1980, yo ya lo conocía al Dr. desde 1976”

“De la desactivación Mediados del 89 creo, el se murió en noviembre del 89.”

b. Responsable.

“Al Dr. Franco, algunas veces lo vi al Dr. Ascutto, pero yo estaba en el Geriátrico de la Aeronáutica y dependía del Dr. Trama.”

c. Estructura edilicia y utillaje.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

d. Modalidad de asistencia.

“Mire yo fui muchas veces a cursar en el Ramos Mejía, el Dr. Papeschi le daba mucha importancia a todas las profesiones, fijese en los certificados que le di. Yo presenté en 1979 un trabajo llamado “Tratamiento combinado médico- kinésico en arteriopatía obstructiva de miembros inferiores” Hace 30 años, el Dr. Papeschi le daba un lugar a los Kinesiólogos en su equipo. No como paramédicos, sino que nos respetaba la formación, se podía hablar, escuchar rebatir....éramos un equipo.”

“Cada viejo es un mundo y el Dr. Papeschi nos enseñó a comprender ese mundo para poder tratarlo, fue la primera vez, para mi, en donde al ingreso se tenía en cuenta lo social como parte del tratamiento. Además insistía con la funcionalidad, la movilidad, el tratar al viejo sin

sobreprotección, acentuar lo que aún puede lograr ¡Un viejo siempre tiene otra oportunidad! Siempre lo decía.”

“El trabajar en equipo permite que se utilicen todos los conocimientos y se pueda aplicar todo lo que hay al alcance para lograr el bienestar del paciente”

e. Población asistida.

“Había de todo, a veces venían viejos de los geriátricos destruidos, deshidratados, con movilidad reducida, verdaderos despojos....y los otros eran de clase baja, algunos de la calle ¡Se bañaban cómodos, comían con televisor en el servicio! Ni las enfermeras entendían eso”.

f. Dificultades.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

9.8.2 Posibles causas de la desactivación:

a. Políticas.

“Quizá también un paraguas político.....o algún interés de alguien, quizá quisieron acomodar a alguien .No se puede entender, es muy complejo, pero la geriatría perdió, los viejos perdieron....No sé quien ganó”

b. Conflicto de Intereses.

“Si no se entienden las cosas no se respetan y si no se respetan se tiran abajo...”

“Siguen los conflictos”

“Pero cada vez hay más viejos y más enfermos y el negocio es vender servicios, ahora ese es el negocio....”

“...nada que se haga hoy sería parecido a lo que había. Además bien hecho no es negocio, y poderoso caballero es don dinero”

c. Dependencia de la Unidad en el Organigrama.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

d. Sindicales.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

e. Viejismo.

“Toquen al paciente ¡La vejez no es contagiosa!”

“Y repetía algo que siempre recordaba, El Dr .Francisco Guillen LLera dice que una vez como broma al hablar de la internaciones en el Hospital de la Cruz Roja les dijo que había un criterio: Lo que vale, Vale, lo que no, pues a Geriatria

"Mire, a nadie le interesan los viejos hoy, el los quería tanto que hasta les sacaba fotos, siempre fue geriatra."

"El viejo da pérdida y no produce....para la economía es así....cuando antes se vaya es mejor..."

"Los van matando con las jubilaciones, con la falta de atención y de tristeza...¿No vio la cantidad de viejos que se suicidan? ¿No vio la cantidad de viejos a los que roban y matan para sacarles 100\$..."

f. Disputas de poder.

No se hizo referencia a este factor durante la entrevista.

g. Estigmatización de la Unidad.

"Quien iba a entender que a un croto se lo bañe, se lo cure se lo alimente y luego se le busque un lugar para que viva decentemente....el por relaciones podía mandarlo por ejemplo a lo que había sido el Hospital de Ituzaingó."

h. Cuestionamiento de la Geriatría cómo especialidad.

"Mucha era la diferencia, pero los clínicos consideraban a la geriatría como parte de la clínica, no como una especialidad. Decían que los que se enferman son los viejos y que para las enfermedades están los clínicos. Además esto de tratar de estudiar, de darle un tiempo a cada paciente les parecía una calesita. ¿Para qué?"

"...en principio que hace 30 años un geriatra como el Dr Papeschi era un incomprendido".

"El quería contarles a todos las novedades de la geriatría y mas....el decía que la Sociedad no se tenía que llamar de Geriatría y Gerontología. Con gerontología ya estaba, la geriatría era parte de la gerontología. Esas cosas...no lo comprendían."

"los clínicos no entienden que sea necesaria la geriatría y el geriatra sigue estando devaluado. Los médicos menos hábiles se dedicaban a los viejos. ¿Cómo se formó PAMI? Si hubieran muchas unidades de Geriatría bien puestas se le terminó la Caja negra al PAMI. ¿En que quedó el Plan gerontológico que le encargaron al Dr. Papeschi?."

Perfil de la atención geriátrica argentina enfocada en la atención de los servicios dependientes de la Municipalidad de Buenos Aires.

10 Conceptos en torno a la Geriatría y Gerontología a lo largo de los años en las instituciones de La Municipalidad de Buenos Aires: la forma de “nombrar”.

10.1 Introducción.

Todo proyecto político está atravesado por relaciones de fuerzas y aplica una visión del mundo en que las relaciones de poder configuran instituciones que las representan.

⁶⁷“En octubre de 1857, se crea el Asilo de Mendigos en el antiguo Convento de los Recoletos, financiado por la caridad pública. El perfil del mendigo se describe como: “el anciano desvalido, el inválido por accidente de trabajo, el que por dolencias crónicas está impedido de trabajar o bien es rechazado de los puestos de trabajo.”

De la raíz latina hospit, hospites (extraño, forastero) deriva la palabra hospitium con la que algunos monjes designaban el lugar en el que alojaban a los enfermos vagabundos que venían a pedirles albergue. De esa misma raíz proviene el término huésped, hospital, hostel, hospicio. En sus orígenes el hospital no era más que un lugar de retiro para enfermos indigentes.

Los Hospitales Públicos argentinos presentan determinadas características generadas de acuerdo al proyecto político que sustentó su creación. En la ciudad de Buenos Aires los primeros Hospitales Públicos surgen para atender a ex combatientes de las campañas del desierto emprendidas por Juan Manuel de Rosas.

El Consejo Municipal, por moción de su Presidente Torcuato de Alvear, designó el 31 de enero de 1883 a ⁶⁸José María Ramos Mejía para desempeñar el cargo de Director General de la Asistencia Pública, concebida como un sistema local de salud para la Ciudad de Buenos Aires.

Ramos Mejía tenía como objetivo centralizar, reorganizar y fiscalizar bajo un plan armónico todos los establecimientos de asistencia existentes en la ciudad de Buenos Aires que en ese momento realizaban sus actividades sin concordancia ni planificación.

⁶⁷ Oddone, María Julieta. Trabajo, Jubilación y Tiempo Libre. Psicólogos. Año XI, N° 12 .10/2002. Página 76.

⁶⁸ José María Ramos Mejía, de Profesión Médico.

Ramos Mejía fue un innovador y precursor en materia asistencial, eficiente en la lucha contra las epidemias y uno de sus aciertos fue la creación de un cuerpo médico destinado exclusivamente a la asistencia a domicilio.

Los crónicos eran personas tempranamente envejecidas, enfermas o sin familias, o que habían terminado en la miseria y con sus vínculos afectivos deshechos. Estos últimos no tenían "domicilio" alguno donde ser contenidos, ni familia que se ocupara de ellos.

En ese momento no se consideraba la posibilidad de un servicio social, aunque los hospitales de las mutuales de inmigrantes lo habían incorporado muchos años antes. Con el cuerpo de médicos creado, se esperaba aliviar al único hospital existente enviando a los crónicos que contaran con lazos familiares a sus domicilios para que con la guía de sus indicaciones se hicieran cargo de ellos.

El prestigio médico se hacía evidente en el vínculo médico-paciente. El médico era el dueño de un saber que habilitaba decisiones unilaterales sobre la salud y la vida del "paciente". Acompañado por dicha autoridad surge el valor del espacio como generador del orden social otorgando al espacio cerrado un valor terapéutico. Se considera que el encierro es útil a la sociedad y debe beneficiar separando o rehabilitando al paciente.

Dado que la salud pública en nuestro país presentó durante el siglo XIX dos tipos de intervención, la psiquiatría y el ⁶⁹higienismo, todas las instituciones creadas durante ese período se vieron influenciadas por dicha modalidad.

La psiquiatría dio origen a una de las características que aún persisten en los hospitales públicos: su ideal clasificador. El poder clasificador será transferido a los médicos, quienes podían determinar la "verdad" de lo que le estaba ocurriendo a los dementes. Surge una nueva verdad, la verdad médica, la cual se transformaría en una práctica que articulada en sus principios con las ciencias naturales y la moral. Dicha verdad sostendría de allí en más la intervención médica en los Hospitales Públicos argentinos.

⁶⁹ El higienismo nace en la primera mitad del siglo XIX con el liberalismo y los gobernantes comienzan a considerar la salud de la ciudad y sus habitantes. Se consideraba a la enfermedad como un fenómeno social que abarcaba todos los aspectos de la vida humana. Surge la necesidad de mantener determinadas condiciones de salubridad en el ambiente de la ciudad mediante la instalación de agua corriente, cloacas, iluminación en las calles. Para poder controlar las epidemias fueron dando forma a esta corriente, que se basaba en los valores otorgados a la comida, a las bebidas, al aire respirado en el trabajo y en el descanso, a la limpieza de un cuerpo que necesita dejar penetrar el oxígeno por la piel.

Con respecto a los higienistas debemos señalar que la Asistencia Pública organizó y reglamentó servicios articulando la profilaxis, dirigió la administración de vacunas, el instituto antirrábico y las casas de aislamiento.

Los sectores populares se oponían al trato autoritario de los higienistas pero lograron organizarse para evitar el contagio. La inclusión de la educación, las organizaciones solidarias y de fomento en que se agrupaban los inmigrantes y el impacto de las obras de infraestructura sanitaria y saneamiento ambiental realizadas por la municipalidad, lograron erradicar las epidemias. El logro no fue efecto del control sanitario ni del aislamiento forzoso, ni de la cremación de los cadáveres, sino de la multiplicidad de acciones realizadas.

El Estado se implicó en la administración de los hospitales, pero su preocupación estaba centrada en impedir la propagación de las enfermedades y de las epidemias.

El modelo higienista está relacionado con las prácticas autoritarias ya que la prioridad era cuidar a sus ejércitos y a la población. Con respecto a la financiación de las instituciones, se convoca a la población para que mantenga a los mismos mediante donaciones particulares, surgiendo así las diferentes cooperadoras.

Durante este período continúa la difusión de la medicina europea, especialmente en lo referente a la administración hospitalaria verticalista y con organización cerrada.

Se ha conservado hasta el presente el lenguaje bélico relacionado con el accionar en los Hospitales Públicos: cabo enfermero, campaña de lucha contra la tuberculosis, control de los carnets de vacunación, control de ausentismo escolar y control prenupcial. Los sanitaristas formaban brigadas que perseguían a los habitantes para vacunarlos a la fuerza. En este modelo de salud, el Estado cumplía una función de policía basado en la planificación normativa.

Durante este período histórico se determina la estructura edilicia en los hospitales, el formato de la gestión, al usuario como paciente, la intervención en la curación del cuerpo, el aislamiento en los manicomios, la exclusión como el caso de los leprosarios, y el encierro en el caso de los crónicos.

Los ciudadanos que por uno u otro motivo no habían podido ser integrados a la sociedad, como locos, marginales y delincuentes, eran encerrados indiscriminadamente. La locura, la vejez y la pobreza eran causales de castigo y de condena.

Los Hospitales de la Municipalidad de Buenos Aires replican en lo edilicio la construcción del ⁷⁰panóptico, lo cual será una demostración del pensamiento iluminista en sí mismo. La mirada y la luz que surca los cuerpos es una preocupación del iluminismo reinante en esa época, en el panóptico no sólo se tiene una mirada omnipresente, sino que también el vigilante será controlado para la buena consecución del fin.

La estructura edilicia hospitalaria en Argentina tuvo características cuadradas con habitaciones o salas abiertas hacia el interior de un patio y cerradas hacia afuera. Las salas presentaban similitud a las cuerdas de los cuarteles y estaban clasificadas de acuerdo al sexo y a la parte del cuerpo que albergaba la dolencia que causaba la internación. Surgieron así salas de hombres, mujeres, gastrointestinales, neumotisis, obstetricia, infecciosas con aislamiento, y de clínica en donde se albergaba especialmente a los pacientes con enfermedades agudas de rápida evolución o con más de una patología.

En el patio, en el medio del diámetro se encontraba una torre desde la cual se veía hacia las habitaciones que dan al patio. En el Hospital J. M. Ramos Mejía esa torre fue suplantada por una Iglesia de culto católico.

Hasta principios del siglo XX, coexistió el sistema de salud higienista centrado en cuidar la salud de los pobres para que trabajaran y no "contagiaran" a los ricos con la modalidad asistencial brindada por las sociedades de beneficencia como forma de caridad. Las mismas no eran consideradas función del gobierno.

A principios de 1900, en la calle Azcuénaga existía un albergue para crónicos que luego fue transformado en un depósito de contraventores. El Departamento de Contraventores era conocido como 24 de Noviembre por la calle en que estaba ubicado. Allí iban a dar vagabundos, locos, prostitutas, alcohólicos, viejos y homosexuales, a veces obreros revoltosos, todos ellos mezclados bajo el común denominador de disolventes sociales. A éstos se los llamaba "quincenarios" porque habitualmente se les aplicaba una prisión de quince días. La detención en el Departamento de 24 de Noviembre se hacía en condiciones de hacinamiento e higiene deplorables.

⁷⁰ El panóptico es un centro penitenciario ideal diseñado por el filósofo Jeremy Bentham en 1791. El concepto de este diseño permite a un vigilante observar (-optión) a todos (pan-) los prisioneros sin que éstos puedan saber si están siendo observados o no. Michel Foucault en Vigilar y castigar consideró el diseño como un ejemplo de una nueva tecnología de observación que trascendería al ejército, a la salud, a la educación y a las fábricas

⁷¹Podestá ha descripto al Depósito de Contraventores en el cual entraban los viejos que vagabundeaban por la ciudad de la siguiente manera: "Realmente es comparable a una pocilga: edificio vetusto, techos bajos, humedad filtrada por las paredes construidas en barro, que constituía malsano (... complicado por las emanaciones de detritus, producto de las autopsias que los médicos de los tribunales practicaban en cadáveres recogidos por la policía (...) Inficionando al barrio, cuya protesta se reducía a apretar las narices."

Posteriormente, en 1909 se inauguró el Hospital Alvear, el cual estuvo pensado como albergue para crónicos, pero cambió de objetivo al ser inaugurado como Hospital General de Agudos Dr. Torcuato de Alvear.

En 1915 en Ituzaingó, la Municipalidad de Buenos Aires compra un predio en dónde a partir 1917 se crea la Colonia de Crónicos y Convalecientes.⁷²

Hasta 1945, el paradigma dominante sostenía que la salud era una problemática exclusivamente individual de carácter caritativo desde lo social. Se caracterizaba por un sistema sanitario formado por gran cantidad de instituciones diversas que respondían a las demandas específicas de corto plazo.

El rol del Estado era subsidiario en cuanto a la formación de profesionales, control de epidemias, tutela de la higiene pública, y control sanitario en las fronteras.

Las instituciones que conformaban al Estado estaban descoordinadas, no contaban con un plan de políticas aplicables, el sistema de salud estaba representado por el Departamento Nacional de Higiene dependiente del Ministerio de Interior y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales dependiente del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.

El vínculo instituido era el de médico que sabe y paciente pasivo que va a ser curado por ese saber aplicado en su cuerpo. No había articulación con ningún otro profesional.

En el inicio del proceso de industrialización se inaugura la etapa de crecimiento que desplazó a la oligarquía agro exportadora dando lugar a la coalición formada por la burguesía industrial, los sectores medios y los trabajadores urbanos, que generaron un sistema de cobertura mutualista gestionado por los sindicatos que hoy se conocen como "obras sociales".

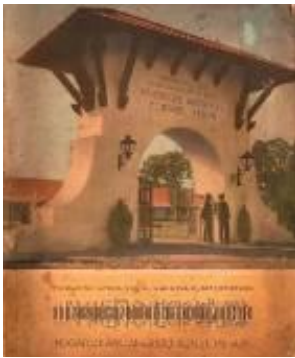
Debemos destacar que en 1946 el National Health Service de Inglaterra, reconoce como nueva especialidad a la geriatría.

⁷¹ Podestá, Manuel T. Buenos Aires, Minerva, 1924. Citado por Laurentino Mejías "La policía por dentro, Barcelona, Imprenta Viuda Lais de Tasso 1911, Tº1, pag. 38 y 55.

⁷² La Asistencia Pública estaba dirigida en ese momento por el Doctor Horacio Gonzalez del Solar.

10.2 Nuevos Nombres y Nuevas realidades.

Desde 1945 hasta 1955 se modificó sustancialmente el paradigma anterior sosteniendo que la



“salud es responsabilidad estatal”. Como consecuencia de este cambio de concepto, en 1949 la Secretaría de Salud Pública pasó a ser el Ministerio de Salud.

En 1947, ⁷³Idélico Gelpi fue designado director de la Colonia de Crónicos y Convalecientes General Martín Rodríguez de Ituzaingó, la cual llegó a albergar a más de 1400 pacientes juntos.

Es de destacar que Eva Perón impulsó el Decálogo de los Derechos de la Ancianidad en 1948, el cual fue incluido en la Constitución Nacional de 1949. En dicho Decálogo se enunciaban los derechos a recibir asistencia, vivienda, alimentación, vestimenta, esparcimiento, trabajo, tranquilidad, respeto y cuidado de la salud física y moral una vez que la persona llegara a la etapa de vejez.

Entre 1948 y 1950 fueron instalados cinco hogares de ancianos: uno en Burzaco, partido de Almirante Brown, Provincia de Buenos Aires, dos en Santa Fe, uno en San Miguel de Tucumán y otro Córdoba.

El predio de la institución geriátrica de Burzaco fue adquirido a la Sociedad Alemana de Beneficencia por la Fundación Ayuda Social María Eva Duarte de Perón en junio de 1948, y durante tres meses se realizaron ampliaciones y adecuaciones financiadas por la Fundación Ayuda Social y la Dirección Nacional de Asistencia Social. Luego de las reformas, fue inaugurado el 17 de octubre de 1948 por Dña. María Eva Duarte de Perón, la señora esposa del entonces Presidente de la Nación Juan Domingo Perón.

El hogar de ancianos de Burzaco, conocido como "Coronel Perón", se situaba sobre un terreno de 32 hectáreas y contaba con tres pabellones de dormitorios, cocina comedor para internos, comedores para personal, salón de actos, capilla, sector de administración, pabellón médico con consultorio y una sala con 30 camas, peluquería, vestuarios para el personal, imprenta y taller de laborterapia. Debe resaltarse el hecho de contar con una estructura de esta magnitud hace 62 años.

De los cinco establecimientos geriátricos creados durante el Primer Gobierno Peronista (1946–1952), el de Burzaco es el único que se mantiene en funcionamiento y conserva su particular estilo arquitectónico.⁷⁴

⁷³ Médico y vecino destacado de Ituzaingó.

Durante este período se construyeron además varios hospitales, se amplió la cobertura asistencial, se mejoró sustancialmente la infraestructura en camas, insumos, especializaciones, constituyéndose entonces el Hospital Público en el formador principal de los nuevos profesionales.

El Gobierno Nacional elaboró programas de expansión de los servicios, nacionalizando los establecimientos públicos, desplazando a las sociedades de beneficencia y desarrollando una red de atención ambulatoria, como por ejemplo "el tren sanitario" que recorría las provincias del interior.

Se financiaron también actividades de investigación y desarrollo orientadas a especializaciones en problemáticas puntuales, resolutivas y preventivas. Como consecuencia inmediata de estas políticas, surgió la dependencia del presupuesto nacional generada por este modelo.

Quedó en el pasado la política asistencialista para las personas mayores similar a las Poor Laws inglesas del siglo XVIII, a través de las cuales se perdían los derechos civiles para tener acceso a la asistencia social. Ser viejo, pobre y crónico dejó de ser una contravención que implicaba una detención de quince días en los insanos depósitos de contraventores.

Aproximadamente en 1962, por gestión de Idélico Gelpi, se crean partidas de médicos especialista en geriatría para la Municipalidad de Buenos Aires, y se activa el Hospital de Geriatría General Martín Rodríguez ubicado geográficamente en el predio ocupado con anterioridad por la Colonia de Ancianos en Ituzaingó.

Idélico Gelpi y su equipo tomaron la experiencia de M Warren y sus colegas Lionel Cosin y Ferguson Anderson (Sección 5.2) y en 1963 transforman la Colonia de Crónicos y Convalecientes en el Hospital de Geriatría Martín Rodríguez. En el mismo los internos eran evaluados desde el punto de vista médico y psicosocial y se les otorgaba la rehabilitación adecuada.

En EEUU se pasó de programas de asistencia para pobres, ancianos y ex combatientes a la institucionalización, en 1965, del Medicare, seguro de salud para ancianos y del Medicaid seguros de salud para carenciados.

10.3 Sin Nombre Propio.

Con los años el Estado Argentino había perdido el control sobre la administración de los fondos de las obras sociales y de los sindicatos. Se estaba creando un sistema de salud fragmentado.

⁷⁴ http://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:Hogar_de_ancianos_Coronel_Per%C3%B3n.jpg#file

En 1969 luego del Cordobazo⁷⁵ el Gobierno Nacional adopta una actitud dialoguista hacia el sindicalismo. En Febrero de 1970 el Gobierno de facto del General Juan Carlos Onganía sanciona la Ley 18.610 llamada Ley de Obras Sociales. En los fundamentos de la misma el gobierno dictatorial argumenta que lo que se propone es "dar cobertura a los sectores que aún no se encuentren amparados por ninguna obra social ". Esta Ley cubría a todas las obras sociales estatales, paraestatales, organismos descentralizados, empresas del Estado y sindicatos.

Las obras sociales serían administradas por los sindicatos quienes recaudarían directamente sus fondos, sin intermediaciones. La obligatoriedad de afiliación de todos los trabajadores en relación de dependencia y la del aporte patronal, otorgaron mucho mayor poder económico y político a los sindicatos.

En octubre de 1970 se promulgó el Decreto 4710 reglamentando la ley 18.610, mediante la aplicación de la cual se consolidaba el sistema de Obras Sociales como entes financiadores de la atención médica.

El 14 de mayo de 1971 se sanciona la ley 19.032 y su decreto reglamentario 1157 que dispuso la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (I.N.S.S.J.P.) Se toma el modelo del Medicare con algunas diferencias con respecto al control administrativo, dando lugar a que posteriormente surgieran varias intervenciones a la Obra Social más grande de Latinoamérica.

En 1973 se retoma la ideología de la década comprendida entre 1945 al 1955 y se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a efectos de conformar un sistema único, cuyo eje sería el Estado Nacional, asegurando el acceso igualitario a toda la población. El proyecto no satisfizo las expectativas ni tuvo adhesión por parte de las provincias. Nunca se pudo concretar el financiamiento necesario desde Nación a las Provincias, lo cual hubiera permitido hacerlo más viable.

El proceso de asociación entre capitales de origen nacional e internacional con el Estado militarizado logró excluir del poder al movimiento obrero. La política social quedó subordinada a los intereses de acumulación dando lugar a dos grandes tendencias: la privatización y la incorporación de tecnología.

⁷⁵ Se conoce como Cordobazo a un movimiento de protesta de ribetes insurreccionales, ocurrido el 29 de mayo de 1969, en la por entonces industrializada ciudad de Córdoba, Argentina, capital de la provincia del mismo nombre. Dicho acontecimiento inició la retirada de la dictadura militar de Juan Carlos Onganía.

El modelo de Estado instalado en nuestro país a partir 1976 incorpora el discurso neoliberal que fundamenta el accionar de su equipo económico, lo cual influye en el sistema de salud avalando el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado, y su traspaso a la actividad privada. Principios modernizadores como la jerarquización de la red sanitaria, el desarrollo de redes y de sistemas locales aparecen en el discurso oficial.

En la práctica operó la descentralización de los hospitales y se transfirió el financiamiento a las provincias liberando al fisco de toda responsabilidad por la salud de la población, inclusive del sostenimiento del Hospital Público, al que se otorgó la posibilidad de financiamiento mediante el arancelamiento y la contratación con las obras sociales.

En 1977 se cerró compulsivamente el Hospital Geriátrico General Martín Rodríguez. Exactamente a partir del 30 de abril de 1978 dividió sus instalaciones el Hospital General de Agudos Torcuato de Alvear, para crear en ellas el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear y el "Hogar de Ancianos San Martín", ambos pertenecientes al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

El sistema de autogestión surgió en un avance del Estado siguiendo las políticas de globalización mundial y constituye una modernización del sistema de salud financiado por el Banco Mundial con el fin de limitar el gasto público. Se favoreció así la descentralización y se comenzó a cobrar arancel en el servicio público, quedando exceptuados del pago quienes pertenecían a los sectores más carenciados y podían demostrarlo.

Desde al período 1978 en adelante se impulsaron tres medidas relevantes:

1. La sanción de la Ley 29.269 de Obras Sociales en 1980 que aumentó el poder de la Secretaría de Seguridad Social.
2. La fijación de aranceles en los servicios asistenciales públicos, en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires y en 14 provincias.
3. El desarrollo de un mercado de servicios de salud como consecuencia de la reducción de la capacidad orientadora y fiscalizadora del Estado, que llevó a un uso indiscriminado e innecesario de recursos tecnológicos.

En 1983 el deterioro del Sistema de Salud Pública se veía empeorado por la crisis económica que afectaba al país. El Intendente Municipal de la ciudad de Buenos Aires era Guillermo del Cioppo, último Intendente Municipal designado por las Fuerzas Armadas quien ejerció su cargo hasta el 10 de diciembre de 1983.

Surge bajo su mandato la Ordenanza N° 33.209 estableciendo que todos los usuarios de los Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires debían abonar el servicio o tramitar certificado de imposibilidad de pago en caso de carecer de cobertura médica. En 1983 el porcentaje de adultos mayores cubierto por la Obra Social de los Jubilados era muy bajo, por lo que la Unidad de Geriatria del Hospital José María Ramos Mejía tenía en su mayoría población que no podía cubrir el arancelamiento de los servicios que recibía.

El 12 de enero de 1984, a pocos días de asumir como Intendente Julio César Sagüier, fue emitida la Ordenanza N° 39.736 de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires⁷⁶ que suprimía el pago exigible a los que no poseían cobertura médica.

El 29 de diciembre de 1988 se sanciona la Ley 23.660 promulgada el 5 de Enero de 1989. Dicha ley, conocida como la "Ley de Obras Sociales", introdujo modificaciones sustanciales manteniendo a la totalidad de las Obras Sociales como prestadoras del sistema pero sujetas a un contexto más amplio, formando parte del Seguro Nacional de Salud, conservando la obligatoriedad de afiliación de los trabajadores en relación de dependencia, y eliminando la cláusula de adhesión obligatoria a la Obra Social por tipo de actividad.

Paralelamente, el sector privado, es decir, la medicina prepaga, fue incrementándose favorecido por la política económica de la época, como por ejemplo la reducción de los aranceles a las importaciones que previeron la compra de equipos de alta complejidad.

En 1988 se aprueba la Ley Nacional 23661 de Seguro Nacional de Salud, a través de la cual se buscó mejorar la cobertura y equidad de oferta, otorgando la coordinación de los servicios al Ministerio de Salud pero permitiendo un mayor protagonismo de las Obras Sociales.

Se transcribe a continuación el artículo destacando que las fechas coinciden con los acontecimientos que se estudian:

⁷⁷"ART. 4.- La Secretaría de Salud de la Nación promoverá la descentralización progresiva del seguro en las jurisdicciones provinciales, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, y el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

A ese efecto, las funciones, atribuciones y facultades que la presente ley otorga a la Secretaría de Salud de la Nación y a la Administración Nacional del Seguro de Salud podrán ser delegadas en las aludidas jurisdicciones mediante la celebración de los convenios correspondientes. "

⁷⁶ Boletín Oficial Ciudad de Buenos Aires N° 17198, publicado el 12/01/1984.

⁷⁷ Ley 23.661 Sistema Nacional de Seguro de salud, sancionada el 29 de diciembre de 1988 y promulgada en Enero 5 de 1989.

La Ley Nacional 23661 incluye como beneficiarios a los Jubilados y Pensionados Nacionales y los de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y los Beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales.

Simultáneamente, se expandía la medicina prepaga favorecida por la reducción de aranceles para la adquisición de equipos de alta complejidad y por una estrategia agresiva de venta de su cobertura.

En los años noventa se retoma la política de descentralización pero desde un gobierno democrático aplicando economía neoliberal, en medio de la reforma del Estado y de políticas laborales flexibilizadoras.

En 1993 se aprueba el Decreto 578 referido a "Hospitales Públicos de autogestión" que consiste en una reforma reorganizativa de lo público y privado con la desregulación de las obras sociales. El Decreto 578/93 reglamenta la autarquía hospitalaria estableciendo normas de regulación de estas instituciones a sus jurisdicciones y no al el Estado. La autarquía procura la independencia económica de todos los hospitales con el fin de solventar sus gastos e inversiones, siempre acorde a planes funcionales a su jurisdicción y a los programas estatales de salud.

En el año 2010, de los 33 hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, sólo 4 cuentan con una Unidad de Geriatría. Entre ellos se encuentra el Hospital General de Agudos Carlos G. Durand que es el único que conserva treinta camas de internación.

10.4 Pensar a la gerontología desde el contexto actual: demografía y transición epidemiológica.

La salud pública refleja, dentro de la realidad social en que se encuentra incluida, la interacción entre poder, la economía, el conocimiento, la cultura y la política.

El envejecimiento poblacional como fenómeno que emerge en esa realidad, requiere del sistema de protección social y salud respuestas complejas, eficaces y eficientes, ya que los cambios demográficos se encuentran acompañados por variaciones en los perfiles epidemiológicos y generan consecuencias en el financiamiento y en la organización de los sistemas de salud.

Los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) relevados en el Censo Nacional del año 2001 (Cuadro 10-1) señalan que el 13,4% de la población total de nuestro país, está constituida por adultos mayores de 60 y más años. Dicha población está compuesta por 2.054.151 varones y 2.817.806 mujeres, siendo en total 4.871.957. Las personas de más de 65

años son 3.587.620 millones, representando un 10 % de la población total. El segmento de 75 y más años representa por su parte el 4,1 %.

Cuadro 10-1: Población de adultos mayores según el censo de 2001 (cantidad de personas y porcentajes)

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

	Total	Hombres	Mujeres	% sobre población total	% Hombres	% Mujeres
Total	4.871.957	2.054.151	2.817.806	13,4	42,2	57,8
60-64	1.284.337	597.259	687.078	3,5	46,5	53,5
65-69	1.109.788	499.544	610.244	3,1	45,0	55,0
70-74	996.525	422.426	574.099	2,8	42,4	57,6
75-79	727.895	289.055	438.840	2,0	39,7	60,3
80-84	432.908	152.255	280.653	1,2	35,2	64,8
85 y más	320.504	93.612	226.892	0,9	29,2	70,8

La Figura 10-1 muestra la distribución de población de adultos mayores presentada en el Cuadro 10-1.

La transición demográfica, como fenómeno poblacional, se encuentra acompañada de la transición epidemiológica. Se denomina Transición Epidemiológica (TE) al paso de una estructura mórbida donde predominan las infecciones intestinales y enfermedades respiratorias que afectan a toda la población desde la más temprana infancia, a una estructura donde predominan la enfermedad cardiovascular (ECV), el cáncer (CA) y el accidente cerebrovascular (ACV), que afectan fundamentalmente a los adultos mayores.

El perfil epidemiológico de la población de más de 65 años presenta mayor incidencia en las enfermedades crónicas, integradas por afecciones cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, traumatismos, enfermedades respiratorias, diferentes patologías neurológicas y cáncer.

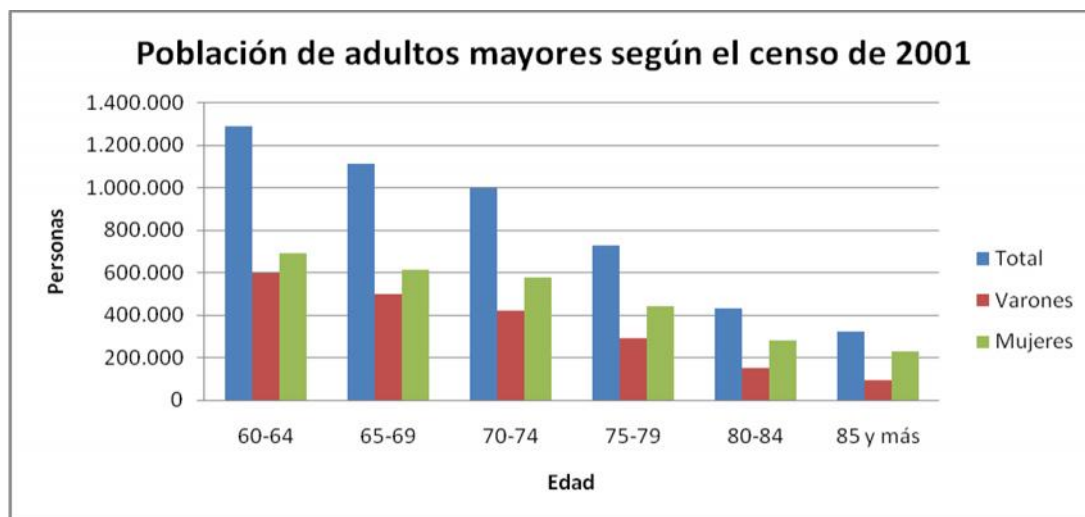


Figura 10-1: Distribución de población de adultos mayores según el censo de 2001. Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

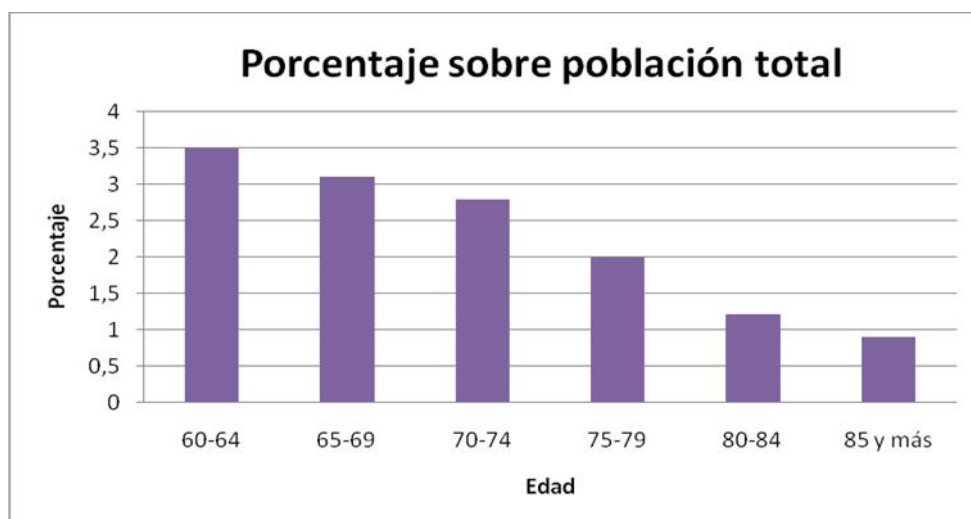


Figura 10-2: Distribución en porcentaje referido a la población total de los adultos mayores según el censo de 2001. Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Complejiza aún más considerar la expectativa de vida en años, ya que la aceleración del crecimiento de la población de 80 y más años se encuentra acompañada de la pérdida de la autonomía y el consecuente incremento de costos en capital humano y recursos materiales, lo cual se vuelve relevante en la gestión de servicios de salud para personas mayores.

Las condiciones de vida de la población han mejorado en las últimas décadas permitiendo el paulatino aumento del nivel educativo. Tal situación produce una mayor percepción de la enfermedad, generando una mayor demanda de utilización de atención de salud y un considerable aumento del costo del tratamiento de los adultos mayores en su conjunto.

En el Cuadro 10-2 y en la Figura 10-3 se presenta la esperanza de vida dividida en individuos saludables e inválidos, por sexo, para Argentina en el período 2000-2005.

La problemática de lo que figura como "Invalidez" en el citado cuadro puede abordarse analizando los conceptos de actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, actividades avanzadas de la vida diaria, autonomía, independencia, deficiencia, incapacidad, minusvalidez, y dependencia.

⁷⁸Las actividades básicas de la vida diaria son aquellas indispensables para el autocuidado (alimentación, higiene, vestido, evacuación, movilidad, comunicación).

Las actividades instrumentales de la vida diaria se definen como las esenciales para desempeñarse independientemente en su ambiente (cocinar, limpiar, comprar, leer, escribir, viajar, realizar trabajos fuera de la casa). Las actividades avanzadas de la vida diaria son las que sin ser esenciales para el mantenimiento de la independencia, podrían denunciar variaciones funcionales más precoces por ser más elaboradas, como por ejemplo la participación en grupos sociales o religiosos, practicar hobbies, etc. No admiten escalas de aplicación universal.

El significado del concepto de autonomía es la noción y el ejercicio del autogobierno. Se entiende por independencia a la capacidad funcional, que en su expresión máxima significa poder sobrevivir sin ayuda para las actividades instrumentales de vida diaria y de auto cuidado.

La deficiencia es el daño orgánico y la enfermedad clínica, o en otras palabras, la anomalía de estructura o función de un órgano o sistema. La incapacidad es la restricción de actividades impuesta por la deficiencia, y se conceptúa a nivel de la persona en su conjunto, no ya a nivel de un órgano o sistema.

La minusvalidez es la repercusión de la incapacidad a nivel social o ambiental, y puede presentarse o no, según el ambiente en el que se mueva el individuo. Finalmente, la dependencia, en la literatura gerontológica, se define como incapacidad de la persona de funcionar satisfactoriamente sin ayuda, debido a limitaciones físico-funcionales o a limitaciones cognitivas, o a la combinación entre esas dos condiciones.

En base a estos datos, se hace notoria la necesidad de recursos de atención para la población vulnerable incluyendo servicios dirigidos a prevenir la pérdida de autonomía mediante la

⁷⁸ Esta conceptualización era la que aplicaba Angel Papeschi y equipo; aún hoy se utiliza en la Unidad de Geriatría Residual del Hospital Ramos Mejía.

atención de salud progresiva y especializada respondiendo a la demanda que dicho perfil epidemiológico presenta.

Cuadro 10-2: Esperanza de vida total y saludable, por sexo. Argentina 2000-2005 Fuente: Encuesta SABE (2002). OPS-BID-CENEP. Tabla 3. (Pág. 204 y 205)						
Edad	Varones			Mujeres		
	Expectativa de vida en años			Expectativa de vida en años		
	Saludable	Inválido	Total	Saludable	Inválido	Total
60	15.55	2.27	17.82	17.23	5.30	22.53
65	12.27	2.19	14.46	13.44	4.98	18.42
70	9.32	2.08	11.38	9.99	4.56	14.55
75	7.29	1.35	8.64	6.61	4.42	11.02
80	4.78	1.44	6.22	4.00	3.96	7.97

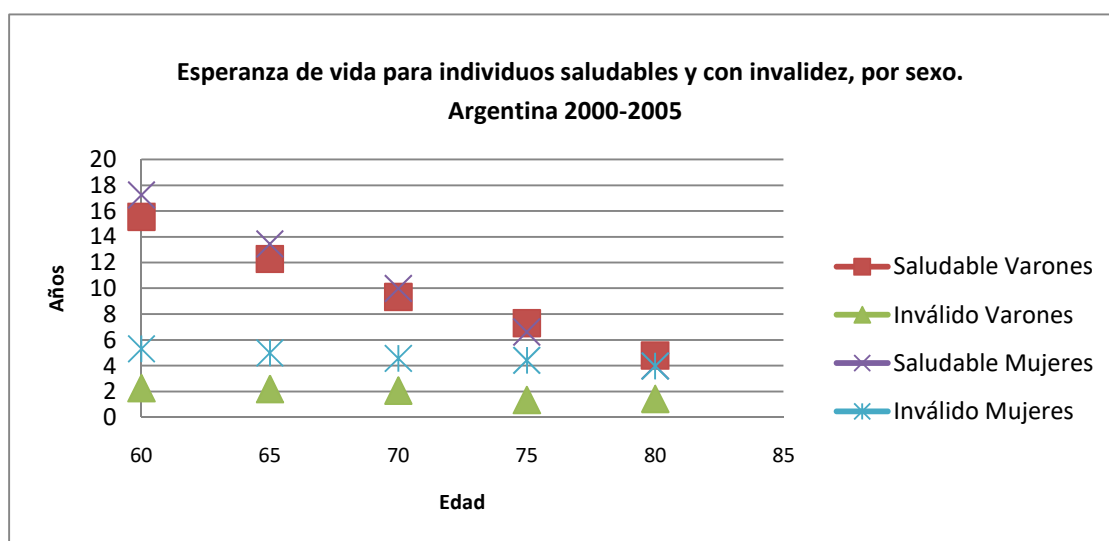


Figura 10-3: Esperanza de vida total y saludable, por sexo. Argentina 2000-2005. Fuente: Encuesta SABE (2002). OPS-BID-CENEP. Tabla 3. (Pág. 204 y 205)

Abordando el acelerado y continuo envejecimiento y los factores que el mismo ocasiona, desde el Ministerio de Salud se han planteado distintos cambios en el sistema de salud con la finalidad de reducir la incidencia de determinadas enfermedades crónicas y fomentar el bienestar de las personas mayores, con una visión intersectorial e interdisciplinaria.

Una de dichas propuestas, la Resolución y Programa de Envejecimiento para los Adultos Mayores, aprobado por el Ministerio de Salud expediente N° 2002-9253-07-08, señala:

- J ⁷⁹ "Que teniendo en cuenta el aumento acelerado y constante de dicho grupo poblacional es preciso impulsar acciones para el fomento de la salud y el bienestar de las personas mayores, con una visión intersectorial e interdisciplinaria, que respete los derechos e idiosincrasia del adulto mayor.
- J Que resulta conveniente promover medidas tendientes al desarrollo de un nuevo modelo de atención de la salud para la población adulta mayor que incluya la promoción de la salud, de la atención primaria de la salud adaptada a los adultos mayores y la atención integral, desde el enfoque del envejecimiento activo.
- J Que resulta conveniente promover servicios integrados de cuidados prolongados para los adultos mayores frágiles y dependientes, que incluyan los cuidados de baja y alta complejidad, la psicogerontología y la gerontología clínica e institucional, entre otras disciplinas.
- J Que es necesario promover formación de recursos humanos en temáticas de envejecimiento activo y saludable, gerontología y geriatría, con énfasis en la estrategia de Atención Primaria de Salud.
- J Que es necesario favorecer el desarrollo de proyectos de investigación destinados a incrementar el conocimiento en el campo gerontológico y a dar respuesta a las necesidades detectadas."

Fundamentado en el espíritu de la Resolución y Programa de Envejecimiento para los Adultos Mayores se señalan los datos poblacionales de la Comuna B de la actual Ciudad de Buenos Aires, en donde se encuentra ubicado geográficamente el Hospital Ramos Mejía. Las Comunas son unidades de gestión política y administrativa descentralizada con competencia territorial, patrimonio y personería jurídica propia, según el texto de la Ley 1777 promulgada por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 1º de septiembre de 2005. Los barrios son las 48 unidades territoriales en las que está dividida legalmente la Ciudad de Buenos Aires. El Cuadro 10-3 muestra la identificación de las zonas, comunas y barrios de la Ciudad de Buenos Aires.

⁷⁹ Resolución y Programa de Envejecimiento para los Adultos Mayores, aprobado por el Ministerio de Salud expediente N° 2002-9253-07-08, pag. 1

Cuadro 10-3: Zonas, Comunas y Barrios de la Ciudad de Buenos Aires.

Fuente: Serie Informes de Condiciones de Vida. Documento Nro. 3. La población de tercera edad en la Ciudad de Buenos Aires. La situación en el 2007. Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación. Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Zona	Comuna	Barrios que incluye
A (Norte)	2, 12, 13 y 14	Recoleta, Coghlan, Saavedra, Villa Urquiza; Villa Pueyrredón; Palermo; Belgrano; Colegiales; Núñez.
B (Centro Este)	1 y 3	Retiro, San Nicolás; Puerto Madero; San Telmo; Montserrat; Constitución; San Cristóbal; Balvanera.
C (Sur)	4 y 8	Boca; Barracas; Parque Patricios; Nueva Pompeya; Villa Soldati; Villa Riachuelo; Villa Lugano.
D (Oeste)	9, 10 y 11	Mataderos; Liniers; Parque Avellaneda; Floresta; Monte Castro; Vélez Sarsfield; Versalles; Villa Luro; Villa Real; Villa Gral. Mitre; Villa Devoto, Villa del Parque, Villa Santa Rita.
E (Centro)	5, 6, 7 y 15	Almagro; Boedo; Caballito; Flores; Parque Chacabuco; Chacarita; Villa Crespo; Paternal; Villa Ortúzar; Agronomía; Parque Chas.

El Cuadro 10-4 resume los datos de población de adultos mayores en la Comuna 3, mientras que en el Cuadro 10-5 se detalla Distribución de la población de adultos mayores y el porcentaje de adultos mayores en el total de población de cada zona. Se observa que el porcentaje de adultos mayores en el total de la población en la zona B, objeto del análisis, es el mayor y corresponde a un 24,7 %.

Cuadro 10-4: Población de la Comuna 3: Balvanera y San Cristóbal, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Estimación y proyección de la población, para el 2010. Informe de resultados N° 258.

Grupo de edad	Ambos sexos	Mujeres	Varones
60-64	10.094	5892	4202
65-69	8.984	5477	3507
70-74	7.861	4959	2902
75-79	6.885	4479	2406
80 y +	10.105	7365	2740
Total	43.929	28.172	15.757

Cuadro 10-5: Población de 60 años y más. Distribución (%) por zona y Porcentaje de adultos mayores por zonas. Ciudad de Buenos Aires, 2007.

Fuente: Serie Informes de Condiciones de Vida. Documento Nro. 3. La población de tercera edad en la Ciudad de Buenos Aires. La situación en el 2007. Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación. Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Zona	Distribución (%) de la población de adultos mayores por zona	Porcentaje de adultos mayores en el total de población de cada zona
Total	100	22,2
A	33,2	24,6
B	14,4	24,7
C	10,6	17,9
D	16,9	21,2
E	24,9	21,2

El Cuadro 10-6 indica el porcentaje de población de 60 años y más con cobertura de salud por zona de residencia y según grupo etario, en la Ciudad de Buenos Aires, en el año 2007. Se observa que el 94,7 % de la población de adultos mayores de la zona B, correspondiente al Hospital Ramos Mejía, disponía de cobertura de medicina prepaga de emergencias u obra social. De este porcentaje, el 91,5 % pertenecía al grupo de 60 a 74 años y el 99,7 % pertenecía grupo de 75 y más años. El 5,3 % contaba únicamente con la atención de salud que brindaba el sistema público. Este alto nivel de cobertura se explica por la gran proporción de personas mayores cubiertas por PAMI.

Cuadro 10-6: Porcentaje de población de 60 años y más con cobertura de salud por zona de residencia y según grupo etario. Ciudad de Buenos Aires, 2007.

Fuente: Serie Informes de Condiciones de Vida. Documento Nro. 3. La población de tercera edad en la Ciudad de Buenos Aires. La situación en el 2007. Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación. Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Zona	Total	Grupo etario	
		60 a 74 años	75 y más
Total	93,9	91,3	98,3
A	96,2	94,9	98,6
B	94,7	91,5	99,7
C	87,0	81,9	96,4
D	93,6	89,9	99,4
E	93,4	91,4	96,9

Del análisis de estos datos surge la necesidad de pensar en la oferta existente para satisfacer la demanda explícita de salud del 5,3 % de la población sin cobertura, y desde la gestión la necesidad de construcción de dispositivos dentro del Sistema de Salud Público que permita a esta población adulta mayor sostener su funcionalidad y calidad de vida para que continúe habitando en sus hogares.

El Cuadro 10-7 y la Figura 10-4 brindan los datos de población en hogares y población en instituciones colectivas por sexo, según grupos de edad. Se aprecia la relación que existe entre el envejecimiento y la transición epidemiológica. Los guarismos se encuentran diferenciados de acuerdo a la situación habitacional y divididos por sexo.

La primera interpretación a la cual se puede arribar es el notorio aumento de la población institucionalizada femenina a medida que avanza en edad. El segundo dato relevante es que la población en hogares es de 65.314 personas mientras que la que se encuentra en instituciones colectivas es el 4,86% de la que habita en la comunidad.

Cuadro 10-7: Población en hogares y población en instituciones colectivas por sexo, según grupos de edad. Área Programática Hospital General de Agudos J. M Ramos Mejía. Ciudad de Buenos Aires, Año 2001.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A) sobre la base de datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Población Total			Población en Hogares			Población en instituciones colectivas		
Total	Sexo		Total	Sexo		Total	Sexo	
	Varones	Mujeres		Varones	Mujeres		Varones	Mujeres
13727	5549	8178	13394	5397	7997	333	152	181
13148	5233	7915	12719	5033	7686	429	200	229
13325	4946	8379	12851	4736	8115	474	210	264
11142	3811	7331	10615	3633	6982	527	178	349
13972	3836	10136	12557	3537	9020	1415	299	1116
65314	23375	41939	62136	22336	39800	3178	1039	2139

A pesar de que la población que habita en el sector cubierto por el Hospital de Agudos J.M. Ramos Mejía demanda atención integral de acuerdo a los nuevos paradigmas asistenciales, hasta el presente no se han encontrado canales de gestión institucional para habilitar un nuevo servicio de geriatría con internación.

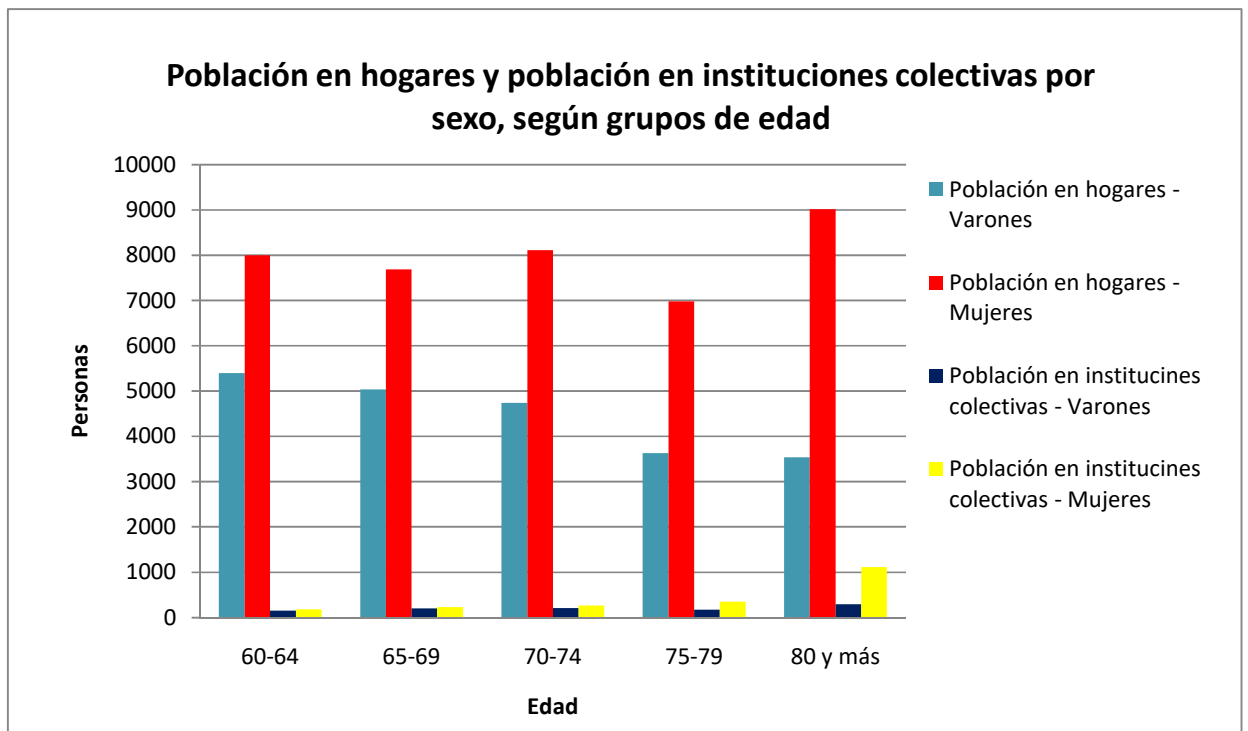


Figura 10-4: Población en hogares y población en instituciones colectivas por sexo, según grupos de edad.

Conclusiones

11 Conclusiones.

11.1 Introducción.

El recorrido histórico propuesto en esta tesis a partir del análisis del proceso de creación y desactivación de la Unidad de Geriatría del Hospital J.M. Ramos Mejía posibilitó identificar ciertos momentos históricos que determinaron al conjunto institucional, a los dispositivos políticos-sanitarios y a los servicios de salud y su modelo de atención.

En relación al objeto de estudio de esta tesis, pueden aportarse una serie de dimensiones que contribuirán a interpretar aquellos factores que dificultaron su desarrollo y permanencia en el tiempo. Se presenta a continuación la respuesta al problema de investigación planteado estructurada a través de conclusiones asociadas a dichas las dimensiones.

11.2 Atomización de la atención médica.

Ubicados en el período 1978/1991, se observa excesiva atomización en la organización institucional de la atención médica, la cual estaba conformada por un sector privado disperso y con calidad de prestaciones variables y por un Sector Público compuesto por los servicios, Nacionales, Provinciales y Municipales que desarrollaban sus actividades con autonomía. Debe añadirse además a las Obras Sociales, entre ellas el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, las cuales brindaban atención médica bajo el esquema de la Seguridad Social. El mosaico existente no permite afirmar que hubiese un real Sistema de Salud, dada la falta de coherencia entre sus componentes y de accesibilidad a una atención adecuada de acuerdo a los recursos y conocimientos científicos existentes.

11.3 Políticas sociales fragmentadas.

Los tres sectores en que se dividía la atención médica, la Pública, la Privada y la de las Obras Sociales eran el resultado de políticas sociales fragmentadas, y muchas veces contradictorias, que se iban generando y superponiendo sin lograr integrarse creando dispersión de esfuerzos, concentración de servicios en algunos lugares y desprotección en otros, cuantiosos presupuestos y carencias. Los hechos suceden durante administraciones de facto y el regreso a la democracia, siendo determinados por los enfrentamientos, divergencias y convergencias entre grupos políticos y sindicales desde 1984 en adelante.

11.4 Inexistencia de una estrategia macro de atención a los Adultos Mayores.

La ausencia de un Plan Gerontológico Nacional en 1978 era fruto de la falta de coordinación interinstitucional. No se visualizaba la necesidad de planificar satisfactorios a las necesidades del envejecimiento poblacional y transición epidemiológica. Consecuentemente, el Plan Gerontológico para la Municipalidad de Buenos Aires no estuvo incluido en las normas vigentes a nivel Nacional ni en el Presupuesto para su efectiva ejecución.

11.5 Determinantes históricos que inciden en la identidad organizacional de los Hospitales de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires.

Luego de la derrota de J.M. Rosas en Caseros (1852) se inicia una nueva etapa en nuestro país y se inicia la secularización de la vida social. La Creación de los Hospitales Públicos tenía como objetivo el disciplinamiento. El cuidado de la salud ligado a la construcción de una sociedad moderna subsiste en lo edilicio y en la organización administrativa verticalista en donde la autoridad máxima, el Director, suele ser designado por ser representante de la corriente y modelo político que sustenta el Gobierno.

11.6 Leyes y reglamentaciones que determinaron conflictos de intereses al incluir la racionalidad económica como prevalente a la racionalidad estructural del Hospital Público.

Al incluir como factor situacional las características de tiempo y espacio, se devela que el período 1989-1991 estaba signado por una coyuntura política muy especial. Coinciden las fechas de promulgación de la Ley 23.661, y de la Ordenanza N° 45.241 de la Municipalidad de Buenos Aires que en su Artículo 1 inciso h determina la participación del personal de cada establecimiento en la distribución de los ingresos percibidos, y en el Artículo 2 de la misma establece que el porcentual del 40 % de dicha recaudación será distribuido en partes iguales entre el personal de cada establecimiento conforme contracción al trabajo manifestada y valorada según dedicación horaria establecida.

11.7 Disímiles regímenes laborales que en el ámbito jurídico obstaculizaban la integración de los valores y de la cultura que se pretendía promover.

Existen en la administración hospitalaria disímiles regímenes laborales y pactos sindicales que en el ámbito jurídico obstaculizaban la integración de los valores y de la cultura que se pretendía promover. El cambio de las normas de cuidado era resistido por el personal de

enfermería de geriatría y de profesionales y enfermeros de los otros servicios, excepto traumatología. Hechos nimios como el pedido de los alimentos sin triturar para que los pacientes conservaran la masticación e hicieran uso de los cubiertos, por ejemplo, eran motivo de molestia cotidiana. Oponerse a dichos cambios era permanente ya que se los consideraba absurdos.

11.8 Heterogéneas clases de contratos y regímenes laborales que dificultaban poder aplicar una gestión de capital humano.

La peculiar interacción y las funciones pautadas en el servicio para satisfacer las necesidades de las personas internadas y los atravesamientos ideológicos que implicaban un cambio en la tarea de enfermería suscitaban conflicto ante determinadas situaciones como el traslado del interno al comedor, a tomar sol, a caminar para mantener la funcionalidad de la marcha, incorporar al paciente para bañarlo en bañera central, preparar al familiar, si lo había, sobre cómo movilizarlo antes de la externación. Se esgrimía que no eran actividades que les correspondían de acuerdo a las obligaciones contractuales y que no coincidían con la modalidad del resto de los servicios. No era aceptado que, con la finalidad de lograr una recuperación elevada, se brindara a los pacientes un tratamiento que implicaba mucho esfuerzo al personal.

No era posible seleccionar y contratar a los integrantes del equipo, y el horario de los médicos geriatras de 8 a 13 horas no permitía una comunicación constante con el personal de cuidado permanente (enfermeras asistentes, mucamas).

Aunque dependía directamente del Director la Unidad de Geriatría, La Unidad de Geriatría del Hospital J.M. Ramos Mejía no figuraba autónoma en organigrama, lo cual impedía tener autarquía administrativa y ejecutiva y debía someterse a las Reglamentaciones Municipales y Leyes Nacionales.

11.9 Falta de adaptación a los cambios demográficos que acompañaron la aparición de la transición epidemiológica y por consiguiente la modificación del enfoque en cuanto a las modalidades asistenciales.

La trayectoria de la unidad coincidió con etapas muy críticas de la salud pública cuando aún en nuestro país no se había divulgado el cuidado progresivo en la vejez. La reducción de costos y dependencia que lograba el modelo de asistencia geriátrica no era evaluado.

No se aceptaba la incipiente adaptación a los cambios demográficos que acompañaron la aparición de la transición epidemiológica y por consiguiente la modificación del enfoque en cuanto a las modalidades asistenciales. Existía rechazo por la implementación de los patrones

de atención y tratamientos que acompañaban el tipo de asistencia, como por ejemplo la participación de las familias durante la internación de los pacientes y el seguimiento en domicilio posterior.

Durante el período bajo análisis se entendía como progreso en salud la incorporación de tecnología más sofisticada, mientras que en la Unidad de Geriátría, por ejemplo, se priorizaba la alimentación natural en lugar de los preparados químicos que mandaba Farmacia.

11.10 Viejismo y estigmatización de la Unidad de Geriátría.

Los diversos atravesamientos institucionales tales como trabajo, religión, tiempo libre, justicia, vejez, valores, leyes que determinan el intercambio social, historia y creencias, vieron afectadas sus interacciones con la incorporación de un servicio que daba un lugar diferente al adulto mayor. Se entendía que tenían un lugar preferencial que contrastaba con el lugar que ocupaban en la sociedad.

El rechazo a los “viejos” o viejismo fue trasladado a los profesionales que los atendían, existiendo una conducta hostil de la guardia que iba desde la desvalorización hasta ocasionar desborde de trabajo que implicaba llevar a los pacientes para que sean atendidos.

El chalet o Pabellón de Geriátría estaba separado del edificio principal. Tal hecho remite a la concepción del espacio con valor terapéutico y a la idea de aplicar el aislamiento para proteger y curar.

11.11 Repercusión negativa al intercambio interdisciplinario.

La unidad de Geriátría hacía un abordaje integral. En las reuniones de equipo participaban los profesionales de todas las áreas y se trabajaba caso por caso con la participación de médicos, enfermeros, asistentes geriátricas, kinesiólogos, y asistente social. El eje de la reunión era el paciente y sus necesidades. Los médicos debían aprender a tomar decisiones a través del intercambio con todo el equipo. Dicha modalidad era criticada peyorativamente por los médicos clínicos que sostenían el pensamiento médico hegemónico. Se cuestionaba que no se cumpliera con la ideología que defendía la posición que a las decisiones sobre la salud de los pacientes las toma el médico, quien ordena a los paramédicos que las ejecuten.

11.12 Desacuerdo con aplicación de nuevas técnicas y tratamientos que acompañaban los modelos de abordaje asistencial a los gerontes.

La puesta en escena de un orden simbólico con una interacción prevista y determinada por los significados y las categorías perceptuales que dicho ordenamiento simbólico constituye fue alterada. El vínculo médico paciente era diferente, el "Trato no debía ser técnico" como decía Carlos Franco, en su entrevista, la atención de la Guardia "era muy fría para nuestro gusto".

11.13 Falta de reconocimiento de la Geriátrica como especialidad.

La geriátrica era una nueva especialidad cuyos principios no estaban muy difundidos. La conformación de los servicios de acuerdo al Plan Gerontológico Municipal reseñados era de difícil comprensión.

11.14 Tiempo histórico que no fue acorde con los nuevos valores.

Teniendo en cuenta que hace tres décadas el envejecimiento poblacional era un fenómeno novedoso, se puede afirmar que los dispositivos creados en los Hospitales Públicos de la Municipalidad de Buenos Aires no coincidían con los valores de la época, lo cual generaba dificultades desde diferentes aspectos.

11.15 Cambio en los roles que debían asumir los profesionales y especialistas en geriátrica.

El rol del médico que sabe y del paciente que no sabe estaba instituido. El cambio que producía la Unidad en estas normas aparecía de hecho como una protesta y era instituyente. Las instituciones atraviesan a las organizaciones, la verticalidad de la administración hospitalaria y el Consejo Asesor Técnico Administrativo sancionó de hecho la autonomía de este grupo de médicos reformistas que demandaban un gran esfuerzo visto como innecesario a todo el personal para la atención de los pacientes del servicio.

11.16 Convergencias entre intereses personales, políticos y sindicales.

Analizando los diferentes núcleos temáticos organizacionales y centrando la atención en el núcleo "Vínculo", emerge la correspondencia con las pujas de poder que se ejercen en las organizaciones y el conflicto. La confrontación de racionalidades diferentes que se priorizan en la organización convoca al conflicto.

Estaba instituido el Hospital Público gratuito, y la reglamentación del arancelamiento cambió el sistema vincular de prestación y actuó como instituyente dando lugar a un conflicto entre racionalidades diferentes: el hospital como proveedor de salud gratuita a los usuarios y el hospital arancelado como efector de un servicio y mediador entre el paciente y su Obra Social.

Durante 1984 se solicitaba a los pacientes que demostraran que no podían abonar los aranceles mediante un certificado, recordando la primitiva articulación entre beneficencia y salud. En ese momento parece haberse olvidado el paradigma creado desde 1945 a 1955 en relación a la salud como deber del Estado y Bien Público.

Dado el deterioro de la Salud Pública y el inicio del arancelamiento en 1983, surge un conflicto de interés en virtud de que el único servicio que tenía una posibilidad cierta de tener un ingreso seguro era la Unidad de Geriátría ya que muchos de sus pacientes estaban cubiertos por la Obra Social de los Jubilados y Pensionados. Al incorporar a los pacientes geriátricos a Clínica Médica, dicho servicio tenía acceso seguro a determinadas entradas por el arancelamiento.

⁸⁰ "En esos tiempos nosotros en el Durand, hicimos una reunión entre los profesionales. Cómo los clínicos parecían buitres para sacarnos las camas, decidimos organizar turnos y no dejar un solo momento la unidad sin geriatras"

11.17 Reflexión final.

La participación activa de determinados grupos sociales incluye en agenda pública cuestiones a resolver. Los grupos de presión logran legitimar las protestas y se habilitan respuestas de políticas públicas, surgiendo la acción de los poseedores del poder, sea sindical, administrativo, político o económico.

Si se acepta que las políticas públicas son respuestas que crean los que ejercen el poder para resolver las necesidades de los ciudadanos , se puede afirmar que la falta de acción ante determinadas situaciones es una "omisión" que adopta el grupo gobernante, lo cual puede tomarse como una política pública por omisión.

En el período de los hechos que se investigan, aún era impensable incluir como problematización social el envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica. Los Adultos Mayores de la ciudad de Buenos Aires no poseían la suficiente cohesión como grupo etario para transformarse en grupo de choque en defensa de su derecho a la salud. Fue una política pública

⁸⁰ Entrevista realizada a la Doctora Nora Fioravanti

por omisión la que abortó el crecimiento de la geriatría en los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Se reitera lo afirmado por la Magister Susana Aguas:

⁸¹ "Lo que ocurrió en el Ramos ha sido una combinación de viejismo, situaciones políticas, resistencia al cambio y esta cuestión del no reconocimiento de la geriatría como especialidad y una serie de sucesos que ocurrieron hace 30 años, esto es historia....."

⁸¹ Entrevista realizada a la Magister Susana Aguas.

Anexo

12 Anexo.

12.1 Introducción.

Se entendió necesario tener un eje para evaluar metodológicamente los aspectos funcionales, de infraestructura, equipamiento, elementos de consumo, la gestión organizacional, la distribución espacial, los conflictos, las condiciones de desenvolvimiento del personal, la génesis y el desarrollo institucional. Para lo cual se creó la siguiente guía de análisis que permite indagar:

-) La existencia de un ordenamiento normativo que regule el funcionamiento del hospital (Misión y funciones, servicios, atención, distribución de prioridades, bienes y recursos)
-) La adecuación entre la estructura formal y la real.
-) El nivel de centralización - descentralización emergente de la estructura orgánico - funcional.
-) La existencia de un conocimiento difundido y entendido de la estructura de la unidad de geriatría.
-) El grado de funcionalidad de la estructura orgánica – funcional.
-) La adecuación de la estructura del servicio de geriatría a la estructura del hospital Ramos Mejía.
-) La existencia de un registro de dotaciones formales y reales.

12.2 Infraestructura.

El relevamiento de la infraestructura registrará:

-) Salas: Número, superficie y capacidad.
-) El promedio del número de camas ocupadas.
-) Las características de su iluminación, acústica, ventilación, estado de conservación, accesibilidad y seguridad.
-) El acondicionamiento de aire y calefacción.
-) La adecuación de la unidad a los planes de asistencia a los pacientes.
-) El número de baños y comedores, superficie, capacidad.

-)] Los servicios disponibles: gas, agua, energía, desagües, ascensor, utiliaje ventilación, etc.
-)] La existencia de elementos de seguridad.
-)] El número y superficie de Instalaciones comunes.
-)] La funcionalidad de las instalaciones
-)] La existencia de elementos e indicaciones de seguridad.

12.3 Equipamiento.

El análisis del equipamiento podrá establecer:

-)] La existencia y adecuación del equipamiento para la asistencia de los A.M.
-)] El grado de actualización y conservación del equipamiento.
-)] La existencia y adecuación del sistema de mantenimiento de los equipos.
-)] La facilidad administrativa para acceder al uso del equipamiento.

12.4 Elementos de consumo.

Deberá determinarse:

-)] La disponibilidad y adecuación en cantidad, calidad y accesibilidad de los elementos de consumo.
-)] La existencia y adecuación de los sistemas de control de stocks.
-)] La facilidad administrativa para acceder al uso de elementos de consumo.

12.5 Distribución espacial.

En relación a la distribución espacial debe justipreciarse:

-)] La distribución espacial de las unidades de asistencia.
-)] La comunicación y accesibilidad entre los distintos servicios.

12.6 Gestión organizacional.

12.6.1 Planeamiento.

En cuanto al planeamiento, debe valorarse:

- J La existencia de disposiciones reglamentarias en materia de planeación de la actividad del servicio.
- J Las posibilidades de cambio de las normas y metodología de planeamiento.
- J La existencia de una metodología de planeamiento.
- J El grado de utilización de la metodología de planeamiento.
- J La adecuación de la metodología de planeamiento.

12.6.2 Gobernabilidad.

Debe analizarse:

- J La capacidad fáctica de la dirección de tomar decisiones para la totalidad de la Institución Hospitalaria.
- J El reconocimiento de la autoridad de la institución por parte de la comunidad hospitalaria.
- J El grado de funcionamiento normal de la Dirección del Hospital .
- J La relación entre mayoría y minorías y su reflejo en la conducción de la institución.
- J La autoridad o reconocimiento de la Dirección por parte del personal médico y no médico.
- J La existencia de mecanismos para difundir la información institucional entre la comunidad hospitalaria.
- J La efectividad de los mecanismos y procedimientos institucionalizados destinados a facilitar el flujo de información oportuna a las instancias que corresponda.
- J Existencia de mecanismos de coordinación entre los distintos servicios.
- J La eficacia o capacidad de gestión de la Dirección Hospitalaria.
- J Los criterios respecto a la selección, contratación, perfeccionamiento y evaluación del personal directivo.

12.6.3 Toma de decisiones.

En relación a la toma de decisiones deben relevarse:

- J La existencia de normas y procedimientos formales para la toma de decisiones asistenciales y administrativas.

- J El cumplimiento de las normas y procedimientos formales para la toma de decisiones asistenciales y administrativas.
- J La adecuación del sistema de toma de decisiones a los objetivos institucionales.
- J El grado de aplicación de los procedimientos institucionalizados para la toma de decisiones.
- J El conocimiento por parte de la comunidad institucional del sistema de toma de decisiones.
- J La participación de la comunidad institucional en el sistema de toma de decisiones.
- J La relevancia de los temas tratados por los distintos Jefes y Directores y el CATA.
- J La disponibilidad de información para la toma de decisiones.
- J La utilización de la información estadística para la toma de decisiones
- J La existencia mecanismos para captar la opinión de los pacientes, personal médico y no médico.
- J La demora emergente de la toma de decisiones.

12.7 Conflictos:

El análisis de los conflictos debe tender a determinar:

- J La naturaleza de los conflictos: diferencias sobre los hechos, los modelos interpretativos, los objetivos, los métodos, los valores, etc.,
- J Características de los conflictos: interés directo (remuneraciones, promociones, recompensas, etc.), condiciones sociales (presión por la productividad, ausencia de motivación, condiciones de trabajo, resistencia al cambio, malos tratos, inseguridad del trabajo, desvalorización de la tarea, etc.), tensión psicológica (incompatibilidades entre las personas, mala comunicación, etc.), divergencias complejas o intelectuales (ideológicos, de ambiciones, de influencia, de poder, etc.)
- J Grado de incidencia de las situaciones conflictivas en la gobernalidad y/o el clima interno del servicio y el hospital.

12.8 Con respecto a las condiciones de desenvolvimiento del personal.

Deben hacerse inferencias con respecto a:

- J Niveles de motivación del personal médico, no médico y del equipo interdisciplinario.
- J Satisfacción con la pertenencia al servicio y con las tareas realizadas,
- J Restricciones sobre la participación, creatividad e iniciativas a la innovación existentes.

12.9 Génesis y desarrollo institucional.

La indagación debe atender a:

- J Factores y circunstancias que influyeron en su creación,
- J Nivel e intensidad del apoyo obtenido en el momento de origen y su persistencia a lo largo del tiempo,
- J Vinculación institucional al momento de su creación (integración a otra institución resultado de la acción promotora de alguna organización de la comunidad, etc.)
- J Origen, dimensión y regularidad de los recursos,
- J Grado de interferencia con otros servicios existentes: independencia, complementariedad o competencia;
- J Forma de inserción en las redes institucionales existentes en diferentes períodos,
- J Generación inicial de conflictos y modo de resolución de los mismos;
- J Principales crisis y cambios en los objetivos organizacionales,
- J Existencia de liderazgos efectivos que marcaron el servicio en su origen y desarrollo,
- J Permanencia en la configuración de los grupos de trabajo,
- J Incorporación y/o absorción de las pérdidas de personal clave,
- J Aprovechamiento de oportunidades para la obtención de recursos (financieros humanos, equipamiento, etc.) para generar productos, para obtener legitimidad institucional, etc., que hayan marcado la vida institucional,
- J Evolución de las actividades (incorporación de cursos, planes de capacitación en servicio y en otros hospitales)
- J Generación de recursos propios por venta de servicios, etc.,

Este conjunto de elementos de la organización permite visualizar las influencias históricas.

Bibliografía

13 Bibliografía.

1. Boletín Ministerio de Bienestar Social 21/7/77, Discurso pronunciado el 14/7/77 en la Asociación Universitaria Argentino-Norteamericana.
2. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires N° 18.545 Publicado el 02/06/1989.
3. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires N° 19.168 Publicado el 26/11/1991
4. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, N° 17.198 Publicado el 12/01/1984
5. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, N° 26555 Publicado el 20-01-1989
6. Bosch, Samuel J. y Flores, M. Angélica en Unidad 27, Atención primaria de salud y medicina comunitaria, Los servicios de salud en la Argentina, Mera, Jorge A, editor, Fundación Universidad a Distancia "Hernandarias" Editorial DOCENCIA, 1995, Buenos Aires, pag. 24 (Buscar Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Estado de Salud Pública. Estudio Proyecto: Necesidades de Médicos, Médicos Especialistas y Odontólogos hasta el año 1979.)
7. Bou Pérez, Ana María y Otros; La atención del Adulto Mayor en un Hospital Público del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, La Tortuosa Construcción de un sujeto específico, XXV Jornadas Multidisciplinarias, Hospital General de Agudos "José María Ramos Mejía" Jornadas del Plata" "Lo Hecho y lo por Hacer" 4,5,6, de noviembre se 2008.
8. Carballada, Alfredo Juan Manuel; Del desorden de los cuerpos al orden de la Sociedad, Editorial Espacio, Buenos Aires, 2004.
9. De Certeau, Michel, La invención de lo Cotidiano, Antes de Hacer, México, Universidad Iberoamericana.1996.
10. Diario La Prensa, Sección Cuarta, Buenos Aires, 10 de julio de 1938
11. Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A) sobre la base de datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001
12. E. Mathey, C. Mellier, Jean-Pierre Pinel y J.M.Tapí, "Especificidades y límites de los procesos asociativos en los equipos institucionales."
13. Fioravanti, Nora y otros, Asistencia Geronto Geriátrica, Proyección Hacia la comunidad, X Curso de Administración de Servicios de Salud, Asociación Médicos Municipales de La Ciudad de Buenos Aires, 1992.

14. Forciea, Mary Ann, MD y otros, Secretos de la Geriatria, Mc Graw-Hill Interamericana Méjico, 2001.
15. Foucault, Michel, El nacimiento de la clínica, Una arqueología de la mirada médica, Siglo veintiuno editores, Buenos Aires, 2008.
16. Foucault, Michel, El orden del discurso, Ediciones La Piqueta, Madrid, 1996.
17. Foucault, Michel, Hermenéutica del sujeto, Editorial Altamira, La Plata, 2002.
18. Foucault, Michel, La Verdad y las formas jurídicas, Buenos Aires, 2007
19. Foucault, Michel, Microfísica del Poder, Ediciones La Piqueta, Madrid, 1992
20. Foucault, Michel, Vigilar y Castigar, Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2006.
21. García Fernández JL. Características de las enfermedades en geriatría. Enfermedades más frecuentes. Complicaciones de las enfermedades en geriatría. Historia clínica de los ancianos. En: Salgado Alba, Guillen F, ed. Manual de Geriatria 2da. Edición. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas. SA. Masson-Salvat. 1996: 165-174.
Glaser, Barney Gy Strauss, Anselm, Lecturas de Investigación Cualitativa Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras.
22. Goffman, E., Los momentos y sus hombres, Textos seleccionados y presentados por Yves Winkin. Barcelona: Paidós Comunicación, 1991.
23. Goffman, Erving, Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, Martínez de Murguía, Madrid, 1970
24. Góngora Norberto H, Modelo Multidimensional Para El Análisis Organizacional, Mimeo Universidad Isalud. 2006
25. Guillén Llera, Francisco y Ribera Casado José Manuel, y otros, Geriatria desde el principio Editor Juan F. Macías Nuñez, Coeditor Francisco Guillén Llera, José Manuel Ribera Casado, Segunda Edición, Madrid 2005.
26. INDEC, Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y Demográficas. Dirección de Estadística Sectoriales sobre la base de Tablas abreviadas de mortalidad 200-2001.Total del país y Provincias. Tabla 7 Setiembre de 2005.
27. Laín Entralgo P. Antropología médica para clínicos. Salvat, Barcelona, 1984.
28. Laín Entralgo P. La relación médico-paciente. Historia y teoría. Revista de Occidente: Madrid, 1964.

29. Lain Entralgo P., La Historia Clínica. Ed. Consejo Superior de Investigaciones Científicas: Madrid, 1950
30. Ley 23.661 Sistema Nacional de Seguro de salud, Sancionada el 29 de diciembre de 1988 y promulgada el 5 de Enero de 1989.
31. Nizet, Jean, Rigause, Natalie, La Sociología de Irving Goffman, Editorial Melusina, París, 2001.
32. Oddone, María Julieta. Trabajo, Jubilación y Tiempo Libre. Psicólogos. Año XI, N° 12 10/2002
33. Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos, N° 507, Ginebra, 1972
34. Perlado, Fernando, Teoría y Práctica de la Geriatría, Ediciones Días de Santos, S. A. Madrid, 1995.
35. Podestá, Manuel T. Buenos Aires, Minerva, 1924. Citado por Laurentino Mejías "La policía por dentro, Barcelona, Imprenta Viuda Lais de Tasso, 1911
36. Resolución y Programa de envejecimiento para los adultos Mayores, aprobado por el Ministerio de salud expediente N° 2002-9253-07-08,
37. S.J. Taylor y R. Bogdan, Introducción a los métodos cualitativos de investigación, Paidós, 1999.
38. Salgado Alberto, Guillén Francisco, Manual de Geriatría, Salvat, Barcelona, 1990.
39. Schvarstein Leonardo, La inteligencia Social de las Organizaciones, Paidós, Buenos Aires, 2003.
40. Schvarstein Leonardo, Psicología social de las organizaciones, Paidós, México, 1992
41. Schvarstein, Leonardo, Diseño de Organizaciones Tensiones y paradojas, Paidós, México, 1998
42. Tobar, Federico, Como sobrevivir a una Tesis en Salud, Buenos Aires, Ediciones Isalud, 2008
43. Villanueva Víctor. Evaluación del paciente anciano. Revista de Postgrado de la Cátedra VI de Medicina. Facultad de Medicina-UNNE-October/2000.
44. Warren MW. Care of the chronic sick: a case for treating the chronic sick in blocks in a general hospital. Bs. Med/1943.

13.1 Disponibilidad y acceso de los documentos en línea

45. hipocrates.tripod.com/frases.htm
46. http://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:Hogar_de_ancianos_Coronel_Per%C3%B3n.jpg#file
47. http://www.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/evaluacion_programas/informes_condiciones_vida/Tercera_Edad_2007.pdf
48. [http://www.degerencia.com/articulo/manejo_de_conflictos_Alexis_Coduna \(2008\)](http://www.degerencia.com/articulo/manejo_de_conflictos_Alexis_Coduna_(2008))
49. http://www.fcen.uba.ar/lpdecano/asamblea2006/preguntas_de_los_decanos.pdf
50. <http://www.independent.co.uk/news/people/obituary-lionel-cosin>
51. [http://www.llave.connmed.com.ar/portalanoticias_vernoticia.php?codigonoticia=840.](http://www.llave.connmed.com.ar/portalanoticias_vernoticia.php?codigonoticia=840)
52. <http://www.portalcosta.com.ar/margen/tesis/barberena.pdf>
53. www.blogsdeleydeporte.com/.../2062-sexo-y-violencia-en-el-teatro-colon.html
54. www.ganfyd.org/index.php?title=Marjorie_Warren
55. www.isalud.org/documentacion/Breve_historia.pdf
56. www.sagg.org.ar