

Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología

“Programas preventivos inclusivos
para adultos mayores en situación de vulnerabilidad”

Alumno: Lic. MARÍA ILDA DEL VALLE LESTA

Director: Lic. Daniela Álvarez

Promoción: 2008

Buenos Aires, 30 de Octubre de 2012

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción.....	5
1.1. Presentación.....	5
1.2. Descripción del problema.....	6
1.3. Contexto.....	6
1.3.1. Información institucional.....	7
1.4. Utilidad y relevancia.....	7
1.5. Estructura de la Tesis.....	8
2. Planteamiento del problema.....	9
2.1. Formulación del problema de la Tesis.....	9
2.2. Objetivo General.....	10
2.3. Objetivos Específicos.....	10
3. Marco Teórico.....	11
3.1. Envejecimiento Poblacional.....	12
3.1.1. Consecuencias Sociales y Económicas del Envejecimiento.....	21
3.1.2. Acciones implementadas para atender las consecuencias.....	27
3.1.3. Personas y desarrollo en la Argentina.....	29
3.1.4. Salud y Bienestar Social de la Vejez en Argentina.....	31
3.1.5. Entornos Favorables en Argentina.....	34
3.1.6. Envejecimiento individual.....	35
3.1.7. Indicadores de Envejecimiento	41
3.1.8. Vulnerabilidad y Exclusión Social de adultos mayores.....	43
3.1.9. Participación	48
3.1.10. Paradigmas Asistenciales, su evolución.....	51
4. Metodología.....	60
4.1. Tipo de Estudio.....	60
4.2. Fuentes de datos. Herramientas de recolección utilizadas.....	60
4.2.1. Fuentes de datos secundarios.....	60
4.2.2. Fuentes de datos primarios, herramienta de recolección utilizadas.....	61
4.3. Universo, muestra y unidad de análisis.....	65
5. Desarrollo.....	69
5.1. Descripción de los afiliados según modalidad prestacional y tipo de participación en actividades preventivas.....	69

5.2. Participación de los afiliados titulares de la prestación según aspectos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, integrantes y composición familiar).....	70
5.3. Participación de los afiliados titulares de las prestaciones de comedor y bolsón según su situación de vulnerabilidad socio económica	76
5.3.1. Descripción según condición habitacional	76
5.3.2. Descripción según condición socio económica.....	80
5.3.3. Descripción según condición educacional.....	82
5.3.4. Descripción según los aspectos sanitarios.....	86
5.3.5. Descripción según condición relacional.....	90
5.4. Participación de los afiliados titulares de la prestación de comedor y bolsón según el desarrollo de Actividades Avanzadas de la Vida Diaria antes y después de la jubilación(de integración social, culturales, recreativas, artísticas, cognitivas, de religiosidad, de representación, de defensa y ejercicio de derechos y solidarias).....	95
5.5. Causas manifestadas por los afiliados como motivo de su decisión de no participar.....	118
6. Interpretación de los resultados.....	120
6.1. Factores que pueden incidir en no participar vinculados a los grados de vulnerabilidad	122
6.2. Factores que pueden incidir en no participar según el desarrollo de actividades antes de jubilarse.....	127
6.3. Factores que pueden incidir en no participar según la propia percepción de los afiliados.....	131
6.4. Conclusiones y reflexiones finales.....	133
7. Bibliografía.....	138
8. Anexo.....	141

Resumen/Abstract

Esta Tesis trata sobre las causas que pueden estar incidiendo en la escasa o nula participación de los adultos mayores sujetos de derecho de las prestaciones alimentarias de comedor y bolsón del PAMI (Obra Social de Jubilados y Pensionados) de la Argentina, en actividades cognitivas, físicas y recreativas ofrecidas por el Programa Nacional Socio Preventivo de la institución. Se indagó sobre la situación demográfica de sujetos de este estudio, afiliados a la Obra Social. Se estudiaron los distintos grados de vulnerabilidad socio económica que presentan y su relación con la decisión de participación. Se indagó sobre el desarrollo por parte de los afiliados, de actividades cognitivas, recreativas, físicas y de representación antes y después de jubilarse para comparar con la decisión de participación actual. Se investigó sobre la auto percepción de los afiliados respecto a su decisión de no participar en las actividades preventivas propuesta por el Programa Nacional de PAMI.

Se analizaron teorías vinculadas a la Participación, a la Vulnerabilidad Social y al Envejecimiento para conocer la incidencia que este fenómeno pudiera tener en la decisión de no participar de los afiliados. Se realizó una investigación cuali cuantitativa a una muestra de afiliados titulares de la prestación de comedor y bolsón de la Unidad de Gestión Local III de PAMI y se interpretaron esos resultados a la luz de las teorías mencionadas llegando a las siguientes conclusiones: si bien todos los afiliados encuestados están en situación de vulnerabilidad, por el comportamiento de las variables que la componen, presentan distintos grados (alto, mediano y bajo) pudiéndose comprobar en el estudio que quienes no participan en las actividades preventivas tienen mayor grado de vulnerabilidad. Por otra parte, los que no participan actualmente en las actividades preventivas propuestas no lo hacían antes de jubilarse. Se comprobó además que entre los que no participan es mayor el grado de auto percepción de la salud como mala, vinculando la no participación a su cuerpo, poniendo en evidencia resabios de "viejismo" en su decisión de no participar. Con el propósito de aportar a la inclusión de afiliados en situación de alta vulnerabilidad en las actividades preventivas previstas para disminuir su situación de riesgo socio sanitario, se recomienda tener en cuenta en la formulación de las políticas públicas las conclusiones a las que se arribaron en este estudio.

Palabras claves:

Adultos mayores. Sujetos de derecho. Grados de vulnerabilidad. Riesgo socio sanitario. Viejismo. Inclusión. Participación. Prevención. Políticas públicas.

1. Introducción.

1.1. Presentación.

Esta tesis muestra los factores que pueden estar incidiendo en que los adultos mayores en situación de vulnerabilidad socio económica afiliados del PAMI¹, sujetos de derecho del programa de seguridad alimentaria, titulares de las prestaciones sociales de bolsón y comedor, no participan o lo hacen en reducido porcentaje en los talleres recreativos, cognitivos y de actividades físicas que la institución ofrece a través del Programa Nacional Socio Preventivo.

Constituye el objeto de estudio de la tesis, conocer la magnitud del problema, las características demográficas y de vulnerabilidad de los adultos mayores mencionados y estudiar los posibles factores que estarían incidiendo en su decisión de no participar en las actividades socio preventivas.

Los resultados de la investigación contribuirán con el estado del arte de las políticas públicas preventivas para adultos mayores implementadas por los Servicios Gerontológicos al brindar información sobre el fenómeno de restricción a la participación de población de alta vulnerabilidad en actividades preventivas.

Permitirá ampliar los criterios para favorecer la inclusión de población afiliada de alta vulnerabilidad socio económica en las actividades realizadas en el marco el Programa Nacional Socio Preventivo de la Gerencia de Prevención Social y Comunitaria de PAMI.

Los adultos mayores abordados en este estudio son afiliados a la Obra Social del PAMI sujetos de derecho titulares de las prestaciones sociales nutricionales de comedor y bolsón del programa de SEGURIDAD ALIMENTARIA (EX PROBIENESTAR) de la Unidad de Gestión Local III que atiende parte de la Provincia de Córdoba de Argentina. Conforman el 10% del total de afiliados y son incluidos en el programa por encontrarse en situación de vulnerabilidad, con el objetivo de disminuir su situación de riesgo nutricional. Se ha verificado una escasa o nula participación de éstos en las actividades del Programa Nacional

¹ PAMI. Obra Social que se crea por Decreto ley 19.032 en 1976 como Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJYP).

Socio preventivo mencionado, por lo que se realizó esta investigación de tipo cualitativa para describir la población bajo estudio y las causas del fenómeno detectado.

Las variables que se investigaron son las siguientes:

- ✓ Sociodemográficas (edad, género, estado civil, conformación de grupos familiares).
- ✓ Grados de Vulnerabilidad, alta, mediana y baja según las distintas situaciones que la componen: habitacional, económica, educacional, sanitaria y relacional.
- ✓ Participación en actividades artísticas, recreativas, cognitivas y físicas entre otras, antes de jubilarse y en la actualidad.
- ✓ Causas manifestadas sobre su decisión de no participación en las actividades preventivas del Programa Nacional de PAMI.

1.2 Descripción del Problema.

Se observó en la UGL III de PAMI un reducido o nulo porcentaje de participación de afiliados en mayor situación de vulnerabilidad, sujetos de derecho de las prestaciones de bolsón y comedor del Programa de Seguridad Alimentaria (Ex Probienestar) en las actividades físicas, cognitivas y de recreación que se desarrollan en los Talleres que se realizan en el marco del Programa Nacional Socio Preventivo creado por Resolución 585 de PAMI.

1.3 Contexto.

Este trabajo se realizó en la República Argentina, ciudad de Córdoba, en la Unidad de Gestión III del PAMI, en el Departamento de Prestaciones Sociales, División Probienestar, en un momento, por decisión de las autoridades nacionales de la institución, de fortalecimiento de la intervención comunitaria a través de los Centros de Jubilados de cada barrio o localidad del interior, como representantes de los afiliados y efectores para el desarrollo de prestaciones subsidiadas por el PAMI para la prevención de la salud de los adultos mayores. Se implementan con ese objetivo el programa Probienestar y el Nacional de Promoción y Prevención.

Para verificar el fenómeno observado, desde la responsabilidad de la gestión en la UGL del Programa de Seguridad Alimentaria, se estudió durante los meses de Agosto a

Septiembre de 2011 a una muestra de los afiliados titulares de la prestación de COMEDOR y/o de BOLSÓN de distintos departamentos de la Provincia de Córdoba y de la ciudad capital. Los resultados de la misma se presentan vinculándolos a las Teorías que explican en el contexto actual, el fenómeno del envejecimiento, de la participación y de la vulnerabilidad social.

1.3.1. Información Institucional.

La Unidad de Gestión Local III del PAMI con sede en Córdoba, cuenta con un total de Afiliados de 355.453. El programa de Seguridad Alimentaria (Ex Probienestar) atiende en su modalidad de prestación directa de bolsón a 34.000 afiliados y a 750 de Comedor, a través de 298 Centros de Jubilados ubicados en zonas urbanas y rurales. El total de titulares de este Programa representa aproximadamente el 10% de la población de afiliados y se han incluido en el mismo por acreditar situación de vulnerabilidad conforme a los requisitos de este programa focalizado.

El programa Nacional Socio Preventivo, en sus componentes de Actividades Físicas, Cognitivas y Recreativas, atiende a 19.000 afiliados y se realiza en 280 Centros de Jubilados. En el mismo participa sólo un promedio de 15% de beneficiarios del Programa Probienestar. Es un Programa de cobertura universal para los afiliados.

1.4 Utilidad y Relevancia.

Este estudio realiza un aporte al Estado del Arte de los Servicios Gerontológicos al brindar información sobre la situación de inclusión en programas preventivos físicos, recreativos y cognitivos que se ofrecen desde la políticas estatales a adultos mayores, pues de la verificación de estudios previos al presente, no se ha registrado alguno vinculando el fenómeno de inclusión o exclusión en la participación en las actividades preventivas mencionadas, a la situación de alta vulnerabilidad de los adultos mayores y a factores vinculados a la auto percepción del proceso de envejecimiento, como posibles causas de la decisión de no participación.

Por lo expuesto, este estudio aporta criterios para la reformulación de metodologías y estrategias de convocatoria programada e inclusiva, en particular, a la gestión de los Servicios Sociales Gerontológicos que ofrece el PAMI en la UGL III desde la Gerencia de Prestaciones Sociales y en general, también constituye un aporte a otras Jurisdicciones del orden Municipal, Provincial o Nacional que formulan y desarrollan Programas Preventivos para adultos mayores.

1.5. Estructura de la Tesis.

En primer lugar se presentan los interrogantes que motivaron el desarrollo de la investigación ante la percepción, desde la responsabilidad de la gestión del Programa Probienestar, del fenómeno de reducida participación de población afiliada de alta vulnerabilidad titulares de las prestaciones de bolsón y comedor, en los talleres recreativos, cognitivos y de actividad física entre otros, que se desarrollan desde el programa Nacional Socio Preventivo. Se plantan a continuación, los objetivos que condujeron esta investigación.

Se presentan las distintas teorías que han dado el marco a la investigación, comenzando con el análisis de las concepciones gerontológicas que dan encuadre al Envejecimiento como fenómeno, para interpretar las características de los adultos mayores y las nociones que sobre los mismos tienen los distintos Programas que se consideran en esta investigación. También se las ha analizado para comprender la percepción que tienen los afiliados de su propio proceso de envejecimiento y como pudo haber incidido este factor en su decisión de participación en actividades preventivas.

Se continúa con las Teorías de la Participación y de la Vulnerabilidad Social, vinculadas a la Exclusión, para definir la caracterización socio económica de la población sujeto del estudio y posibles factores que inciden en su decisión de participación

Se presentan los resultados del comportamiento de las variables socio demográficas; de grado de participación por tipo de prestación; de distintos grados de vulnerabilidad por tipo de participación; de grado de participación en actividades antes de jubilarse y en la actualidad y de auto percepción sobre causas de no participación, resultantes de la investigación de la muestra de afiliados al PAMI de la UGL III, titulares de las prestaciones sociales de comedor y bolsón.

Se interpretan los resultados referidos a las variables mencionadas en el párrafo anterior vinculando su comportamiento a las teorías analizadas, para profundizar en la comprensión del fenómeno de reducida o nula participación por parte de la población afiliada de alto grado de vulnerabilidad en las prestaciones socio preventivas.

Se presentan las conclusiones, que incluyen estrategias para la reformulación de políticas que contribuyan al incremento de la participación de los adultos mayores en situación de vulnerabilidad en proyectos preventivos en caso de que éstos la demanden como necesidad y en caso contrario, prever acciones para atender las expectativas sobre las actividades preventivas no cumplidas desde las políticas del Estado para los adultos mayores.

2. Planteamiento del Problema.

2.1. Formulación del Problema de la Tesis.

¿Cuál es el grado de participación en el Programa Nacional Socio Preventivo de PAMI de la población de afiliados adultos mayores en situación de alta vulnerabilidad socio económica sujetos de derecho de las prestaciones alimentarias directas de bolsón o comedor?

¿Existen diferencias en el grado de participación en las actividades preventivas entre los titulares de las prestaciones de comedor con los de bolsón? En caso de existir, ¿cuál es la causa?

¿Cuál es el perfil demográfico (sexo, edad, composición familiar) de la población de afiliados al PAMI en situación de vulnerabilidad sujetos de derecho de la prestación alimentaria de bolsón o comedor que participan o no en las actividades socio preventivas?

¿Existen diferencias respecto a la decisión de participación vinculadas al sexo; a los intervalos de edades y a las composiciones familiares?

¿Existe diferencia entre el perfil socio económico de los afiliados titulares de la prestación alimentaria de bolsón o comedor que no participan en las actividades socio preventivas con el perfil de los que sí participan en las mismas?

¿Existe relación entre el tipo de participación de los afiliados en actividades recreativas, cognitivas, artísticas y físicas (entre otras) antes de jubilarse con el grado de participación en la actualidad en las actividades socio preventivas?

¿Existe relación entre las concepciones sobre el propio envejecimiento de los afiliados titulares de las prestaciones de comedor o bolsón con el grado de participación actual en las actividades socio preventivas?

¿Cuáles son los factores que están incidiendo en su nulo o bajo grado de participación en las actividades socio preventivas desde la perspectiva de los propios afiliados?

2.2. Objetivo General.

Analizar la relación entre el grado de participación de los adultos mayores afiliados al PAMI sujetos de derecho de prestación alimentaria de bolsón y comedor en las actividades socio preventivas con componentes recreativos, cognitivos y físicos del Programa nacional Socio Preventivo y sus distintos grados de vulnerabilidad socio económica y la percepción del proceso propio del envejecimiento como posibles factores que podrían estar incidiendo en su decisión de participación.

2.3. Objetivos Específicos.

Analizar el perfil demográfico de los afiliados titulares de comedor o bolsón.

Analizar el tipo de participación de los afiliados en las actividades preventivas según el tipo de prestación alimentaria de la que es sujeto de derecho.

Analizar los distintos grados de vulnerabilidad (alta, mediana y baja) de los afiliados titulares de la prestación alimentaria y su relación con el tipo de participación en las actividades preventivas.

Analizar el tipo de participación de los afiliados en actividades cognitivas, recreativas, artísticas y físicas (entre otras) antes de jubilarse y en la actualidad y las causas manifestadas por los mismos como factores que incidieron en sus decisiones de inclusión o no en las mismas.

Analizar si existe relación entre las causas manifestadas por los afiliados como factores de su decisión de no participar en las actividades antes de jubilarse y su decisión de no participar en las actividades preventivas del Programa Nacional Socio Preventivo.

Analizar si existen factores vinculados al proceso de envejecimiento de los adultos mayores que estén incidiendo en su motivación para la participación en programas preventivos.

3. Marco Teórico.

Se presentan a continuación los contenidos teóricos que han dado marco al presente estudio. Por estar los adultos mayores inmersos en un contexto de cambios demográficos sin precedentes que genera desafíos a los estados para mantener su bienestar individual y colectivo, se ha analizado el fenómeno del envejecimiento para conocer su desarrollo y sus consecuencias sociales y económicas. Se presentan también las acciones desarrolladas por Argentina en cumplimiento de metas establecidas por los Organismos Internacionales que se ocupan de las consecuencias del envejecimiento poblacional. Se han analizado a continuación las Teorías que explican el envejecimiento personal para conocer sus supuestos; su desarrollo y su evolución para interpretar a la luz de sus paradigmas los datos obtenidos en esta Investigación. Con el mismo propósito se han analizado los supuestos teóricos de la Vulnerabilidad Social para conocer sus alcances y los componentes que caracterizan la situación de los adultos mayores sujetos de este estudio. Para poder interpretar las decisiones de los adultos mayores respecto a su inclusión en programas preventivos, se ha recurrido a la Teoría de la Participación y por último se han analizado los Paradigmas Asistenciales y su evolución para poder interpretar los Programas Preventivos en este marco con el objeto de poder realizar aportes para su gestión, desde los resultados que arroje esta Tesis.

3.1. Envejecimiento poblacional.

La Argentina está transitando vertiginosamente el proceso de envejecimiento poblacional según la Convención de 1956,² pues presenta a la fecha un 10,2 % de personas mayores de 65 años según resultados del Censo Nacional de Población, hogares y viviendas de 2010. Sobre un total de población estimada de 40.117.096 habitantes hay 1.674.142 varones y 2.430.506 mujeres de ese grupo etéreo.

En la provincia de Córdoba, la misma fuente informa que el 11,20 % de la población tiene más de 65 años, por lo que el fenómeno del envejecimiento también ha afectado la evolución demográfica de la población, si bien con sus rasgos particulares pero con las mismas consecuencias para los sistemas socio sanitarios, que deben dar respuestas a las nuevas necesidades y demandas.

Las pirámides de edades de la población argentina muestran el incremento poblacional de las personas mayores de 65 años y más en las dos últimas décadas, produciendo un ensanchamiento de la cúspide de la misma y la reducción de la base, fenómeno que tiene su origen en el comportamiento de factores dinámicos de la población como la mortalidad (relación entre las defunciones de un año y la población media de ese mismo año); la fecundidad (capacidad biológica de concebir que se refiere al comportamiento reproductivo que se mide por el cociente entre el número de nacidos vivos y las mujeres en edad reproductiva) y los movimientos migratorios (producidos por los desplazamientos de las personas a una jurisdicción o unidad geográfica diferente que implique un cambio de residencia permanente).

En Argentina, los cambios en la estructura de la población respecto a la mortalidad se han manifestado por su declinación y en consecuencia el incremento de la esperanza de vida³, proceso que tiene lugar aún en la actualidad por los avances en las medidas de de salud pública, de higiene y de saneamiento ambiental.

En consecuencia, el incremento se ha producido para ambos sexos entre los últimos períodos quinquenales como se observa en la comparación entre 1995 - 2000 donde la

² La Convención establece como población envejecida aquella con 7% o más de personas de 65 años o más.

³ DRA. REDONDO NÉLIDA. "Argentina: Reestructuración económica y envejecimiento poblacional". Editorial Imago Mundi. Buenos Aires. 1994

esperanza de vida alcanzó a 73,8 años (de 70,6 años para los hombres y 77,7 años para las mujeres) y entre 2005 a 2010 es de 75,24 años (71,56 para los hombres y 79,06 para las mujeres)⁴.

En el Censo Nacional de población, hogares y vivienda de 2010 el incremento previsto de la esperanza de vida alcanza a los 75.5 años.

El comportamiento de la tasa global de fecundidad se ha manifestado por una tendencia declinante: 3,15 hijos por mujer en 1980; de 2,82 hijos para 1990-1995 y de 2,35 hijos para 1995-2001, registrándose una disminución en la cantidad de hijos posterior a 1980 en las regiones en que la fecundidad era elevada como así también en los estratos bajos.

En 2009 según el INDEC era de 2,26, que se encuentra por encima de la tasa prevista para el reemplazo generacional de 2,10.

La tasa de natalidad registra una leve y constante declinación por las técnicas de control, vinculadas a otros factores como la educación femenina y el crecimiento económico. Se observa que en 1995 fue de 21,4 /000 por habitantes; en 1994 de 19,7/000; en 2001 de 19,0/000 y según estimaciones del INDEC y del Ministerio de Salud de la República Argentina en 2009 era de 18,6/000.

Respecto a las migraciones, el país registró solamente en los comienzos del siglo XIX altas tasas de crecimiento poblacional debido a los procesos de inmigración, como se explicará en párrafos siguientes cuando se describe como impacta este proceso en la estructura demográfica.

La Argentina se encuentra por lo expuesto, en un proceso de envejecimiento avanzado, resultado de la evolución del comportamiento en la estructura de su población causada por los cambios demográficos mencionados según su evolución en las distintas etapas que se presentan a continuación:

⁴ INDEC - Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010.

En la primera etapa de 1871 a 1930 se produce un importante incremento de la población por la recepción de inmigrantes transoceánicos (período de inmigración masiva) que coincide con el desarrollo del modelo agro exportador en nuestro país.

La tasa anual de crecimiento en este período alcanza el 32% (De éste el 59% corresponde al crecimiento vegetativo y el 41% al migratorio).

La natalidad comenzó su proceso descendente en 1895.

Respecto a la mortalidad, se destaca el incremento de la esperanza de vida al nacer en las tres primeras décadas, en un rápido proceso favorecido por el aporte de hábitos de higiene y prevención de los extranjeros inmigrantes y por tener un ritmo más acelerado que países más desarrollados, lo que pone en evidencia las mejores condiciones socioeconómicas vigentes de la población en el período agro exportador.

Las migraciones internacionales aportaron 4.000.000 de personas de las corrientes europeas. El 83% de los inmigrantes pertenecían a sectores socioeconómicos modestos (campesinos, artesanos, obreros, jornaleros, etc.) en su mayoría eran varones solteros y de nacionalidad italiana o españoles. La provincia de Córdoba fue una de las principales receptoras de este caudal inmigratorio.

La segunda etapa de 1930 a 1945 se destaca por la desaparición del aporte migratorio y por la caída de la natalidad, conjuntamente con la disminución de la mortalidad. Estos factores producen una sensible desaceleración del crecimiento poblacional.

La natalidad alcanza un 30% a inicios de la década de 1930, lo que muestra que la población argentina había alcanzado los umbrales que ponen en evidencia la "limitación voluntarias de nacimientos en forma generalizada y eficaz".

El paso de un régimen de fecundidad natural o uno dirigido se produjo entonces en un lapso de 40 años desde fines del siglo XIX, que resulta corto comparando con los procesos de esta transición en otros países. Este cambio en el comportamiento fue consecuencia del aporte de la concepción sobre este punto, de parte de los inmigrantes extranjeros.

Las migraciones internacionales disminuyen drásticamente.

En la tercera etapa de 1945 a 1954 nuevamente se observa una tendencia de crecimiento de la población como consecuencia de la intervención de dos factores vinculados a la segunda posguerra tales como el incremento de inmigrantes europeos y el incremento momentáneo de la natalidad (Baby boom).

Las migraciones internacionales entre 1947 y 1954 aportaron al país 770.000 inmigrantes de la corriente europea, con las mismas características socioeconómicas modestas que los de la primera afluencia, pero con la llegada de menos campesinos.

Se destacó el ingreso de grupos familiares y en consecuencia fueron menos los varones solteros que arribaron.

En la cuarta etapa después de 1955, los factores que determinan el crecimiento de la población muestran un comportamiento diferente.

El crecimiento vegetativo al principio se mantiene y después decrece por una disminución de la natalidad y de la tasa bruta de mortalidad, registrándose así un incremento de la población de más de 65 años. Comienza el envejecimiento poblacional.

Comparada con el crecimiento poblacional de América latina, la Argentina tuvo un proceso diferente al del resto de los países, salvo Uruguay y se asemejó al proceso demográfico de Estados Unidos y Canadá, que recibieron los 2/3 de los inmigrantes europeos.

La natalidad cae al terminar el siglo XX en la década de 1980 y se recupera alcanzando un 20%.

Las Migraciones internacionales después del año 1955 disminuyen sensiblemente y cambia la composición de los inmigrantes, registrándose el ingreso desde países limítrofes de trabajadores manuales calificados y no calificados.

En cuanto a los procesos de EMIGRACIÓN, la misma comienza en 1950 y se va incrementando en la década de 1960 y en especial en las décadas de 1970 y 1990 con la salida del país de argentinos nativos donde predominan los técnicos y profesionales menores de 65 años.

Se muestra la persistencia del comportamiento de los factores que determinan el envejecimiento de la población con la evolución de las Tasas medias anuales de crecimiento total de población y sus diversos componentes, por períodos quinquenales y sus proyecciones hasta el 2025:

CUADRO 1 : EVOLUCIÓN DE TASAS POBLACIONALES

PERÍODOS QUINQUENALES	Tasa bruta natalidad	Tasa bruta mortalidad	Tasa de crecimiento vegetativo	Tasa de crecimiento total
1990-1995	21.4	8.5	12.9	12.9
1995-2000	20.2	8.4	11.8	11.8
2000-2005	19.7	8.5	11.2	11.2
2005-2010	19.1	8.5	10.7	10.7

CUADRO 2: PROYECCIONES DE TASAS POBLACIONALES

PERÍODOS QUINQUENALES	Tasa bruta de natalidad	Tasa bruta de mortalidad	Tasa de crecimiento vegetativo	Tasa de crecimiento total
2010-2015	18.2	8.4	9.8	9.8
2015-2020	17.3	8.5	8.8	8.8
2020-2025	16.6	8.6	8.0	8.0

FUENTE: CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA AÑOS 2010. INDEC.

El cuadro que se presenta a continuación muestra como los distintos censos poblacionales han registrado el incremento de la población de personas de más de 65 años, fundamentalmente después del Censo de 1947 en que crecen sostenidamente.

CUADRO 3: EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE EDADES DE LA POBLACIÓN ARGENTINA				
AÑO	GRUPOS DE EDADES			POBLACIÓN TOTAL
	0 -14	15 – 64	65 Y +	
1950	30,5 %	65,3%	4,2%	100%
1960	30,8%	63,70%	5,5,%	100%
1970	29,4%	63,70%	7,00%	100%
1980	30,5%	61,40%	8,10%	100%
1990	30,70%	60,30%	8,90%	100%
2000	28,00%	62,20%	9,8%	100%
2010	25,10%	64,60%	10,40%	100%

FUENTE: ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD. INDEC.

La comparación de la distribución por tramos de edades de la población de más de 65 años que muestran los resultados del Censo poblacional de 2001 y los resultados del Censo Nacional de población Hogares y Vivienda de 2010 destacan el incremento del peso relativo que las personas de más de 80 años han alcanzado en el total de personas mayores de 60 años.

Se presenta a continuación el cuadro que pone de manifiesto la nueva estructura etaria para este grupo poblacional:

CUADRO 4: DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LAS PERSONAS DE MÁS DE 65 AÑOS		
INTERVALOS DE EDADES	CENSO 2001	CENSO 2010
65 - 69 AÑOS	30,9	31,50
70 - 74 AÑOS	27,8	24,76
75 - 79 AÑOS	20,3	19,53
80 - 84 AÑOS	12,1	13,79
85 - 89 AÑOS	6,3	7,27
90 - 94 AÑOS	2,2	2,50
95 - 99 AÑOS	0,5	0,57
100 AÑOS Y +	0,1	0,08

FUENTE: ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD. INDEC.

La misma fuente nos muestra otro fenómeno que es la feminización de la población envejecida, atento a que por la evolución de las tasas de mortalidad de los varones y por el flujo migratorio internacional, el índice de masculinidad viene demostrando una constante declinación.

De este modo, la distribución por sexo de la población argentina es de 51.30% para las mujeres y de 48.70% para varones según el Censo de 2001 y en el de 2010 se observa una leve disminución en la incidencia de las mujeres con un 51.17% de representación. Los hombres cuentan con un 48.83%.

Solamente en las provincias de la Patagonia es mayor la cantidad de varones que de mujeres y "después hay cuestiones puntuales como el departamento de Iglesia en la provincia de San Juan donde el índice de masculinidad es de 170 varones por cada 100 mujeres, esto es producto del desarrollo productivo de la zona."⁵

En Córdoba, las mujeres representan la mayor proporción con un 51.34% superando a los hombres que representan el 46,64% de la población.

⁵ EDWIN ANA MARÍA Publicación datos provisorios Censo 2010. | INDEC.

El comportamiento de la natalidad, mortalidad y/o migraciones de las poblaciones ha sido diferente según las características socioeconómicas de cada región

En Buenos Aires y la Región Centro y Litoral, se produjo el comienzo del envejecimiento de su pirámide poblacional por la cúspide por el comportamiento de las tasas de natalidad que resultaban más bajas, las que unidas al descenso de la mortalidad y en consecuencia al incremento de la esperanza de vida, producen ese fenómeno.

El envejecimiento poblacional se ha manifestado entonces con mayor énfasis en las zonas urbanas donde, entre otros factores, la población ha tenido mejores condiciones socioeconómicas favoreciendo por una parte por el mayor acceso a la educación para la modificación de pautas reproductivas, lo que ha incidido en la disminución de la natalidad y por otra, por la facilidad al acceso a los servicios de salud lo que ha reducido la mortalidad.

En la ciudad de Buenos Aires, En Censo Nacional de 2010 muestra que la tasa de variación intercensal con la de 2001 fue del 4,1% (la más baja del país). Según los datos del INDEC y del Ministerio de Salud en 2009, la tasa de natalidad era del 14,6‰ y la de mortalidad del 10,3‰ por lo que la resultante es el bajo crecimiento vegetativo de apenas el 4,3‰.

La tasa global de fecundidad de Buenos Aires ronda los 1,9 hijos por mujer, (por debajo del nivel de reemplazo).

Otras áreas han sufrido el envejecimiento de su población por emigración de su población más joven. El Censo Nacional de población, hogares y vivienda de 2010 pone en evidencia que en la mayoría de las provincias del noroeste y noreste (Chaco, Corrientes, Formosa, Jujuy, Misiones, Salta, San Juan, Santiago del Estero y Tucumán) mantienen tasas de natalidad por sobre el promedio nacional pero han experimentado sus poblaciones una fuerte emigración de la población en edad productiva hacia centros urbanos como el Gran Buenos Aires en búsqueda de trabajo.

La Patagonia es una de las regiones que posee el mayor porcentaje de jóvenes, por una elevada tasa de fecundidad y por un alto porcentaje de migración neta positiva.

El Censo de 2010 muestra que la población de Santa Cruz aumentó un 38,4% por un fuerte proceso inmigratorio de personas jóvenes en la búsqueda de oportunidades laborales.

Es necesario destacar que este porcentaje es el más alto registrado como indicador de incremento poblacional en todo el país.

Si bien el porcentaje de envejecimiento de la población Argentina se encontraba cinco puntos por encima del registrado para Latinoamérica para el año 1975, por el creciente ritmo de envejecimiento alcanzado en los otros países, se puede estimar que a mediados del siglo XXI sean semejantes los porcentajes de personas mayores en toda la región.

Para relacionar el ritmo de envejecimiento de la población de Argentina con el resto de Latinoamérica, resulta necesario considerar las comparaciones y las previsiones de CEPAL⁶ que se presentan a continuación:

CUADRO 5: PROPORCIÓN DE PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS RESPECTO A LA POBLACIÓN TOTAL				
PAÍS	1975	2000	2025	2050
ARGENTINA	11,4	13,4	16,9	24,7
BRASIL	6,0	8,0	15,2	24,5
CHILE	7,8	10,2	20,1	28,2
PARAGUAY	7,2,	5,3	9,3	16,1
URUGUAY	14,1	17,1	19,7	25,4
Total Cono Sur	7,3	9,1	15,6	24,4

⁶ CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA, División de población de la CEPAL. Boletín Demográfico N° 73..

3.1.1. Consecuencias sociales y económicas del envejecimiento poblacional.

Las cohortes juveniles reducen el tamaño (estrechamiento por la base de la pirámide) por la caída de la natalidad, generando el incremento del peso relativo de los mayores produciendo en consecuencia el aumento de la proporción de ancianos sobre el total de la población (envejecimiento desde la base) lo que produce una alteración de la relación pasivos/activos,

indicador denominado relación de dependencia.

Este proceso genera consecuencias sociales y económicas que afectan los sistemas de seguridad social por la presión demográfica sobre los sistemas de jubilaciones y pensiones, pues cuando se produce envejecimiento encontramos por un lado, reducción del número de pasivos potenciales menores de 15 años y aumenta el de mayores de 65 años y por otro también existe un aumento de los mayores de 75 años dentro del conjunto de la tercera edad.

En términos de salud, el envejecimiento produce mayores y diferentes demandas para la programación de cuidados y asistencia médica ya que se produce un cambio en el patrón epidemiológico hacia un predominio de las patologías crónico-degenerativas que pueden producir pérdidas en la capacidad funcional física, mental o cognitiva de las personas mayores, pudiendo afectar en éstas su capacidad para el desempeño de un conjunto de actividades básicas, instrumentales o avanzadas de la vida diaria generando grados de dependencia que pueden llegar a la postración.

Los patrones de vida familiar cambian por la inserción de la mujer en la vida laboral, fenómeno que genera dificultades para la atención de las personas mayores que requieren de cuidados informales y de larga duración, que demandan a la comunidad y al estado respuestas para garantizarlos.

Surgen nuevos derechos sociales vinculados a la necesidad de las personas mayores de habitar entornos sociales y físicos saludables, donde se reconozca su necesidad de ejercer la independencia en la toma de decisiones, se respete su imagen y su capacidad productiva.

Las Causas de mortalidad de los adultos mayores de Argentina presentan una reducción en las tasas entre los años 1980 y 1990 respecto a las enfermedades infecciosas, en especial a las correspondientes a las vías respiratorias, observándose una franca reducción en la mortalidad por causas de tuberculosis. Respecto a las enfermedades neoplásicas, la mortalidad por esta causa se encuentra en segundo orden. El mayor impacto en la reducción de la mortalidad de los adultos mayores ha sido la disminución del riesgo a morir por enfermedades del sistema circulatorio. En cuanto a causas externas, a pesar de la disminución de los porcentajes de riesgo observada, se destacan en primer lugar las producidas por los accidentes de transporte y luego las producidas por caídas accidentales.

Se destaca la prevalencia de la discapacidad en la población de adultos mayores por haber estado expuestos a lo largo de su vida a los riesgos de cada edad.

A continuación, se muestra los resultados de la primera Encuesta Nacional de personas con Discapacidad (ENDI) complementaria al Censo nacional de Población y Vivienda del 2001, donde se pueden observar la prevalencia en porcentaje para las distintas edades, manifestándose con más del 10% a partir de los 50 años y alcanzando más del 30% en los mayores de 75 años.

La prevalencia de la Discapacidad sobre el total de la población es del 7.1%.

CUADRO 6: POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD POR SEXO Y GRUPOS DE EDADES			
	Varones	Mujeres	TOTAL
0-4	2.0	1.7	1.8
5-14	4.1	3.0	3.6
15-29	3.7	2.8	3.2
30-49	5.0	4.2	4.6
50-64	11.2	11.1	11.2
65-74	22.3	20.4	21.2
75 y más	35.8	38.9	37.8

Los perfiles de la morbilidad para los adultos mayores de la Argentina se manifiestan en las enfermedades no transmisibles que se originan por factores genéticos y por la incidencia de factores de riesgo que pueden contribuir a la aparición y desarrollo de las mismas o causar discapacidad. La hipertensión tiene una alta prevalencia en la población mayor. La diabetes está asociada a la obesidad. La auto percepción de salud es regular o mala. Como hemos informado las enfermedades cardiovasculares son la principal causa en la morbi - mortalidad de los adultos. Según la Encuesta SABE, en Buenos Aires el 2/3 de la población de mujeres adultas tiene artrosis (siendo una de las enfermedades que producen mayor discapacidad). Se destacan también las personas mayores de 75 años con deterioro cognitivo y las personas con síntomas depresivos, en especial las mujeres. Se observa una gran demanda de las personas con dificultades en su salud ocular y bucal.

Respecto a la percepción que cada persona tiene sobre su salud y sobre la posibilidad de desarrollar actividades cotidianas, los resultados de la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo muestran que las mujeres presentan en mayor porcentaje "peor salud percibida". Es significativo el hecho de que comparadas "la calidad de vida" de la población de mayores de 18 años, objeto del estudio, el 39,9% correspondiente a las personas de más de 65 años "reportaron salud regular o mala". En cuanto a la información sobre "problemas de movilidad", se observaron también dificultades en las personas mayores y en particular en las mujeres. Las personas mayores refirieron en mayor proporción "dificultades para el cuidado personal" (lavarse, vestirse) y en la categoría de las "actividades cotidianas", se observaron dificultades para realizarlas en también en mujeres y de mayor edad.

En resumen, la fuente mencionada informa que de la población de más de 65 años del país, "un tercio tiene problemas de movilidad, 10% de cuidados personales; el 24% tiene problemas para realizar actividades cotidianas; el 50% refiere dolor o malestar y el 28% ansiedad o depresión".

Los recursos económicos de los adultos mayores disminuyen ya que por el tipo de residencia en zonas urbanas del mayor porcentaje de esta población, implica que "requieran de recursos patrimoniales y corrientes para tener una vida autónoma, según los estándares que establece en ese momento histórico la sociedad en que vive, por lo que consumen el patrimonio acumulado en su vida activa"⁷.

⁷ DRA. REDONDO NÉLIDA Y MAG. SILVIA GASCÓN. " Programación de servicios integrados de cuidados de larga duración para personas de edad con pérdida de autonomía en Argentina, Chile y Uruguay". Cooperación internacional. OPS Gob. De Québec Canadá y ministerios de Salud de Argentina, Chile y Uruguay. Marzo 2005

En el mercado, tanto de bienes como de servicio, el número absoluto y relativo de personas mayores introduce modificaciones por la diversidad de sus demandas.⁸

La situación económica es uno de los factores que tiene mayor incidencia en la determinación de la calidad de vida de los adultos mayores, no sólo en los aspectos económicos sino fundamentalmente en aquellos vinculados a los psicológicos como autoestima, bienestar subjetivo y a los sociales por el desempeño de roles significativos.

La independencia económica de los adultos mayores fortalece el ejercicio pleno de sus derechos al favorecerles el acceso de bienes y servicios para mejorar su calidad de vida. "Las personas mayores necesitan disponer de recursos económicos regulares, suficientes para que puedan disponer en forma independiente de una buena calidad de vida en la vejez"⁹. Estos recursos son provistos por el trabajo como generador de ingresos; sus ahorros (activos físicos y financieros); los sistemas de seguridad social y las redes de apoyo, principalmente la de las familias. Además deben considerarse vinculados a la disponibilidad de recursos económicos para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, los factores como la edad, el estado de salud y los patrones de consumo previos-

La tasa de actividad laboral de las personas mayores de 65 años era del 23,4% en el 2000 y se espera que se proyecte al 24,5% en el 2020 según el Boletín Demográfico N° 72 de la CELADE; Respecto a las redes familiares, son importantes fuentes de ingreso de la vejez pues proveen apoyo de diversa índole como servicios, bienes y dinero.

Respecto a la Seguridad Social, la cobertura previsional a los mayores de 65 años llegó a beneficiar a casi el 90% en el tercer trimestre de 2009. El 72% de los adultos mayores percibían el beneficio mínimo de \$770,66 en ese entonces.

Respecto al tipo de hogar de los adultos que residen en viviendas particulares, se observa un alto predominio de los que conforman hogares multipersonales según puede observarse en el siguiente cuadro:

⁸ HUENCHAN NAVARRO SANDRA. "Políticas sobre Vejez en América Latina: Elementos para su análisis y tendencias generales". Notas de Población n° 78 CEPAL. CELADE.

⁹ GUZMÁN JOSÉ MIGUEL, "Seguridad Económica en la Vejez una aproximación inicial" en la reunión de expertos en seguridad económica del Adulto Mayor del BID, OIT, CEPAL. Panamá, 2002.

CUADRO 7: ADULTOS MAYORES POR TIPO DE HOGAR	
UNIPERSONALES	16,37%
MULTIPERSONAL FAMILIAR	58,88%
EXTENDIDO	23,10%
HOGAR COMPUESTO	1,16%
MULTIPERSONAL NO FAMILIAR	0,49%

FUENTE: CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN, HOGARES Y VIVIENDA 2010. POBLACIÓN EN HOGARES POR TIPO. INDEC

Respecto al régimen de tenencia de vivienda, según muestra el Censo Nacional de población y vivienda del año 2010, los adultos mayores de Argentina son propietarios de su vivienda y terreno (84%) y en segundo lugar, con una incidencia del 5% se encuentran los inquilinos. En la provincia de Córdoba, los propietarios de vivienda y terreno tienen una representación similar que la de nivel nacional destacándose el 84% de los adultos mayores en esta categoría.

CUADRO 8: ADULTOS MAYORES POR REGIMEN DE VIVIENDA Y TERRENO		
REGIMEN DE TENENCIA	ARGENTINA 2001 %	CÓRDOBA 2001%
PROPIETARIOS DE VIVIENDA Y TERRENO	84	84
PROPIETARIOS DE VIVIENDA	3	1
INQUILINOS	5	7
OCUPANTES POR PRÉSTAMO	4	5
RELACIÓN DE DEPENDENCIA	2	1
OTROS	2	2

FUENTE: CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN, HOGARES Y VIVIENDA 2010. POBLACIÓN POR EDAD SEGÚN RÉGIMEN DE TENENCIA DE VIVIENDA Y TERRENO. INDEC

Si bien es elevado el porcentaje de propietarios, es significativo el hecho de que según la misma fuente, los adultos mayores viven en deficientes condiciones habitacionales por presentar situaciones de hacinamiento en un 20% de los casos, siguiéndole en orden de importancia los que no tienen agua potable y los que carecen de saneamiento adecuado.

El nivel educativo alcanzado por la población en 2001 según el Censo Nacional es bajo ya que el 74% de los mayores de 60 años no ha concluido la escuela primaria.

Si bien el índice de analfabetismo disminuyó en Argentina en la última década, en las personas mayores (5.8%) es superior al de los grupos más jóvenes.

Si bien se ha observado una disminución en los índices de pobreza de la población adulta sigue siendo significativo el 15,60% de representación atento a la incidencia de los factores que conforman este indicador por cuanto incrementan la situación de riesgo y la dificultad en el acceso a los servicios socio - sanitarios.

CUADRO 9 : ADULTOS MAYORES EN SITUACIÓN DE POBREZA – SU EVOLUCIÓN	
Año	PORCENTAJES
2001	14,10%
2002	30,30%
2003	25,70%
2005	15,60%

FUENTE: BOLETÍN DEMOGRÁFICO Nº 72 - CELADE

3.1.2. Acciones implementadas para atender las consecuencias del envejecimiento.

El fenómeno del envejecimiento de la población ha generado preocupación en todas las organizaciones internacionales para dar respuestas adecuadas a las nuevas demandas de los adultos mayores a través de políticas y programas readecuados a las mismas.

Desde el año 1977 las Naciones Unidas en su Resolución 32/132 invitan a los organismos internacionales a sensibilizarse sobre los procesos del envejecimiento y de la vejez y en la Resolución 32/52 propone la convocatoria de la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en Viena, de la que resulta el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de 1982, con especial énfasis en los países desarrollados.

En el año 1988 el protocolo de San Salvador marca un hito en el proceso de inclusión de los derechos del adulto mayor en las Agendas Internacionales.

La Asamblea General de las Naciones Unidas realiza un cambio en el paradigma de los principios a favor de las personas de edad al establecer el año 1991 como el año internacional de las personas mayores.

En el año 1996 se introduce el concepto de ADULTOS MAYORES y en 1997 se plantea la necesidad de desarrollar políticas de Protección Integral al Envejecimiento y la Vejez Saludable. En el año 1999 se realiza en el Caribe el encuentro sobre personas de edad para analizar la situación de los adultos mayores de la región.

En el año 2000 la ONU convoca a la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento que se realizó en Madrid en abril de 2002, donde se da respuesta definitiva al reconocimiento del envejecimiento como fenómeno mundial que ha evolucionado en importancia como para ser un eje clave de la formulación de las políticas de los Gobiernos con el objetivo de atender las demandas y necesidades de los adultos mayores, considerando de modo especial a los países en desarrollo por ser los primeros que presentaban el fenómeno del envejecimiento poblacional.

La Asamblea de Madrid estableció el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento donde se definen metas y acciones concretas, orientadas a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en función de tres áreas prioritarias:

- Desarrollo social de las personas de edad
- Salud y bienestar
- Entornos propicios y favorables

Estos ejes en Latinoamérica y el Caribe fueron tratados en Noviembre de 2003, en Santiago de Chile donde se realizó la Primera Conferencia Regional Intergubernamental. Los países presentes acordaron una Estrategia Regional de implementación de las líneas de acción propuestas en la Asamblea de Madrid descritas en el párrafo anterior.

En el año 2007 se realizó La Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento que culminó con la firma de la "Declaración de Brasilia" donde se propone como prioridad para los Estados de la región:

1. La promoción de acciones para mejorar el acceso a servicios de tratamiento, cuidado, rehabilitación y apoyo a los adultos mayores con discapacidad
2. El desarrollo de acciones para garantizar los derechos de adultos mayores afectados por el VIH/SIDA y favorecer ambientes libres de discriminación
3. El desarrollo de investigaciones para elaborar perfiles demográficos y socioeconómicos de la población de adultos mayores que permitan identificar brechas entre sus derechos y el acceso a los medios para su desarrollo
4. El impulso del acceso a equitativo a servicios de salud integrales, oportunos y de calidad, conforme a las políticas públicas de los países, incluyendo el acceso a la provisión de medicamentos de uso prolongado para adultos mayores
5. La formulación de marcos legales y mecanismos reguladores de la protección de los derechos humanos y libertades fundamentales de los adultos mayores bajo programas de estancia en residencias o de cuidados en sus domicilios y promover la redacción de leyes y mecanismos para su cumplimiento y programas de prevención contra el abuso, abandono, negligencia, maltrato y violencia contra los adultos mayores de cada país.

En Argentina, para asegurar la actuación coordinada de los organismos del sector público así como de la sociedad civil, existe el Consejo Nacional de Políticas Sociales presidido por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y conformado por los titulares de los siguientes organismos: Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de trabajo, Empleo y Seguridad Social, Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología; Ministerio de Salud y Ambiente; Ministerio de Economía y Producción; Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios y la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social.

Este Consejo está avanzando en la formulación de una Política Integral, "Argentina sólo tiene una política integral a través del Consejo Federal de los Mayores"¹⁰ siendo auspicioso el hecho de que se reúne periódicamente como en Noviembre de 2010 para lograr la presentación para su aprobación en el Congreso de una Ley para y con el Adulto Mayor."

3.1.3. Personas mayores y desarrollo en Argentina.

Para cumplir con el eje vinculado a las PERSONAS MAYORES Y DESARROLLO, en nuestro país se realizaron cambios en las políticas que se venían implementando para favorecer la situación de la seguridad económica de los mayores. La Argentina cuenta con un Sistema Integrado de Jubilación y Pensiones que se otorgan en función de la edad y de los años de servicio aportados, así como las contingencias de invalidez, fallecimiento y vejez.

En Argentina, se logró desde el año 2003 a la fecha, bajar los índices de pobreza en las personas mayores de 60 años en un 54% (del 33% al 18%) y de indigencia en un 50% (del 10 al 5%) (SIEMPRO, 2005 en base datos de la EPH, INDEC), al llevar a cabo las siguientes medidas:

- Se incrementó en un 160% en el monto de haberes en las jubilaciones mínimas y en las pensiones no contributivas.
- Se universalizó a través de la Comisión Nacional de pensiones del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, el beneficio de las pensiones no contributivas a todas las personas mayores de 70 años sin cobertura de seguridad social (Dcto. 582/03 que reglamenta la Ley 13.748 de 1948 de pensiones asistenciales a mayores de 70 años)

¹⁰ ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL. "Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur". Apuntes para un diagnóstico. 2006.

- Se incrementó el número de jubilados con el otorgamiento de más de 300.000 nuevas jubilaciones hasta finales de 2007 por la Ley 25.994 llamada de "Autónomos Puros" que les permite acceder al sistema a mayores que nunca habían aportado para acogerse al sistema provisional.
- A través del Ministerio de Desarrollo Social se implementó el Plan Manos a la Obra y el Monotributo Social que si bien no fue un programa específico para adultos mayores, muchos de ellos han accedido a créditos que ofrece el mismo y han puesto en marcha emprendimientos que les permitió obtener un ingreso económico que mejore su calidad de vida y por lo tanto, promover la inclusión social a través de la generación de empleo productivo. De esta manera podrán recibir una mejora en sus ingresos y trabajar hasta cuando puedan y elijan hacerlo.

Para promover y garantizar la participación de las personas mayores y generar condiciones favorables para el ejercicio de los derechos, se creó el Consejo Federal de Mayores¹¹, donde el 51% de sus miembros son dirigentes de organizaciones que los representan. Está constituido por un Plenario y un Comité Ejecutivo. Se realizan reuniones del Comité Ejecutivo varias veces al año, y una reunión plenaria, donde son convocadas todas las provincias y sus consejos provinciales (12 en total) para definir las acciones del año. Asimismo, cuenta con el Registro Nacional de Organizaciones de Adultos Mayores, un espacio de comunicación, de articulación y consulta para las organizaciones de adultos mayores, organismos de gobierno y organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la temática. Los Centros de Jubilados en cada comunidad fortalecen las redes de apoyos sociales, familiares y vecinales.

Para promover la solidaridad intergeneracional, la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación ha implementado el Programa Nacional de Voluntariado Social para que las personas mayores puedan brindar servicios a la comunidad y reforzar los espacios de diálogo. Desde el año 2006 se ha puesto en funcionamiento el Programa "La Experiencia Cuenta" cuyo objetivo es promover la transmisión de un oficio tradicional a adultos y jóvenes. Generando a su vez la posibilidad de un diálogo entre generaciones fomentando la solidaridad y promoviendo una imagen realista de la vejez.

Desde el conocimiento, para favorecer la inclusión y la participación, la educación surge como un recurso privilegiado para que las personas puedan enfrentar los cambios sociales y tecnológicos de nuestra sociedad actual. Se está desarrollando el Plan Alfabetizar y por otro lado, las Universidades Públicas ofrecen Programas de Educación Permanente a través de sus Áreas de Extensión Universitaria desde distintos ámbitos como el programa UPAMI y la Universidad para la Tercera Edad

Desde la educación social se propone por medio de diversas ofertas educativas lograr la inclusión social, cultural y económica de los adultos mayores al dotarlos de recursos pertinentes para resolver los desafíos del momento histórico que les toca vivir. Es por ello que debe implementarse una política que garantice el acceso a la educación y la capacitación continua a lo largo de toda la vida.

Se promueve en nuestro país la asociatividad y participación de las personas mayores y las actividades que se están desarrollando no se limitan a la defensa de los derechos de los mayores, sino que también abordan actividades sociales en la que participan gran cantidad de adultos mayores, como son los Programas de Turismo Social para adultos Mayores desarrollados por la Secretaría de Turismo de la Nación, el PAMI y los Gobiernos Provinciales.

3.1.4 Salud y Bienestar Social de la vejez en Argentina.

Para encuadrar las políticas en el eje de SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE LA VEJEZ Argentina ha producido modificaciones en la atención a la salud. Nuestro país está organizado en tres grandes sectores: público, obras sociales y sub sector privado. Toda la población, sin distinción de edad, tiene acceso al hospital público. El papel del sub sector público en lo que respecta al adulto mayor se concentra en aquellos de menores ingresos y sin cobertura de salud, al igual que para el resto de la población.

A medida que las poblaciones envejecen, uno de los mayores desafíos de la política sanitaria es encontrar el equilibrio entre la ayuda para el cuidado de la propia salud (personas que se cuidan a sí mismas), la ayuda informal (asistencia de los miembros de la familia y amigos) y la atención formal (servicios sociales y de salud), con el objetivo de prevenir o retardar la aparición de enfermedades y discapacidades, procurar la coordinación entre los distintos niveles de atención, propiciar la investigación y prevenir la pérdida de autonomía y la institucionalización de la vejez.

¹¹ Creado por decreto presidencial Nº 457/97 y reglamentado por resolución ministerial Nº 113/2002.

La cobertura a la Situación Sanitaria de los mayores en Argentina, se encuadra en el mismo derecho de todos los habitantes de tener acceso a la Salud pública. El Estado ha velado porque quienes están bajo la cobertura de Obras Sociales tengan prestaciones Médicas Obligatorias (PMO) a través de la Regulación de las mismas con el Dcto. Nº 492/95.

De la población de adultos mayores, el 90%, tiene cobertura previsional con su correspondiente Obra Social, superando la inclusión de afiliados con Cobertura de Salud que alcanzaba al 81.3% de los adultos mayores según el Censo Nacional de Población y vivienda de 2001. No obstante el alto porcentaje de cobertura mencionado, las posibilidades de acceso a los servicios de salud están condicionadas por la permanencia de factores que articulan las necesidades, demandas y ofertas de servicios de salud según las diferencias económicas y sociales de la población de cada región.

CUADRO 10: ADULTOS MAYORES SEGÚN COBERTURA DE SALUD	
OBRA SOCIAL (INCLUYE PAMI)	78,41%
PREPAGA POR OBRA SOCIAL	5,59%
PREPAGA POR CONTRIBUCIÓN VOLUNTARIA	4,90%
PROGRAMAS Y PLANES ESTATALES DE SALUD	1,22%
NO TIENE OBRA SOCIAL NI PREPAGA	9,88%

FUENTE: CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN, HOGARES Y VIVIENDA 2010. POBLACIÓN POR EDAD SEGÚN COBERTURA DE SALUD – INDEC.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados INSSJYP a través del Programa de Atención Médica Integral (PAMI) es la que atiende el mayor porcentaje de adultos con una cobertura de 4.500.000 de los cuales más del 70% tiene 60 años y más, pertenecientes al régimen nacional de jubilación.

Si bien el INSSJ cubre al 80% de la población adulta mayor, más de 40 obras sociales han manifestado su disposición a recibir adultos mayores como beneficiarios, no obstante según los datos censales que se presentan, en ningún caso superan el 6% de cobertura.. El subsector privado se dirige fundamentalmente a la provisión de asistencia a poblaciones de altos ingresos.

El Programa de Atención Médica Integral (PAMI) ha producido significativas modificaciones de sus prestaciones para su adecuación al eje del Plan Internacional para el Envejecimiento de la Asamblea de Madrid en el marco de las Políticas Nacionales Inclusivas, comenzando por el cambio de palabras que dan lugar a la sigla al llamarse a partir de nueva Resolución "Por Adultos Mayores Integrados". Previamente realiza un cambio estructural en su sistema prestacional para garantizar la transparencia y el derecho de accesibilidad de los afiliados a todas las prestaciones. Modificó en este marco su sistema de contratación a través del Modelo Socio-Comunitario¹² que brinda servicios médicos asistenciales de protección, recuperación y rehabilitación de la salud, coordinando estas prestaciones con acciones de bienestar social. Por otra parte fortalece la red de Centros de Jubilados como efectores de algunos de sus servicios y programas a los afiliados en la comunidad mediante subsidios para prestaciones y equipamiento sanitario.

Desde el año 2007 en cuanto a las Prestaciones Sociales se ha previsto la atención integral a los afiliados a través de una cobertura progresiva desde la prevención con carácter universal a través del Programa Nacional Socio Preventivo; siguiendo por la atención de la vulnerabilidad de los afiliados a través de programas como el de Seguridad Alimentaria (Ex Probienestar) que garantiza el derecho a la alimentación adecuada y oportuna de la población de afiliados con alto grado de riesgo nutricional y el programa PROSAR que atiende a través de subsidios situaciones de riesgo, de refacciones de viviendas, etc. y por último, la atención de las situaciones de dependencia con prestaciones de Cuidados Domiciliarios y de Internación Geriátrica.

El PAMI también brinda prestaciones sanitarias a las personas discapacitadas y con problemas en salud mental.

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, brinda a través del Programa Federal de Salud (PROFE), coberturas en salud a aquellos mayores de 70 años que son beneficiarios de las Pensiones no Contributivas.

Desde la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores se da cobertura a los afiliados a PROFE a través de Residencias de cuidados de largo plazo, Programa de Formación para Responsables y Equipos Técnicos de Centros de Día y Residencias de Adultos Mayores; Ayuda Financiera para equipamiento, refacción de residencias y centros de día; Derechos de las personas Mayores institucionalizadas y Construcción de Mini-residencias.

¹² Se crea por Res. 284/04 del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJYP) o INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art. 64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 5239 4000 Fax. 5239 4003 <http://www.isalud.org> 33

3.1.5. Propiciar entornos favorables en Argentina.

Para cumplir con el eje de PROPICIAR ENTORNOS FAVORABLES, desde el plan de Madrid, los distintos Estados se comprometieron a favorecer y crear entornos propicios para el desarrollo social de las personas mayores, tales como sistemas políticos participativos, eliminación de la violencia y discriminación, así como la promoción condiciones materiales que faciliten la vida en la comunidad; aspectos centrales para fortalecer el protagonismo de las personas mayores.

La Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores ha puesto en funcionamiento El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios con el objetivo principal de que las personas mayores envejecan en su casa. El mismo cuenta con tres componentes, el primero de "Formación de gerentes de servicios de atención en domicilio" que se basa en la capacitación de profesionales para la gestión de estos nuevos servicios, de la diversidad de prestaciones domiciliarias y de la importancia de que las mismas sean desarrolladas por personas capacitadas. El segundo componente prevee la "Formación de Cuidadores Domiciliarios" de 5 meses de duración y llevada adelante por equipos multidisciplinarios para lograr un nivel técnico un alto nivel de excelencia y compromiso ético para que los Cuidadores Domiciliarios comprendan las situaciones particulares por las que atraviesa una persona de edad para poder incidir en el mejoramiento de su calidad de vida. El último componente comprende el "Sistema de Prestación" que promueve servicios de atención en domicilio, a través de convenios firmados entre el Estado Nacional y los organismos provinciales, municipales y obras sociales (PAMI), financiando a los cuidadores domiciliarios que realizan la prestación directa. El Estado Nacional financia las prestaciones a la población sin cobertura de la seguridad social, y cuenta con un apoyo económico para adecuación del hábitat de las personas atendidas.

El PAMI tiene prevista la incorporación de estos servicios de cuidados domiciliarios a sus afiliados como prestaciones universales para dar respuesta a las situaciones que requieren de atención en domicilio para evitar la internación geriátrica en su modalidad progresiva de política institucional preventiva.

Siguiendo con el objetivo de cumplir el eje de propiciar entornos propicios y favorables, en Argentina se han desarrollado acciones para prevenir el "Maltrato de personas mayores"

que incluyen desde casos de maltrato físico y psicológico hasta el maltrato patrimonial y el auto abandono. Las causas del maltrato son múltiples y complejas, y considerando la fragilidad del adulto mayor, pueden muchas veces derivar en la muerte.

Desde la DINAPAM, El Programa sobre Prevención de Abuso y Maltrato hacia los Adultos Mayores (desde una perspectiva basada en los derechos) tiene como objetivo central prevenir las situaciones de abuso y maltrato hacia los adultos mayores. Para tal fin se capacitan a profesionales, técnicos e idóneos que trabajan con adultos mayores y sus familias; se sensibiliza a la comunidad sobre la existencia de situaciones de abuso y maltrato hacia la población mayor; se brinda información acerca de los derechos de los adultos mayores; se generan espacios de contención y derivación de casos de abuso y maltrato de adultos mayores, y se promueve la constitución de redes de apoyo al adulto mayor y su familia.

Desde le PAMI como Prestación Social a través de su área de Voluntariado se desarrollan programas de capacitación sobre Derechos Humanos de los adultos mayores.

Se desarrollan articuladamente entre PAMI Y LA DINAPAM talleres de capacitación sobre Empoderamiento de los Adultos Mayores en todas las Unidades de Gestión Local (UGL) provinciales del PAMI.

Respecto a la ocupación del Estado para promover Entornos físicos y favorables, se desarrollan acciones para favorecer la adecuación de las viviendas a las necesidades de las personas mayores. Se deberán adecuar los planes habitacionales a la diversidad de hogares con personas mayores. El INSSJYP tiene un convenio con FONAVI para la sesión en comodato de viviendas para uso particular o con Programas de Viviendas compartidas. Algunos Municipios han adaptado las unidades a las personas con discapacidad y han otorgado boletos con costo reducido en horarios diferenciales. Se ha observado la incorporación en las áreas de desarrollo urbano la concepción de "ciudades amigables" para prever la sustitución de barreras arquitectónicas con construcciones que garanticen el derecho al acceso de los espacios urbanos culturales, sociales y deportivos, entre otros.

3.1.6. Envejecimiento individual.

Se presentan a continuación las distintas concepciones sobre el proceso de envejecimiento individual pues del análisis de la evolución de las mismas, se fueron considerando aquellas que aportaban aspectos a esta investigación que permitieran superar

los sesgos biomédicos y enriquecerla con los que le aportaran una visión multidimensional del fenómeno.

El envejecimiento personal es el proceso de maduración y desarrollo que comienza con el inicio de la vida y a lo largo de la misma recibe la influencia de múltiples determinantes, por lo que su evolución puede presentar distintas características. Para Baltes (2000) y Staudinger (2000) el proceso de envejecimiento implica procesos de optimización de funciones e incluso de compensaciones, de manera que se pueden superar algunas pérdidas y concretar las metas propuestas. En la manera de envejecer se vinculan la constitución biológica, la personalidad, las experiencias de vida del sujeto y el contexto histórico-social-cultural dando como resultado un envejecimiento diferencial.

“No existe un único concepto de vejez en la medida en que es una etapa del ciclo vital que es construida socialmente, ya que la edad es sólo una de las variables para tenerla en cuenta para describirla y delimitarla”¹³

Varios autores marcaron el inicio del estudio de la vejez, “ se menciona a Francis Bacon (1561-1626), quien en su obra Historia de la vida y de la muerte, hace referencia al problema del envejecimiento; Francis Galton (1832-1911) estudió 17 funciones elementales en 9000 personas entre 5 y 80 años; Stanley Hall (1844-1922), psicólogo norteamericano, en su obra Senectud, la última mitad de la vida, trata de contribuir a la comprensión de la naturaleza de las funciones de la vejez siendo uno de sus aportes el haber señalado la acentuación de las diferencias individuales en la vejez. Finalmente, el Ruso Iván Pavlov (1884- 1936), en sus estudios sobre el sistema nervioso central y los procesos reflejos y de condicionamiento, en la comparación entre animales jóvenes y viejos pone de relieve que es más lento en los organismos mayores, lo cual atribuye a una menor conductividad de las vías nerviosas.”¹⁴

La Gerontología desde el siglo XIX desde el campo de prácticas profesionales en forma multidisciplinar con la Biología, Psicología, Antropología, Sociología, Economía, Derecho, etc. pretende desde la interfaz con estas disciplinas definir una mirada del proceso de envejecer, pero “la construcción de una definición sobre el proceso del envejecimiento y la vejez resulta controversial”¹⁵.

¹³ MAG. FASSIO ADRIANA “A portes para la reflexión sobre políticas públicas y el bienestar en la vejez”. En VIII Jornadas de Psicología de la tercera Edad y la Vejez. Desafíos y logros frente al bien-estar en el envejecimiento.

¹⁴ DÍAZ. GUSTAVO TOMÁS Miembro Titular SAD Especialista Medicina Familiar UNC Especialista en Geriatría CMPC Magister en Gerontología Diversidad Nacional de Córdoba. Argentina

¹⁵ LIC. ESP. LOMBARDO ENRIQUE. Acerca de la construcción del envejecimiento como objeto de estudio.

En este proceso la Gerontología tuvo en sus orígenes fuerte influencia respecto al estudio de las condiciones patológicas del envejecimiento que lo vinculaban al deterioro. La percepción de la vejez que se origina en el siglo XIX a través de un discurso científico, instala el paradigma de su concepción como un problema a ser solucionado por la medicalización o la internación “dejando de ser una cuestión existencial y de tratamiento moral, social y espiritual para convertirse en un problema técnico básicamente consagrado a la medicina”¹⁶.

La Teoría del reloj biológico responde a este paradigma al indicar que el proceso de envejecimiento está genéticamente programado. Se basa en la existencia de un grupo de genes relacionados con el crecimiento celular y el envejecimiento que provocaría cambios descritos por la Fisiopatología en el estado físico, las capacidades funcionales y las condiciones de salud. Los signos de la vejez desde este paradigma asignan al envejecimiento una fuerte carga de imagen negativa vinculándolo al deterioro físico y a la muerte. Este concepto evoluciona hacia una visión integral, al considerar la influencia que sobre ellas ejercen “los determinantes de la salud en el nivel de desarrollo humano” definidos en el año 2004 por la Organización Panamericana de la Salud como la educación, el empleo, la pobreza, el ingreso económico, la exclusión social, la nutrición, el ejercicio de la ciudadanía, los derechos humanos, la gobernabilidad democrática, la violencia y la inseguridad, el ambiente y la vivienda, que ubica al adulto mayor en un contexto integral.

La OMS señala como Edad Cronológica del comienzo de la vejez a los 60 años en la mujer y a los 65 en el hombre, basándose en las edades de retiro tradicionales cuyo primer precedente aparece con las medidas sociales del canciller Bismark en el siglo XIX con la creación del Seguro obligatorio en Alemania, para la prevención de riesgos de enfermedades, discapacidad o muerte. La edad como construcción convencional se utiliza como un “marcador social ampliamente considerado en la legislación laboral o cuando se trata de recibir determinados beneficios”¹⁷, pero no brinda información que permita conocer las condiciones actuales de los adultos mayores ni los procesos que lo han determinado como tal Bernice L. Neugarten (1968), coincide con la relativa importancia de la edad cronológica como constructo demográfico más que funcional ya que “la edad por sí misma no es un factor causal, explicativo o descriptivo, ni una variable organizadora de la vida humana.”

Las corrientes que pretenden caracterizar el envejecimiento por la Edad Psicológica definiendo los factores de esta naturaleza por cada grupo de edad, se enfrentan a la

¹⁶ IACUB RICARDO. “Estética de la existencia – ¿ La vida es bella en la vejez?.EN VIII Jornadas de Psicología de la tercera Edad y la Vejez-Desafíos y logros frente al bien-estar en el envejecimiento.

¹⁷ LIC. MGTER. SÁNCHEZ MIRTA. Dificultades para definir la vejez. Los significados de la edad,

diversidad de relatos que cada adulto mayor hace de su propio envejecimiento, dificultando de este modo tipificar las características para cada edad cronológica. También se enfrenta al hecho de que "las expectativas de otros influyen en el concepto que cada persona tenga de sí misma" Lehr (1994), atento a que hay situaciones de orden social que hacen que el colectivo atribuya cualidades a los sujetos y éstos las van aceptando como tales.

La consideración de la Edad Social como determinante del envejecimiento por las circunstancias económicas, laborales y familiares que atraviesan los adultos mayores en este proceso solamente incluye la pertenencia a algún grupo social como referencia de envejecimiento, como puede ser el de Jubilados con características diferenciadas de otros grupos de adultos mayores como los que se encuentran en actividad productiva.

Las concepciones sobre el envejecimiento corporal, psicológico o social que aíslan a los mayores de las otras dimensiones que lo involucran, definen unilateralmente las acciones válidas para evitar la muerte, ocupándose solamente de la supervivencia del cuerpo. Esta concepción está fuertemente arraigada en la población de adultos mayores. El déficit en esta concepción está referido entonces a la falta de propuestas de solución para los otros aspectos que se modifican al envejecer, inquietud que ha generado nuevos relatos de la vejez.

La Gerontología incluye el concepto de "viejismo" para identificar los prejuicios de las corrientes que conciben el envejecimiento desde el deterioro. Butler (1969), definió al viejismo como el proceso de sistemática estereotipación y discriminación contra las personas por el hecho de ser viejas, tal y como ocurre con el racismo y el sexismo que se acompaña de discriminación derivada del color de la piel o del género"¹⁸

La necesidad de enfocar el problema del envejecimiento desde una perspectiva multidisciplinar fue reflejada por la OMS en el año Internacional de las Personas de Edad (1999), al fijar como tema del Día Mundial de la Salud *"el envejecimiento activo marca la diferencia"*. La OMS incorpora así al "envejecimiento activo" como nuevo concepto que "aspira a fomentar políticas que mantengan activas a las personas de edad (OMS, 2002)" con motivo de la formulación del II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de Naciones Unidas, para cumplir con las metas propuestas para reducir las muertes prematuras en etapas productivas, como también las discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas para la población mayor; para incrementar la cantidad de personas que disfruten de una calidad de vida positiva a medida que vayan

¹⁸ MENDOZA VÍCTOR MANUEL NÚÑEZ, MARÍA DE LA LUZ MARTÍNEZ MALDONADO Y ELSA CORREA MUÑOZ " El desarrollo del envejecimiento activo en México" - La Experiencia de la Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Zaragoza.

envejeciendo y para que más personas participen activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad.

Este concepto se enfrenta al de la Teoría de la Desvinculación (Elaine Cummings y William Henry, 1961), que desde una perspectiva filosófica estructuralista funcionalista, aseveraban que "durante la vejez ocurría una disminución de la actividad social, la cual era considerada como un hecho normal y hasta adaptativo para las personas mayores en correspondencia a la expectativa de la sociedad"¹⁹ las críticas a este concepto se basaron en que el apartamiento de la actividad social no era voluntario sino que era el resultado de concepciones personales o ciudadanas teñidas de viejismo que impedían la mencionada participación. Además esta teoría supone que las personas consideran que el futuro es limitado y que la muerte es inevitable y cercana y hace que los adultos mayores se centren en sí mismos y lo que es extremadamente importante para sí mismos. Además plantea que las pérdidas de las capacidades sensoriales y motrices no permitirían mantener el nivel de actividades, produciéndose con ello una desvinculación biológica.²⁰

En 2000, cuando el nombre del programa de la OMS se redefine como "*Envejecimiento y Ciclo (curso) Vital*", marcó un importante cambio de orientación, dando cuenta de la importancia de una perspectiva que abarque todas las fases de la vida y desde un enfoque de la multidisciplinariedad (OMS, 2002)

Se desarrolla con esta nueva perspectiva el surgimiento del paradigma del Curso Vital (Baltes 1987, Lindemberger y Staudinger 1998), desde una concepción estructuralista y funcionalista, definiendo el envejecimiento como un proceso de desarrollo desde los inicios de la vida. "*Desarrollo y envejecimiento* han de entenderse como procesos simultáneos y permanentes durante la vida, en los cuales se conjugan ganancias y pérdidas, así como múltiples influencias y orientaciones." Se destacan en esta perspectiva los procesos de selectividad, optimización y compensación e inciden para su operativización las expectativas sociales relacionadas con la edad, influencias históricas y acontecimientos personales únicos (Baltes, Cornelius y Nesselroade (1979, citados por Baltes, 1983).²¹

En esta concepción, diferentes factores y sistemas se conjugan e interactúan en disímiles direcciones, en la construcción de la vida de cada persona.²²

¹⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. "Active aging: a policy framework". Geneva. 2002

²⁰ IACUB RICARDO. "Teorías y Enfoques sobre la personalidad en el envejecimiento y la vejez." Buenos Aires 2009.

²¹ DULCEY-RUIZ ELISA " Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana ". Centro de Psicología Gerontológica, Bogota, Colombia y Cecilia Uribe Valdivieso. Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

²² PIÑA MARCELO "El Capital Social de los Adultos Mayores desde la perspectiva del Desarrollo Humano. Escenarios emergentes y estrategias de intervención".

Desde la perspectiva Teórica del Interaccionismo Simbólico donde las personas desarrollan un sentido de sí mismas por las respuestas que los demás dan a su comportamiento, surgen Teorías para interpretar desde este marco al envejecimiento, como La teoría de la Actividad (Havighurst,1968), la Competencia y la de la Continuidad (Newgarten 1969). La primera supone que existe una vinculación entre la satisfacción vital con el desarrollo de actividades sociales informales, formales y solitarias y que el abandono de estas actividades supone pérdida en la auto valoración de los adultos mayores. La Teoría de la Competencia por su parte señala que las personas pierden funciones sociales al envejecer y por este hecho son visibilizadas por el entorno desde el prejuicio del "edadismo", traducido en una evaluación negativa que internalizan, produciendo una sensación de vulnerabilidad en los adultos mayores. Por último la Teoría de la Continuidad supone que la vejez no implica cambios drásticos sino que los adultos mayores en etapas anteriores de su vida han desarrollado hábitos y otros comportamientos que les sirven como estrategias para afrontar los cambios en la vejez ya que la personalidad sigue intacta.

Se destacan también Teorías que explican el envejecimiento y su impacto en los adultos mayores desde modelos económicos, como la del Intercambio (Dowd, 1980) que sostiene que en cada relación los actores se vinculan por los distintos recursos y que afecta a los adultos mayores en la vejez pues la teoría supone que los adultos mayores ya no tienen para ofrecer en el intercambio lo mismo que antes, por lo que la comunidad, en particular los jóvenes los menosprecian, generando en ellos aislamiento y depresión.

Conviven entonces varias concepciones pero que no "logran salir de los propios límites de los prejuicios, intentando mostrar un relato polarizado tal como "los viejos son o no son enfermos", "activos o pasivos" ,"autónomos o dependientes"²³

Vinculando estas apreciaciones con el tema de este estudio, la valoración de los adultos mayores desde esta concepción polarizada puede generar la percepción de fracaso en aquellos que se enfermen, no participen activamente de las actividades propuestas o sean dependientes, por lo que se pretende indagar en este estudio sobre la propia interpretación o valoración de su situación actual como personas mayores en relación al desarrollo de actividades y en relación con sus hábitos anteriores.

La Teoría de la Selectividad Socio Emocional (Carstensen 1192, 1995 y 1998) explica que los adultos mayores cambian sus metas y las fijan en función de la valoración del tiempo que resta vivir, prefiriendo interactuar con las personas que son más significativas de su red de relaciones, "explica que los cambios en la red social relacionados con la edad, no

²³ Op.citada en 22.

constituyen una pérdida sino que son el resultado de un cambio motivacional en las metas sociales...las metas emocionales se vuelven más importantes y las personas prefieren interactuar con quienes tiene relaciones más estrechas²⁴.

No obstante la transición del concepto de envejecimiento saludable al de envejecimiento activo, existen organizaciones como FUTURAGE que vuelve a la utilización del primero incorporando a la los indicadores de salud (física, mental y conductual) los de condiciones psicológicas y sociales de seguridad, participación y el subjetivo de bienestar.²⁵

Revisada la bibliografía sobre los aspectos que determinan los diferentes tipos de envejecimiento, se observa la crítica de los expertos sobre la existencia de distintos resultados para definir los determinantes del envejecimiento.

"Se requieren precisiones conceptuales que permitan la diferenciación (lo más exactamente posible) entre *qué es envejecer con salud (bien)* y *que causa, permite o estimula esa forma de envejecimiento*; en otros términos, diferenciar la forma en la que el individuo envejece por sus determinantes, o en otras palabras, a que llamamos "envejecimiento saludable" (óptimo, positivo, satisfactorio, activo, productivo) y qué lo explica o lo determina (a largo, medio o corto plazo) y cuáles son sus *factores de riesgo o protectores* (a largo, medio y corto plazo) y, finalmente, como modificar tanto *éstos*, como aquellos."²⁶

3.1.7. Indicadores de Envejecimiento.

Como indicador de envejecimiento saludable se encuentra la autonomía funcional de los adultos mayores que se manifiesta en la capacidad para percibir adecuadamente las condiciones propias y del entorno, producir las adaptaciones necesarias, obtener y utilizar eficientemente los recursos, tomar decisiones y ejecutarlas por sí mismo. Como contrapartida, la dependencia funcional implica para el adulto mayor la necesidad de ayuda parcial o total para producir y controlar los complejos procesos que conforman el desempeño, objetiva y subjetivamente, satisfactorio de la vida cotidiana.²⁷

La pérdida de autonomía está vinculada con el proceso de fragilización definido como la afectación de variables fisiológicas y neurosensoriales que afectan con la pérdida de por lo

²⁴ RICE CAR J. CARSTENSEN Y LAURA I. "En busca de independencia y productividad: como influyen las culturas occidentales en las explicaciones individuales y científicas del envejecimiento". Revista Latinoamericana de Psicología 2002. Volumen 34. Nº 1 y 2 133-154

²⁵ FUTURAGE Documento Bruselas 2010. Op. citado por R. Fernandez Ballesteros en Congreso sobre Envejecimiento. La investigación en España. Madrid, 9-11 Marzo 2011

²⁶ FERNANDEZ BALLESTEROS R. en Congreso sobre Envejecimiento. La investigación en España. Madrid, 9-11 Marzo 2011

²⁷ NSSJYP Programa Nacional de Promoción Y Prevención Socio comunitaria. Res 585 de 2008

menos dos de ellas la posibilidad de mantener el equilibrio con el medio o la capacidad de recuperarse luego de situaciones de crisis.²⁸

Se incluyen como objeto de este estudio los determinantes del proceso de fragilización que pueden haber incidido en las distintas formas de envejecer de los afiliados. Este proceso nos permitió identificarlos y poder determinar cuales de los mismos influyeron en la decisión de participar en los programas preventivos propuestos para proponer con su participación, en cumplimiento del propósito de este estudio, las mejores intervenciones para contribuir a su mejor calidad de vida y bienestar.

Ubicado el adulto mayor en un contexto histórico en interacción con su medio en su ciclo de vida desde inicios de la misma, ve determinado su envejecimiento hasta la actualidad por la concurrencia de los siguientes factores sobre los que hay coincidencia en la literatura: el 25% por causas de origen genético y por el padecimiento de enfermedades y el 75 % por causas de origen conductual y de aspectos psicológicos vinculados al funcionamiento cognitivo al afecto y al bienestar.

Inciendiando negativamente y favoreciendo la dependencia funcional, se encuentran la ausencia de compromiso con la vida, manifestada en la falta de proyectos personales; la falta de percepción de las propias necesidades y problemas y la dificultad para solicitar y obtener ayuda, entre otras. En segundo lugar se destacan las causas sociales visualizadas por la participación e implicación social de los adultos mayores; la falta de una red de contención adecuada y las políticas insuficientes basadas en el reconocimiento de los problemas del adulto mayor, a las que se suman las barreras arquitectónicas y culturales sesgadas por concepciones viejistas que desfavorecen el bienestar de los adultos mayores.

La Regla de los Tercios que resulta de la observación de las causas de los procesos de envejecimiento, concluye que un tercio del deterioro físico es causado por problemas de uso de estructuras y funciones corporales, desuso, abuso o mal uso por condiciones personales y/o contextos inadecuados; el segundo tercio a las enfermedades y el último tercio se debe al envejecimiento normal. Este concepto tiene relación con las observaciones que concluyen que las personas mayores de 65 años al menos sufren una enfermedad crónica, sin

²⁸ CHISTRIAN LALIVE D'EPINAY. Ginebra

embargo, el 80% de las personas entre 65 y 74 no tiene limitaciones para realizar las actividades diarias.²⁹

Se consideraron en este estudio no sólo los factores de riesgo que han determinado el tipo de envejecimiento de los afiliados sujetos de conocimiento de este estudio, sino también los factores protectores que han incidido en su actual vivencia de envejecimiento, considerando no sólo los de ejercicio físico, recreación y hábitos anteriores, sino también los referidos a la actividad cognitiva, la relación interpersonal, el pensamiento y la actitud positiva en el nivel micro social. En el nivel macro social se considera la interacción del afiliado con los sistemas de Protección Social y Sanitaria, de la Cultura, de los Valores y de los Estereotipos de Vejez. (Fenrnández Ballesteros , Formas de envejecer, 2002, 2009)

3.1.8. Vulnerabilidad y exclusión social de adultos mayores.

Se ha considerado a los afiliados sujetos de este estudio en su perspectiva histórica y en interacción con su familia, su comunidad y la sociedad en general y en este marco, tomando las definiciones de expertos de la CEPAL (2000, 2001), se concluye que si bien los procesos de cada uno son particulares como en consecuencia lo son sus envejecimientos, hay aspectos macro sociales que han sido comunes a todos ellos y los ubican en situación de vulnerabilidad socio sanitaria, al ponerlos en desventaja institucional y social como consecuencia de procesos históricos como las reformas de la década de 1990 que produjeron "precarización del empleo, exclusión de los trabajadores del sistema productivo por efecto del desempleo estructural, dificultad de acceso a la educación, la salud y la previsión social, desvinculación del rol social del estado en favor del la acumulación y el mercado, focalización de las políticas asistenciales en los sectores de extrema pobreza y la pérdida de poder relativo de las organizaciones sociales"³⁰

Si bien en los últimos ocho años se han realizado acciones para revertir las consecuencias de un modelo económico excluyente, los ingresos de los adultos mayores, en particular los de los afiliados sujetos de este estudio, no les permiten reducir los riesgos para vivir una vejez saludable por cuanto los ingresos son insuficientes para atender las propias necesidades y las de aquellos otros miembros del grupo familiar de los hogares

²⁹ INSSJY P . Programa Nacional de Promoción Y Prevención Socio comunitaria. INSSJYP Res 585 de 2008

³⁰ VIVEROS MADARIAGA ALBERTO. "Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe. Políticas públicas y acciones de la sociedad" . CEPAL, serie Población y desarrollo Nº 22, Santiago de Chile, diciembre de 2001.

multipersonales donde se ha revertido la tasa de dependencia al sostener con los haberes provisionales los gastos familiares. Como se ha analizado, el 33% de los adultos mayores presenta situaciones de enfermedad o de discapacidad y dependen para su mejor calidad de vida de redes familiares, comunitarias y de un entorno social que garantice sus derechos y necesidades y los dos tercios restantes si bien pueden presentar condiciones socio sanitarias favorables comparten la misma situación histórica y socio económica que los ubica entonces en situación de vulnerabilidad.

Para caracterizar la población se utilizó el enfoque sobre Vulnerabilidad Social, por considerar que el mismo permite encuadrar el análisis de las características de la población estudiada, en un marco teórico que brinda una concepción heterogénea con la inclusión de varias variables que permiten ampliar las respuestas posibles a las hipótesis planteadas, ya que si bien los aspectos conceptuales de esta teoría están en desarrollo, hay evidencia empírica suficiente en ellos para poder establecer parámetros que permitan desarrollar conclusiones válidas respecto a la caracterización poblacional mencionada.

Previamente a esta selección se han revisado las críticas a las teorías de la marginalidad (Latinoamérica, años sesenta y setenta) y de la exclusión (Europa años ochenta y noventa)³¹ de distintos autores. Además, por la vinculación entre vulnerabilidad y pobreza, se ha realizado el análisis del concepto de "pobreza" y sus indicadores y el análisis de los índices para medirlos, concluyendo que los mismos a los efectos de este estudio, no permiten identificar cualitativamente las dimensiones del fenómeno que se investiga.

El enfoque de "vulnerabilidad social" nos brinda indicadores para considerar las situaciones adversas de las personas que las ubica en situación de riesgo (inequidades en el acceso a bienes y servicios para satisfacer necesidades básicas vinculadas a la salud, vivienda, educación, seguridad social, etc.). Por otro lado y partiendo de la concepción de los aspectos diferenciales del envejecimiento, nos permite utilizar indicadores que den cuenta de las particularidades regionales tomando como ejemplo el hecho de que "existen marcadas diferencias en los indicadores demográficos más comunes cuando se desagrega el promedio

³¹BUSSO GUSTAVO." Vulnerabilidad Social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI". Documento para el Seminario "Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América latina y el Caribe" Santiago de Chile - Junio 2001 - CEPAL - CELADE

nacional según distintos niveles de análisis (distribución espacial, ubicación en la estructura social, condición de pobreza según Necesidades Básicas Insatisfechas)".³²

Por otra parte, atendiendo a que los afiliados si bien se encuentran en situación de vulnerabilidad, a la fecha no presentan rasgos de desnutrición o de sufrimiento visibles que permitan ubicarlos en un núcleo irreductible de privación absoluta, (Sen Amartya 2008) resulta necesario para este estudio considerar también los sentimientos de privación de los afiliados respecto a su derecho de ser incluidos en los Programas Socio preventivos, como también sus expectativas.

El enfoque de Vulnerabilidad Social también reconoce que las personas tienen recursos (activos) y que de "de hecho hacen uso de ellos en forma continua para mejorar su bienestar o para enfrentar situaciones adversas". El reconocimiento y análisis de los mismos y el uso que hacen de ellos los afiliados estudiados, permitió orientar las propuestas resultantes de este estudio para mejorar las condiciones de acceso a los Programas Preventivos.

El enfoque de la Vulnerabilidad Social permite además considerar una relación dialéctica entre los afiliados y el entorno que ofrece oportunidades. A los efectos de este Estudio se considera como oportunidad el Programa Nacional Socio Preventivo que desde las Políticas Públicas de protección social brinda prestaciones para mejorar las condiciones de bienestar, reduciendo las condiciones de riesgo vinculadas a la salud, integración social y participación ciudadana de los afiliados. Como contradicción en esta relación entre lo interno (activos de los afiliados sujetos del estudio) y lo externo (Políticas Públicas), se presenta el hecho de que no participan del mismo los afiliados en situación de mayor vulnerabilidad, por lo que este estudio pretende, con el análisis de esta situación, aportar para el diseño de estrategias que permitan reducir los niveles de exclusión que hoy presenta el programa para favorecer la reducción de situación de riesgo en que se encuentran los afiliados en mayor situación de vulnerabilidad, ya que nos ilustrará respecto a como la variación en los activos (como variables independientes) incide en distintos grados sobre la capacidad de respuesta de participación ante la oferta de las Políticas Públicas (como variable dependiente).

³² GÓMEZ ALICIA "La Heterogeneidad de la Pobreza: perfiles Demográficos comparados". Dirección de Estadísticas Poblacionales INDEC- Silvia Mario Economista de Gobierno – Ministerio de Economía- Fernanda Olmos – Dirección de INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art. 64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 5239 4000 Fax. 5239 4003 <http://www.isalud.org> 45

Se ha encuadrado entonces este trabajo en el marco de la "vulnerabilidad", entendida como "un proceso multidimensional que confluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencias de situaciones externas o internas"... "en distintos planos de su bienestar, de diversas formas y con distintas intensidades"³³, entendiendo que el adulto mayor, representado en este estudio por los afiliados relevados, se encuentra con probabilidad de riesgo de sufrir consecuencias por los cambios internos que se producen por el proceso de envejecimiento si no se previenen los mismos.

La vulnerabilidad social en que se encuentran los adultos mayores es el resultado de la interacción de factores que no pueden controlar ni dominar lo que supone una pérdida de oportunidades económicas y sociales que constituyen "un proceso de enfriamiento del vínculo social que precede a su ruptura"(Roberto Castell y García Roca) Los autores mencionan como etapas de ese proceso la desafiliación; desarraigo; pobreza severa y pérdida de vínculos llegando de este modo a una situación de EXCLUSIÓN. Informan además como factores causales de esta exclusión a la imposibilidad de tener empleo (identificado como un factor de participación y de garantía de derechos personales y como promotor de realización personal); a las estructuras normativas; a la sociedad y a los déficits personales que no han podido resolver las políticas de protección. Vinculan entonces a la vulnerabilidad con la fragilidad y precariedad de soportes económicos (como el trabajo mencionado) y soportes relacionales (como la ausencia de apoyos familiares o situaciones conflictivas con éstos).

Otro factor de exclusión social es, siguiendo a Roberto Castell, la "dificultad de la sensibilidad social frente a los excluidos cuando el sistema de Servicios Sociales como el resto de los sistemas de protección generan "expulsados".

El origen de los procesos de exclusión social es la consecuencia de la lógica del capitalismo que requiere para su supervivencia de la diferencia de clases sociales. Como contrapartida, la democracia propone una mayor homogeneidad de la población; la redistribución del poder político sobre la base de un incremento de la igualdad de derechos como lo plantean las propuestas del Estado de Bienestar.

Los procesos de exclusión pueden originarse por la vulneración de tres factores de integración social tales como: el empleo asalariado que favorece los sistemas de protección como los de seguridad social, atención sanitaria, vivienda, etc.; la familia que vehiculiza el acceso a bienes y servicio y a redes sociales de contención y el Estado de Bienestar como proveedor de oportunidades para la garantía de prestaciones sociales (Esping Andersen 2006). El autor diferencia los espacios en que pueden encontrarse los afiliados en este proceso como el de precariedad por inadecuación a los estándares medios esperados para la población envejecida, lo que provoca inseguridad y vulnerabilidad; los de exclusión social por la imposibilidad de acceder a los recursos necesarios para lograr una buena calidad de vida de modo irreversible al corto plazo y por incapacidad de los afectados de desarrollar estrategias para la resolución de tal situación y la marginalización como resultado de la reacción compulsiva por parte de la sociedad.

Existen tres niveles de análisis siguiendo al mismo autor para comprender la lógica de la integración y de la exclusión social que resulta necesario considerar para entender en que etapa del proceso se encuentran los afiliados sujetos de este estudio: 1) Estructural, vinculados a la evolución de los sistemas productivos; a los escenarios políticos; a las estructuras demográficas y a los modelos familiares 2) Institucional, político e ideológico que conforman el marco para la toma de las decisiones colectivas a partir de los criterios valores dominantes y 3) De respuesta individual y colectiva, que contempla a los colectivos de excluidos como elementos de cambio por la posibilidad de desarrollar estrategias de respuesta.

Este estudio nos permite considerar que el colectivo de afiliados sujetos de este estudio por su situación socioeconómica se encontraban excluidos de la posibilidad de acceder a la protección social brindada por el Estado pero como se ha presentado en el informe de las acciones desarrolladas por el Estado (nivel Estructural) se está revirtiendo esta situación con medidas económicas que han mejorado sensiblemente su calidad de vida. Desde el nivel político se han desarrollado planes y programas como el objeto de este estudio (nivel político) para cumplir con las metas del Plan de Envejecimiento y para revertir los criterios valorativos de la población respecto al envejecimiento. Además se han generado espacios para favorecer el empoderamiento de los adultos mayores (Respuesta individual y colectiva).

De la complejidad de la noción de vulnerabilidad, a los fines analíticos sólo consideraremos en el presente trabajo aquellas que permitieron identificar desde el conocimiento, los factores que impiden a la población sujeto de este estudio, acceder a mayores niveles de bienestar brindados por el menú prestacional del programa Socio preventivo del PAMI. Por otra parte pone énfasis en sus posibilidades de acceso a las fuentes de derechos básicos que les brinda mayor situación de bienestar como las actividades preventivas propuestas por el programa mencionado, para la preservación de su salud e integración social.

3.1.9. Participación.

Se ha considerado además para el presente trabajo la Teoría de la Participación, haciendo hincapié en los aspectos que pueden arrojar visibilidad respecto a las causas que motivan la decisión de participar o no de los adultos mayores en las actividades preventivas.

Se ha realizado una exhaustiva búsqueda bibliográfica sobre el tema de la participación de adultos mayores en las actividades socio preventivas que coincidieron con el encuadre gerontológico y la importancia del desarrollo de programas preventivos para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de los distintos países con población envejecida en cumplimiento con las metas fijadas por la Asamblea Mundial del Envejecimiento y por las instancias posteriores. Por otra parte se ha verificado la existencia de trabajos de investigación sobre el grado de satisfacción de los adultos mayores participantes en programas preventivos, sus características, etc.

La Teoría de la Participación, desde el modelo de Crisis Vital del Psicoanálisis, ofrece una línea conceptual desde la cual O. Fernandez Moujan (2004) aporta conclusiones que permiten comprender esta conducta, iniciando desde la definición de Aristóteles, "devenir en el otro sin dejar de ser uno y el otro sin dejar de ser otro sin ninguna relación o estructura que los ligue de una manera estable o equilibrada." El autor sigue haciendo referencia al hecho de "sí como el deseo en psicoanálisis se constituye a partir de la primera vivencia de satisfacción de un objeto, el anhelo de ser se constituye a partir de la primera vivencia de resistencia ante la experiencia como existencia. El hombre cuando nace se constituye en un sujeto abierto a la experiencia totalizadora, la cual moviliza el anhelo de ser como posibilidad (no como el deseo) de ser uno mismo al mismo tiempo de ser con los demás TODO. Entre el

sujeto y el objeto hay un vacío potencial. Este vacío es accesible sólo por participación, no por identificación. Participamos de un sentimiento de identidad grupal: de un cuerpo vivo; de un campo de valores; de información; de una energía vital; de un todo posible; de una experiencia existencial no relacional o especular”.

Triado Tur aporta desde la Teoría que existen factores determinantes que influyen sobre la participación de los adultos mayores tales como los acontecimientos vividos; las condiciones ambientales donde se desarrollan; las condiciones económicas y culturales de nacimiento; el tipo de educación recibida; la posibilidad de realizar prácticas corporales a lo largo de la vida y la existencia de motivación para acceder a las mismas.

Las expectativas culturales acerca del envejecimiento influyen sobre las metas y las motivaciones individuales.³⁴ Siguiendo a las autoras, las teorías occidentales como las del ciclo vital (citando a Baltes) sólo reflejan el control primario hasta la media vida y luego el secundario para compensar las fallas, sólo miden los aspectos individuales del proceso “omitiendo la naturaleza eminentemente social de los seres humanos”. Las autoras también realizan la crítica de las teorías que explican los motivos que pueden influir en la decisión de participación como las de la desvinculación (Cumming y Henry 1961) que coinciden en que la disminución de contactos sociales desfavorecen la participación, como una manifestación de retiro preparatorio de la muerte. Por otra parte como se ha presentado, la Teoría de la Continuidad (Newgarten 1969) pone el sesgo en que inciden en la participación los hábitos adquiridos anteriormente. Sin embargo, teoría como la de la selectividad emocional (Carstensen 1992, 1995, 1998 Carstensen, Isaacwitz y Charles 1999) citados por las autoras, explican que “los cambios en la composición de la red social relacionados con la edad no constituyen una pérdida sino que son el resultado de un cambio motivacional en las metas sociales”, por lo que la decisión de participación no tiene un sesgo negativo sino selectivo, como también sostiene la Teoría del Ciclo Vital.

Existe evidencia empírica brindada respecto a que las personas mayores con creencias de autoeficiencia de buen desempeño sobre la memoria, guían a su participación en tareas de tipo recreativo en mayor grado que aquellos que poseen creencias de baja autoeficacia³⁵. Este estudio nos permite inferir que los adultos mayores con creencia de menor

³⁴ RICCE CARA, CORINA E. LOCKENHOFF Y LAURA L. CARSTENSEN. “En busca de independencia y Productividad: como influyen las culturas occidentales en las explicaciones individuales y científicas del envejecimiento” – Revista latinoamericana de Psicología 2002 volumen 34.

³⁵ FELDBERG CAROLINA Y DORINA STEFANI “Autoeficacia y rendimiento en memoria episódica verbal y su influencia en la participación social de las personas de edad” – INEBA por convenio con el CONICET.

autosuficiencia de buen desempeño participan en menor grado, pero no indaga cuales son los motivos por los que llegaron a esa valoración, cual es su percepción de la vejez, cómo ha influido su situación socio económica y el entorno, dejando abierto tal interrogante.

La participación de los adultos mayores en este estudio es considerada no sólo desde la perspectiva de su inserción en las actividades preventivas como sujetos de derecho de las mismas sino como partícipes en la identificación de las necesidades que les dan origen. Las necesidades que dan base al surgimiento de las demandas "no deben entenderse sólo como carencias sino también como potencialidades humanas y colectivas...que comprometen, movilizan y motivan a las personas" (Max Neef,1993). El autor también identifica los satisfactores por tipo de necesidad que en este caso, a la de protección de la ocurrencia de riesgos le corresponde el sistema de salud, representado en este caso por el PAMI y su Programa Nacional Socio Preventivo. Por lo que hemos planteado del carácter diferencial de cada uno de los adultos mayores, "no todos perciben las mismas necesidades...Dependerá de las carencias que se detecten, las posibles soluciones que se vislumbren, las prioridades que se asignen...En esta fase de identificación y en la detección de necesidades los beneficiarios en general son los principales protagonistas".³⁶

Preocupa el hecho de que en el II Congreso Argentino de Gerontología y Geriátrica organizado por la Sociedad Argentina en Buenos Aires, como conclusión se destacó el hecho de que "los adultos mayores no son consultados, ni se instrumentaron canales comunicacionales regulares, en nuestro país , entre los sistemas de decisión y las principales corrientes de opinión que incipientemente representan"

³⁶ SALEN DANIEL SOTELSEK "Estado de Bienestar y políticas Públicas". Universidad de Alcalá. Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

3.1.10. Paradigmas asistenciales, su evolución.

El Programa Nacional de Promoción y Prevención de PAMI se fundamenta en los lineamientos que el Estado ha promovido en cumplimiento de metas internacionales para favorecer la participación de los afiliados en el marco de una política inclusiva.

En sus fundamentos plantea como desafío el logro de participación de los afiliados en un amplio porcentaje y si bien se han logrado metas de amplia cobertura a la fecha, se observa que los titulares del Programa Probienestar (hoy de Seguridad Alimentaria), que se encuentran en situación de vulnerabilidad, no participan con la incidencia esperada.

Con el propósito de conocer las causas de este fenómeno y poder realizar según los resultados las sugerencias pertinentes para la formulación y gestión de programas preventivos para adultos mayores en situación de vulnerabilidad, se considera a continuación cual ha sido la evolución de los paradigmas con que el Estado les ha dado cobertura social .

Roberto Castell define la ASISTENCIA como un "conjunto diverso de prácticas que se inscriben en una estructura común, determinada por la existencia de ciertas categorías de poblaciones carecientes y por la necesidad de hacerse cargo de ellas".³⁷

En este encuadre, las Instituciones asistenciales de la primera mitad del siglo XX desarrollaban los siguientes requisitos formales similares a los que les habían dado origen:

- Surgen como una construcción de conjunto de prácticas de función protectora o integrativa (luego preventivas) que surgen de la sociedad para poder ella misma dar respuesta a las demandas de los carecientes para que no generen conflictos.
- Requieren de una especialización necesaria de personal específico para llevar a cabo las prácticas de servicios especiales para abordar una esfera de intervención social.
- Requieren de tecnificación mínima, de un cúmulo de conocimientos básicos, de saberes, de pericia entre otros aspectos necesarios para poder evaluar las situaciones que originan la demanda para resolver si se interviene y de que modo; seleccionar a quienes se les brindará la asistencia según el grado de merecimiento de la misma; construir categorías para orientar la intervención y seguramente mecanismos aunque rudimentarios para evaluar los resultados obtenidos.

³⁷ CASTEL ROBERTO. "La Metamorfosis de la Cuestión Social" Cap. 1 Edit. Paidós

- Las prácticas están localizadas según el tipo de naturaleza del problema que les da origen y de las posibilidades de asistencia, de este modo, la sociedad interviene para resolverlos.
- Determina criterios para la selección de los beneficiarios por lo que no todos los carecientes serán objeto de la asistencia, sólo se atenderán las necesidades de aquellos que en primer lugar "sean miembros del grupo" y en segundo lugar "sean incapaces para el trabajo" como niños huérfanos, discapacitados y ancianos, diferenciándolos de los que sí están en condiciones para trabajar.

Si se consideran los Servicios de Cuidados para la atención de la población discapacitada o envejecida en la primera mitad del siglo XX, se observa que en los criterios de las mismas subsisten "ideas fuerza" que se originaron en la sociedad feudal de Occidente en la Edad Media, cuando las sociedades campesinas desarrollaban estrategias y redes para enfrentar riesgos exógenos perfilando de este modo inicios de organizaciones internas de asistencia.

En cuanto a la institucionalización de personas mayores frágiles o vulnerables como práctica de asistencia, esta forma operaba hasta épocas recientes como factor de exclusión social, del mismo modo que las formas de control ejercidos por los Estados Europeos de los Siglos XVIII y XIX para la marginación de los "grupos vergonzantes" o "estigmatizados" en el orden social de la época, según términos de Foucault, citado en el trabajo mencionado de la Dra. Nérida Redondo y Mgter. Silvia Gascón.

Se suma además según las autoras, como dificultad a los procesos de programación integral de servicios adecuados para las personas frágiles o dependientes, la concepción cultural sobre el género que con la incorporación de las cohortes de mujeres con niveles educativos más altos promueven contradicciones en los sistemas vigentes de atención.

La práctica asistencial de institucionalización de las personas mayores en la primera mitad del siglo XX fue la resultante además, de las condiciones económicas de los mayores que como ya nos hemos referido anteriormente, después de los sesenta años no tienen recursos patrimoniales y corrientes suficientes que les permitan tener adecuada atención en sus viviendas si no reciben los apoyos adecuados.

Esta situación estaba reforzada por la concepción de que el estado y las organizaciones de bien público debían dar alojamiento a las personas sin recursos; sin redes familiares y que carecían de vivienda propia. Es en estos casos donde el motivo de la internación estaba vinculado solamente al criterio económico, la persona perdía la autonomía porque "...debían soportar la reglamentación social y sanitaria de su cotidianeidad..."³⁸

El tipo de prestaciones brindadas por las Instituciones a las personas de estratos bajos y pobres tenían dos modalidades:

- alojamiento brindado por medio de Instituciones asilares
- asistencia médica a través del suministro de medicamentos (medicalización) en hospitales.

En estos sistemas los usuarios eran considerados sujetos pasivos de las prestaciones recibidas y sólo eran objeto de la asistencia por sus condiciones físicas invalidantes; por su grado de dependencia o por su estado de indigencia que los convertía en "pobres vergonzantes" a los que había que aislar.

Las consecuencias de este tipo de prestaciones para los usuarios de las mismas fueron las siguientes según las autoras citadas:

- exclusión social de las personas que son extraídas de su medio al ser institucionalizadas cuando el nivel de su déficit funcional aún no es severo
- gasto superior en alojamiento, comida, servicios, personal que el necesario para el desarrollo de otras prestaciones

Las Instituciones que brindaban servicios y prestaciones en la primera mitad del siglo XX, respondían a los tipos de modelos que se impusieron desde Europa. Desde la segunda mitad del Siglo XIX, Bismarck en el año 1869, crea un Modelo Corporativista Estatal de Ayuda Social por medio de aportes para consolidar un fondo de Seguros contra este tipo de riesgos cuya influencia se trasladó a nuestro país para la diagramación de políticas públicas que definían sistemas de cobertura de riesgos a los mayores.

La Iglesia por otra parte continuó ejerciendo el rol preponderante como prestadora de servicios de asistencia.

³⁸ DRA. NÉLIDA REDONDO Y METER SILVIA GASCÓN. Op. citada en 3

Por el ingreso a nuestro país de los inmigrantes europeos, también se trasladó el modelo de Sistemas de Mutualidades que con planes de protección social fraternal de organizaciones obreras, brindaban prestaciones y servicios en la primera mitad del siglo.

En este marco es que los afiliados sujetos de este estudio cuentan con la obra social de PAMI por tener cobertura provisional, derecho al que han accedido después de una larga lucha de la que muchos han sido partícipes activos por las características de su vinculación laboral a través de los gremios. De hecho un gran porcentaje de los centros de jubilados que hoy son efectores del Programa Probienestar y del Programa Nacional de Prevención corresponden a los gremios en que se desempeñaban en su vida activa.

En la primera mitad del siglo XX en nuestro país se origina el sistema seguridad social contributiva en 1904, cuando se crea la primera Caja de pensiones para los funcionarios de la Administración Pública Central y hasta el año 1944 se van incorporando al beneficio de la Seguridad Social, en el mismo régimen corporativista a los trabajadores Ferroviarios (1915); a los de Servicios Públicos (luz, gas, teléfono, telégrafo, tranvías); a trabajadores bancarios (1922); a trabajadores de la marina mercante, aeronáutica civil, gráficos y periodistas (1939). En 1945, de sólo el 7% de la población económicamente activa que recibía beneficios jubilatorios, con la creación de la Caja de los Empleados de Comercio se extiende la cobertura de la Seguridad Social, proceso que culmina con en 1954 con la Ley Nº 14370 que encuadra al sistema en la modalidad de reparto para brindar prestaciones de provisionales de jubilación ordinaria, por invalidez, pensiones por viudez y regimenes de retiro voluntario y anticipado. En 1956 se suma al sistema a los trabajadores de servicio doméstico que faltaban incorporar.

En 1958 con la Ley 14.499 se establece el criterio de proporcionalidad entre salario y jubilación, con la introducción del "82% móvil" como criterio de relación, pero que no está vigente su ejercicio.

El sistema Previsional Argentino comienza a sufrir una crisis de sustentabilidad por lo que no puede cumplir con las prestaciones comprometidas, lo que genera una avalancha de demandas judiciales.

En 1993-1994 se instrumenta la Reforma al sistema de Pensiones, con un sistema mixto público-privado de reparto y capitalizado, evidenciando un cambio de un sistema de prestaciones definidas del régimen de reparto en el marco del principio de igualdad (por tasa uniforme) a otro de cotización definida, transfiriendo al trabajador el financiamiento del

riesgo de la prestación en vejez en el marco del principio de equivalencia (sujeto a cotizaciones).

Para comprender la concepción de los servicios y prestaciones para personas mayores es importante hacer referencia a la situación imperante en el mundo en la primera mitad del Siglo XX. Primaba el "pensamiento único", como regla hegemónica fundada en el pensamiento del libre mercado, sujeto a intervenciones en los períodos de la guerra y si bien se pudo observar un crecimiento, éste colapsó en 1930 por la crisis financiera en el sistema, a la que la globalización liberal no pudo hacer frente. Se desembocó en la segunda guerra mundial, generando distintos tipos de reacciones. En los países de la periferia, en América Latina, surgieron nacionalismos populistas antiimperialistas.

En nuestro país surge el peronismo en 1940, que le da una fuerte impronta a la respuesta asistencial a las demandas de los pobres. Con el paradigma de la "justicia social" se crea la Fundación Eva Perón que cumple como brazo del Estado con la atención de los mismos. En este período se crearon instituciones asilares para albergar a adultos mayores y como ícono de primera inclusión de la problemática de los adultos mayores en la agenda pública, se declararon en el año 1949 los "Derechos de la Ancianidad".

El modelo de Bienestar como órgano ejecutor del Estado para la atención de la demanda de los sectores populares fue impuesto por la Social Democracia de Occidente. La primera mitad del Siglo XX culmina con la cristalización de la tercera generación de derechos que atienden la categoría de lo social, con la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en Estados Unidos en el año 1948, que son incorporados en la reforma Constitucional de nuestro país y que devienen en el marco normativo universal para la formulación de políticas asistenciales.

Los servicios y prestaciones que los distintos estados proponen para las personas mayores de la primera mitad del siglo XXI están influenciados por el proceso de cambios en los sistemas económicos, sociales y políticos. Como contrapartida se observa una "alternativa de globalización multipolar" configurando un escenario distinto donde los criterios de ciudadanía vinculados a los de nacionalidad han sido superados.

Estos procesos generan nuevos valores que culminan en una nueva categoría de concepción del hombre como sujeto de derechos, estrategia imprescindible para que en las diferentes regiones pueda garantizarse su desarrollo social.

La globalización de la economía como fenómeno ha provocado una serie de consecuencias que han obligado a modificar las bases de la Nación Estado. Está relativizado el poder soberano de los Estados y se ha fortalecido el valor adjudicado a las regiones, por lo que los individuos buscan en la ciudad o en ámbitos más cercanos poderes políticos próximos que lo protejan y ámbitos más cercanos de identificación cultural.

Si bien se observa un multiculturalismo en las regiones, los individuos requieren de una aceptación de valores universales mínimos y "pautas elementales de convivencia a cambio de igualdad políticas y jurídica".³⁹ Se observa que la Sociedad hoy se encuentra fragmentada, se ha perdido la homogeneidad de los grandes grupos sociales, se han dividido las clases sociales tales como se configuraban desde la revolución industrial; las demandas se han individualizado; se ha debilitado el modelo de familia tradicional como proveedora de bienestar del mismo modo que los núcleos elementales de integración social. Se ha perdido la confianza en la economía como proveedora de trabajo, ingresos y movilidad social así como en la educación y por último, no se confía en que desaparezca la marginalidad, sino que por el contrario, se agrandan los colectivos marginales con nuevas demandas al estado para garantizar su bienestar. En este marco el Estado Argentino para revertir esta situación, está implementando desde el año 2004 un cambio de modelo fortaleciendo su rol con una fuerte intervención tanto en los procesos de la economía de la nación como en el desarrollo de políticas inclusivas de protección y de redistribución del ingreso.

En la segunda mitad del siglo XX, las políticas que atienden a los adultos mayores dejan su sesgo geriátrico de atención de la enfermedad y evolucionan hacia una concepción gerontológica de abordaje interdisciplinario con énfasis en la prevención de las situaciones de riesgo. Como se ha presentado con anterioridad, en Francia, el informe de la Comisión de Estudio de los problemas de la Vejez (informe Larroque) define desde su título, Política de Vejez un cambio de paradigma en su orientación al evitar desde distintas estrategias la institucionalización de los adultos mayores. "A la concepción asistencialista prevalente se le opone la alternativa de la Politique du troisième âge ...El enfoque francés se convierte a

³⁹ BORJA JORDI. "Ciudadanía y Globalización". Clad. Reforma y Democracia. Nº 22.- Febrero de 2002

partir de ese momento en el paradigma de la estructuración de políticas para los adultos mayores⁴⁰

Las nuevas demandas se transforman en nuevos derechos que deben atender los Estados en el Siglo XXI y se constituyen por su evolución en los de Cuarta Generación, que se presentan a continuación siguiendo el análisis de Jordi Borja:

- Del derecho a la vivienda al derecho a la ciudad (el espacio público es una condición básica para la existencia de ciudadanía)
- Del derecho a la educación al derecho a la formación: vinculada al trabajo
- Del derecho a la asistencia sanitaria al derecho a la salud y a la seguridad: Las causas que afectan la salud son múltiples y la respuesta es insuficiente pues no incluye sistemas de prevención, vigilancia, asistencia personalizada y represión de conductas que afectan a la salud y a la seguridad del conjunto
- Del derecho al trabajo al derecho del salario ciudadano: desde el nacimiento o desde la mayoría de edad , por desempleo o a cambio de trabajo social , en el marco de la riqueza social que supera la monetaria
- Del derecho al medio ambiente al de la calidad de vida como posibilidad de desarrollarse culturalmente
- Del derecho a un status jurídico igualitario al derecho a la inserción social, jurídica y política para igualar el status legal de las personas que viven en el mismo territorio; reconocer su derecho a la identidad, estimular la multiculturalidad y la interculturalidad, con la aceptación de valores universales. También deben incluirse en las políticas públicas la inclusión de los que sufren handicaps físicos o mentales, niños y viejos en situación de vulnerabilidad
- De los derechos electorales al derecho a una participación política múltiple, deliberativa, diferenciada territorialmente con diversidad de procedimientos y mediante actores o instrumentos diversos
- Del derecho a la información política al derecho a la comunicación y acceso a las tecnologías de información
- Del derecho a la libertad de expresión y asociación al derecho a constituir y que sean reconocidas redes transnacionales o transfronterizas, a acceder a las informaciones

⁴⁰PAOLA JORGE, LILIANA PENAS, MARÍA DEL PILAR FERNÁNDEZ, OFELIA PEREZ, LAURA MARTÍNEZ Y MÓNICA DEMARCO. "Construyendo el Trabajo Social con Adultos Mayores" Consejo de Graduados en Servicio Social – Espacio Editorial – Buenos Aires

sociales y económicas "globales" a plantear conflictos y a establecer negociaciones a escalas supra estatales.

- Del derecho a la lengua y cultura propias a la identidad colectiva y la autodeterminación en nuevos marcos políticos complejos: revalorizando los nacionalismos sub estatales, las regiones metropolitanas, los pequeños municipios y el barrio.- en lo sociocultural se reivindica lo No Urbano, el cuidado de los espacios naturales.-

El objetivo de lo Social Asistencial en este nuevo paradigma de la Sociedad de Bienestar es brindar calidad de vida a la población según lo que ésta interpreta o desea para sí misma en, en el marco de los derechos universales que los comprenden.

El Estado Argentino encuadra sus respuestas en el marco de la Sociedad de Bienestar, situación que se puede observar en particular para los adultos mayores y de las mismas que se han mencionado con anterioridad, se presentan las que han tomado desde el PAMI por la relación de este estudio con el programa Nacional Socio Preventivo, poniendo en evidencia la evolución de los paradigmas en base a los que se hicieron las modificaciones:

En el año 1961 se crea el PAMI para dar cobertura socio sanitaria a los adultos mayores y sus grupos familiares y desde sus inicios incluyó lo social asistencial como uno de sus pilares pero siempre en concordancia con la evolución del paradigma mencionado en el párrafo anterior para cada período histórico.

Inicia con atención individual de las situaciones personales de vulnerabilidad, fragilidad y/o dependencia a través de subsidios y programas.

En el año 1992 por resolución 1517 crea el PROGRAMA PROBIENESTAR con inserción comunitaria para atender la población focalizada como más vulnerable, realizando acciones de atención alimentaria y el desarrollo de actividades recreativas, de alfabetización, físicas y cognitivas entre otras, a través de la red de efectores conformada por los Centros de Jubilados, acompañados por equipos de técnicos del PAMI trabajando en terreno.

En el año 2004 se define por Resolución 284/04 "EL NUEVO MODELO PRESTACIONAL" que transformó el modelo de gestión y contratación prestacional y que incluye en el marco

de los requerimientos de los planes internacionales de atención al envejecimiento mencionados, programas progresivos de prevención.

Realiza un cambio de paradigma al cambiar la sigla de PAMI que en sus inicios se refería a Programa Asistencial Médico Integral definiéndola por resolución con el nombre de POR ADULTOS MAYORES INTEGRADOS.

A la fecha las Prestaciones Sociales se brindan en forma progresiva conforme a la necesidad de los afiliados con su inclusión en programas preventivos como los de la Res. 585; de atención a la vulnerabilidad a través de programas de subsidios (PROSAR) y de Seguridad Alimentaria (Ex.Probienestar) y por último los de atención a la dependencia a través de programas de Internación En Residencias Geriátricas y de Auxiliares Gerontológicos Domiciliarios.

En el año 2008 crea el Programa Nacional de Promoción y Prevención Socio Comunitaria por Res 585 "asumiendo como Política Social la responsabilidad prestacional de implementar un programa preventivo socio comunitario, multidimensional cuyo marco teórico está constituido por los criterios de fragilidad personal, vulnerabilidad social, la adhesión a las teorías de la comprensión de la morbilidad y de la actividad con significado y reconocimiento como derecho de los adultos mayores en poder acceder a un envejecimiento con plenitud, con el propósito de lograr la participación e integración sustentable del beneficiario como ciudadano en su medio comunitario."⁴¹

Sus componentes son: Envejecimiento activo, Educación para la Salud y Derechos y Ciudadanía.

Las acciones sanitarias en nuestro país, las del PAMI en particular, desde su enunciación a la fecha, estuvieron condicionada a las realidades económicas y sociales de los distintos gobiernos que conforme a su ideología, asignaron al Estado distintos roles como administrador de los servicios públicos. En lo que respecta a la protección de los adultos mayores se observa una correspondencia de este rol con la de la evolución de los paradigmas del sujeto de la acción social desde su concepción de "pobre vergonzante", "beneficiario pasivo" a la de "sujeto de derecho".

⁴¹ PAMI. Programa Nacional de Promoción y Prevención Socio Comunitaria. Res. 585/08

4. Metodología.

4.1. Tipo de estudio.

Este estudio es de tipo descriptivo y correlacional. El análisis estadístico descriptivo se realizó mediante la construcción de tablas y gráficos de distribución de frecuencias acorde a la naturaleza de la variable.

Posteriormente para estudiar la asociación entre las variables de exposición propuestas y la participación en las actividades preventivas, se realizó en primera medida un análisis estratificado utilizando el software Stata, versión 11.0.

A continuación, para estimar la asociación de no participar en actividades preventivas de acuerdo a la situación demográfica y de vulnerabilidad de los sujetos se construyeron modelos de regresión logística múltiple (caso particular de los Modelos lineales Generalizados), elegidos para el caso de variables respuesta de tipo binario. En este trabajo se utilizó para analizar la asociación entre la variable dependiente de naturaleza dicotómica o binaria (Participación / No participación) y las variables independientes. Así mismo se consideró la influencia de las variables de ajuste (edad, sexo, estrato socio económico, nivel de instrucción entre otras).

4.2. Fuentes de datos/Herramientas de recolección utilizadas.

4.2.1. Fuentes de datos secundarios.

Para el desarrollo de este estudio se indagaron, como se ha presentado en el desarrollo del marco teórico, resultados de investigaciones previas sobre la evolución del fenómeno del envejecimiento poblacional y la participación de adultos mayores en programas de actividades físicas. Se ha recurrido a datos censales y su evolución con referencia al fenómeno del envejecimiento poblacional y datos socio demográficos de la población de afiliados del PAMI. Se han analizado además informes de los organismos internacionales sobre el fenómeno del envejecimiento. Se ha recurrido a literatura generada por expertos nacionales y extranjeros en temas del envejecimiento.

4.2.2. Fuentes de datos primarios, herramienta de recolección utilizada.

Se realizó, a través de un cuestionario, el relevamiento de la muestra de la población de afiliados de PAMI de la UGL III en situación de vulnerabilidad, sujetos de derecho de la prestación alimentaria directa de bolsón o comedor del Programa Probienestar.

El desafío de este estudio para superar la subjetividad del investigador por el marco de convenciones que lo involucran, fue dar visibilidad a los sentimientos de los afiliados transformándolos de objetos de este estudio en sujetos del mismo, mediante el diseño de un instrumento de recolección de la información que les permitiera expresarse.

Está también prevista la participación de los afiliados encuestados cuando se realicen las devoluciones de los resultados del presente trabajo en los Centros de Jubilados efectores del Programa Probienestar en cuyas sedes se realizaron las encuestas, para que contribuyan en las propuestas de modificaciones de los programas socio preventivos que los involucran.

Las variables consignadas en el formulario fueron de distinto tipo: nominales, ordinales y de razones.

Se procedió en algunos casos a realizar una simplificación del espacio de variables cuya amplitud de respuestas presentaba "la posibilidad de que en algunas de las posiciones se encuentren menos frecuencias que las necesarias para efectuar la manipulación estadístico - matemática"⁴²

Las encuestas fueron realizadas, previa capacitación, por el personal que conforma el Equipo Técnico del Programa Probienestar con sede en la ciudad de Córdoba y en las Agencias de PAMI que se encuentran en las distintas localidades del interior.

El instrumento utilizado estuvo conformado por baterías de preguntas relativas a distintos ítems que representaban el mismo campo.

⁴² BORSOTTI CARLOS. "Análisis de Datos: El concepto de propiedad espacio y la utilización de razones, tasas, proporciones y porcentajes. Técnicas de Investigación aplicadas a las Ciencias Sociales" Cap VIII. Jorge Papua Ed. Fondo de Cultura Económica México

Las preguntas fueron cerradas en su mayoría y en algunos casos de múltiples respuestas como las AAVD realizadas antes y ahora y las causas de participación o no en las mismas, requirieron de la codificación necesaria por categorías.

Los datos fueron codificados numéricamente.

Los campos en que se conformó el cuestionario fueron los siguientes:

Modalidad prestacional: Identificación por tipo de prestación nutricional de la que el afiliado es sujeto de derecho

Aspectos demográficos:

Situación familiar y doméstica

Dimensiones de género: varón y mujer

Respecto a la edad, como el mayor porcentaje de titulares del Probienestar cuenta con más de 60 años, se han distribuido los intervalos de edades a partir de esa cifra: menor a 60 años; de 61 a 65 años; de 66 a 70 años; de 71 a 75 años; de 76 a 80 años y más de 80 años.

Estado Civil: soltero, casado, conviviente, separado legal; separado de hecho; divorciado, viudo y otro.

Tamaño del grupo familiar: 1, 2 3 y 4 personas o más.

Conformación del grupo familiar: persona sola; titular con mayor a cargo; titular con menor a cargo; titular con otros autoválidos.

Situación de vulnerabilidad: Para la incorporación en el formulario de las distintas sub dimensiones de esta variable, se ha considerado que la misma "se expresa en la falta de ingresos para satisfacer necesidades; en la falta de resguardo adecuado; en limitaciones para protegerse de enfermedades; el no-acceso a servicios de educación y salud adecuados; en una nutrición insuficiente, lo que les impide a las personas mejorar sus condiciones de existencia" (Castell 1991)

Con el propósito de facilitar la definición de la situación de vulnerabilidad se conformó un índice mediante una reducción pragmática asignándole a cada subdimensión valores conforme al "Formulario de Análisis de vulnerabilidad y ponderación de riesgo socio Sanitario del PAMI", constituyendo para cada variable que se presenta a continuación, grados de alta, mediana y baja situación de vulnerabilidad, que se describen en la presentación gráfica de los resultados para facilitar su comprensión.

Considerando que las actividades preventivas están previstas para mejorar la calidad de vida de los afiliados se ha considerado esta variable atento a que de la población de afiliados, los sujetos de derecho del programa Probienestar son los que presentan en mayor grado situaciones deficitarias, que de un modo u otro están incidiendo en la no inclusión de los mismos en las actividades preventivas.

Condición habitacional: Se consideró como medida de vulnerabilidad respecto a la condición de habitabilidad, a la necesidad básica insatisfecha (NBI) representada por viviendas usurpadas o alquiladas; en estado regular o malo de conservación; ubicadas en villa de emergencia o asentamientos y que generen hacinamiento y promiscuidad, sobre la base del criterio de INDEC por reconocer que las viviendas de este tipo al ser viviendas precarias representan alguna carencia respecto a la infraestructura mínima compatible con la dignidad humana.

Tenencia: propia; cedida; alquilada; usurpada.

Estado: bueno; regular y malo.

Ubicación: villas de emergencias; asentamiento; barrio de vivienda social; barrio de vivienda residencial.

Servicios: agua, electricidad, eliminación de excretas y gas.

Condición Económica: Se considera como medida de vulnerabilidad la falta de ingresos suficientes para atender necesidades básicas.

Se determinaron los siguientes intervalos, considerando que la frecuencia se distribuiría con mayor representación hasta los \$3000 para aquellos casos en que perciban dos beneficios provisionales mínimos: 0 a \$1000; \$1001 a \$2000; \$2001 a \$3000; más de \$3000.

Condición Educativa: Se consideró como medida de vulnerabilidad el nivel educativo primario completo o de grado menor, incluyendo al analfabeto ya que el nivel educativo mínimo acorde con las necesidades de la vida moderna, correspondería al secundario incompleto que favorece el sistema de adaptación a situaciones de riesgo, en particular en este grupo de afiliados. Las sub dimensiones incluidas para definir este nivel fueron: analfabeto, primario incompleto; primario completo; secundario incompleto; secundario completo; terciario incompleto y completo o en curso. También se incorporó el de alfabetización en curso.

Condición Sanitaria: Se considera como situación de vulnerabilidad la presencia de auto percepción del estado de salud por parte del afiliado como muy mala, mala o regular; el padecimiento de enfermedades; la falta de controles médicos o la falta de consulta anual y la falta de derivación del médico al desarrollo de actividades preventivas.

Percepción propia del estado de salud: mala; regular; buena; muy buena; excelente

Padecimiento de enfermedades: sí o no

Periodicidad de controles médicos: más de un año; una vez al año; dos a cuatro veces al año; más de cuatro veces al año.

Derivación del médico a controles preventivos: sí o no

Condición relacional: Se considera como variable de vulnerabilidad social la que hace referencia a la calidad de relaciones con los otros y al estado de situación de las personas en sus comunidades, teniendo en cuenta su respuesta a la oferta institucional para la inclusión en actividades que disminuyan su situación de riesgo. Para la indagación de este tipo se ha considerado el desarrollo de las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) que realizaba en el pasado antes de jubilarse y las que desarrolla en la actualidad vinculadas a la situación relacional con parientes, amigos o vecinos; actividades culturales, cognitivas, manifestaciones artísticas; representaciones políticas; ejercicio por la defensa de derechos y acciones solidarias.

Participación en actividades preventivas de PAMI: Para indagar sobre la vinculación de los sujetos de derecho de las prestaciones del programa de Probienestar se consultó sobre los siguientes aspectos:

Participación en alguna de las actividades preventivas de PAMI: sí o no

En caso de no participar, manifestación de la causa de tal decisión: no le interesa; no le gusta; no le ve utilidad, no puede por su cuerpo; no tiene recursos económicos; no tiene tiempo por cuida a otros; los horarios no son adecuados; el lugar es inaccesible; la zona es peligrosa; otras.

4.3. Universo, muestra y unidad de análisis.

La unidad de análisis de este estudio es el sujeto de derecho del Programa de Seguridad Alimentaria (Ex Probienestar) titular de las modalidades de prestación alimentaria directa de bolsón o de comedor y conforman un universo de 35.617 afiliados para la primera modalidad y 770 para la segunda.

Con un margen de error aceptado de 10%, se estableció una muestra de 198 unidades.

Fórmula:

$$N / (0,01)^2 (N-1) + 1$$

El universo que conforman los afiliados sujetos de este estudio, se distribuyen en el ámbito de la Unidad de Gestión Local III en la capital, con jurisdicción en la ciudad de Córdoba y en los Departamentos del interior provincial (Ver Anexo). Por este motivo y para que la muestra sea representativa de ambas poblaciones se distribuyó del siguiente modo:

N de Capital: 12.132 Muestra: 92

N de Interior: 24.255 Muestra: 96

Se presentan a continuación las tablas que muestran el proceso de asignación de unidades maestras. Por la dispersión de la población titular de las prestaciones de comedor o bolsón del programa Probienestar, resultó necesario definir zonas que agruparan los distintos departamentos que las conforman, teniendo en cuenta su proximidad geográfica y similitudes socioeconómicas, con el objeto de garantizar la representación porcentual de todos los afiliados atendidos desde los Centros de Jubilados que conforman la red de efectores comunitarios.

La selección de las unidades fue de tipo causal, ya que una vez asignada a cada zona la cantidad de unidades que les correspondía, los Técnicos de Campo debían seleccionar de cada Centro de Jubilados una unidad al azar.

CUADRO 11: CONFORMACIÓN POBLACIONAL Y PRESTACIONAL DE PROBIENESTAR DE ADULTOS MAYORES DE CÓRDOBA POR DEPARTAMENTOS							
Departamento	Población	Adultos mayores (14.5%)	Usuarios PPB Bolsón	Usuarios PPB Comedor	Total Usuarios PPB	Usuarios PPB /Adultos.	% PPB por Dptos
Calamuchita	54.784	7.943	535		535	7	2.20
Colón	224.487	32.550	2447	55	2502	8	10.31
Cruz del Eje	58.978	8.552	1493	96	1589	18	6.55
Gral San Martín	127.573	18.498	2109	44	2153	11	8.87
Ischilín	31.539	4.573	592	33	625	13	2.58
Juarez Celman	61.037	8.850	1302	54	1356	15	5.59
Marcos Juárez	104.774	15.192	547		547	3	2.25
Minas	4.695	681	108		108	16	0.46
Pocho	5.314	770	234	18	252	30	1.05
Punilla	177.353	25.716	2960		2960	11	12.20
Río Primero	46.704	6.772	575		575	8	2.37
Río Seco	13.238	1.919	387		387	20	1.61
Río Segundo	103.303	14.979	1164		1164	8	4.80
San Alberto	36.919	5.353	478	69	547	9	2.25
San Javier	53.403	7.743	1527		1527	20	6.29
San Justo	204.877	29.707	2273	76	3349	8	13.80
Santa María	97.114	14.081	729		729	5	3.01
Sobremonte	4.920	713	564		564	79	2.32
Tercero Arriba	109.340	15.854	1237		1237	8	5.09
Totoral	18.410	2.669	308		308	11	1.28
Tulumba	12.687	1.840	314		314	17	1.30
Unión	105.422	15.286	927		927	6	3.82
TOTAL			22810	445	24255		100%

CUADRO 12: CONFORMACIÓN POBLACIONAL Y PRESTACIONAL DE PROBIENESTAR DE ADULTOS MAYORES DE CÓRDOBA EN LA ZONA NOR ESTE					
Departamento	Población	Adultos mayores (14.5%)	Usuarios PPB Bolsón	Usuarios PPB Comedor	Total Usuarios PPB
San Justo	204.877	29.707	2273	76	3349
Río Primero	46.704	6.772	575		575
Río Segundo	103.303	14.979	1164		1164
	354.884	51.458	4012	76	5088

CUADRO 13: CONFORMACIÓN POBLACIONAL Y PRESTACIONAL DE PROBIENESTAR DE ADULTOS MAYORES DE CÓRDOBA EN LA ZONA NOR OESTE					
Departamento	Población	Adultos mayores (14.5%)	Usuarios PPB Bolsón	Usuarios PPB Comedor	Total Usuarios PPB
Cruz del Eje	58.978	8.552	1493	96	1589
Ischilín	31.539	4.573	592	33	625
Minas	4.695	681	108		108
Pocho	5.314	770	234	18	252
Río Seco	13.238	1.919	387		387
San Alberto	36.919	5.353	478	69	547
San Javier	53.403	7.743	1527		1527
Sobremonte	4.920	713	564		564
Totoral	18.410	2.669	308		308
Tulumba	12.687	1.840	314		314
	240.103	34.813	6005	216	6221

CUADRO 14: CONFORMACIÓN POBLACIONAL Y PRESTACIONAL DE PROBIENESTAR DE ADULTOS MAYORES DE CÓRDOBA EN LA ZONA SUR OESTE					
Departamento	Población	Adultos mayores (14.5%)	Usuarios PPB Bolsón	Usuarios PPB Comedor	Total Usuarios PPB
Calamuchita	54.784	7.943	535		535
Juarez Celman	61.037	8.850	1302	54	1356
Tercero Arriba	109.340	15.854	1237		1237
	225.161	32.647	3074	54	3128

CUADRO 15: CONFORMACIÓN POBLACIONAL Y PRESTACIONAL DE PROBIENESTAR DE ADULTOS MAYORES DE CÓRDOBA EN LA ZONA SUR ESTE					
Departamento	Población	Adultos mayores (14.5%)	Usuarios PPB Bolsón	Usuarios PPB Comedor	Total Usuarios PPB
Gral San Martín	127.573	18.498	2109	44	2153
Marcos Juárez	104.774	15.192	547		547
Unión	105.422	15.286	927		927
	337.769	48.976	3583	44	3627

CUADRO 16: CONFORMACIÓN POBLACIONAL Y PRESTACIONAL DE PROBIENESTAR DE ADULTOS MAYORES DE CÓRDOBA EN LA ZONA CENTRO

Departamento	Población	Adultos mayores (14.5%)	Usuarios PPB Bolsón	Usuarios PPB Comedor	Total Usuarios PPB
Colón	224.487	32.550	2447	55	2502
Punilla	177.353	25.716	2960		2960
Santa María	97.114	14.081	729		729
	498.954	72.347	6136	55	6191

CUADRO 17: CONFORMACIÓN POBLACIONAL Y PRESTACIONAL DE PROBIENESTAR DE ADULTOS MAYORES DE CÓRDOBA EN CAPITAL

Departamento	Población	Población adultos mayores 14.5%	Usuarios PPB Bolsón	Usuarios PPB Comedor	Total Usuarios PPB
Capital	1.330.000	192.853	11877	255	12.132

CUADRO 18: ASIGNACIÓN DE n POR ZONA

Departamento	Población	Población adultos mayores 14.5%	Usuarios PPB Bolsón	Usuarios PPB Comedor	Total Usuarios PPB	%	n
ZONA NOR ESTE	354.884	51.458	4012	76	5088	14	28
ZONA NOR OESTE	240.103	34.183	6005	216	6221	17	34
ZONA SUR ESTE	337.769	48.796	3583	44	3627	10	19
ZONA SUR OESTE	225.161	32.647	3074	54	3128	8	16
ZONA CENTRO	498.964	72.347	6136	55	6191	17	34
CAPITAL	1.330.000	192.853	11877	255	12.132	33	65
					36.387	100	198

5. Desarrollo.

5.1. Descripción de la población según modalidad prestacional y tipo de participación.

Para la descripción de las características demográficas, previamente se ha clasificado a los afiliados por el tipo de prestación social nutricional que reciben.

Conforme se presenta en el siguiente cuadro, puede observarse el predominio de perceptores de la modalidad de BOLSÓN, con un 92,48% de representación contra un 7,58% de aquellos que perciben COMEDOR.

CUADRO 19: DESCRIPCIÓN DE AFILIADOS POR PRESTACIÓN	
AFILIADOS QUE PERCIBEN COMEDOR	7,58%
AFILIADOS QUE PERCIBEN BOLSÓN	92,42%

Se ha considerado la distribución de los afiliados según si participan o no en las actividades socio preventivas del PAMI. En el siguiente cuadro podemos observar un predominio de los que no participan con una incidencia aproximada al 80%.

CUADRO 20: DESCRIPCIÓN DE AFILIADOS POR DECISIÓN DE PARTICIPACIÓN	
AFILIADOS QUE NO PARTICIPAN	78,79%
AFILIADOS QUE SÍ PARTICIPAN	21,21%

El comportamiento de los grupos de usuarios de las prestaciones sociales de Comedor y de Bolsón, para cada una de las posibilidades que se muestra a continuación, nos permite observar distintos resultados respecto a su participación o no en las mencionadas actividades. Los afiliados de comedor que no participan representan el 53% de este grupo, en cambio los afiliados que reciben bolsón que no participan representan del 80,87%.

GRÁFICO 1: PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES SOCIO PREVENTIVAS DE AFILIADOS QUE ASISTEN A COMEDORES

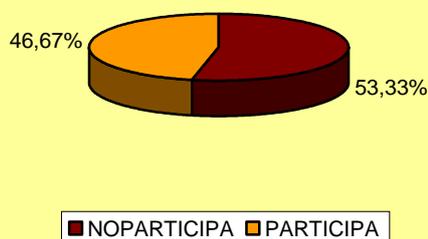
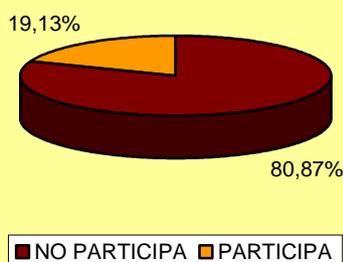


GRÁFICO 2: PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES SOCIO PREVENTIVAS DE AFILIADOS TITULARES DE PRESTACIÓN DE BOLSÓN



Es necesario aclarar que la frecuencia de asistencia para la percepción de ambas prestaciones sociales es diferente, ya que los afiliados que reciben Comedor lo hacen de lunes a viernes y los de Bolsón lo hacen una vez al mes.

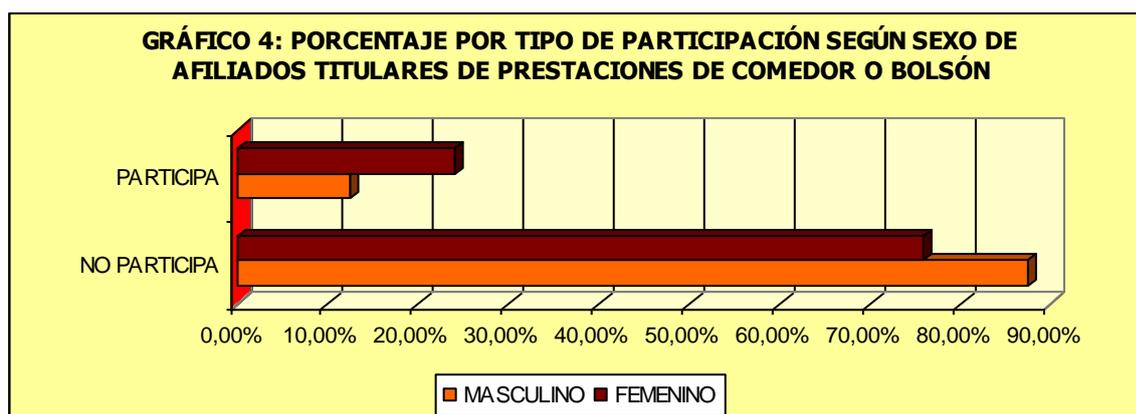
5.2 Participación de los afiliados titulares de las prestaciones de comedor y bolsón según aspectos socio demográficos.

5.2.1 Descripción por sexo.

Del total de afiliados encuestados la mayoría, con una representación del 75,76% corresponde a las mujeres y el 24,24 % restante a los varones. Este predominio corresponde a la feminización de la población que como se ha observado en el Censo Nacional de población, hogares y vivienda las mujeres representan el 51,33% y en el caso de los mayores de 65 años representan el 59%.



Respecto al comportamiento de los varones y mujeres según su inclusión en las actividades socio preventivas, se observa, según se muestra en el siguiente gráfico que los varones que no participan tienen una representación del 85%, superando el porcentaje de mujeres que no asisten a las actividades mencionadas que es del 78%.



5.2.2. Descripción por edad.

Atento a que el mayor porcentaje de afiliados sujetos de derecho del Programa Probienestar cuenta con más de 60 años, se han distribuido los intervalos de edades a partir de esa cifra.

De la población relevada se observa que el mayor porcentaje tiene entre 61 y 70 años, representando el 50,50% del total.

Los porcentajes de personas de 71 a 80 años tienen una representación del 25,25%.

Es significativo el porcentaje de afiliados de más de 80 años con una representación del 13,14%.

CUADRO 21: ENCUESTADOS POR TRAMOS DE EDADES	
TRAMOS DE EDADES	%
MENOS DE 60 AÑOS	11,11%
61 A 65 AÑOS	23,73%
66 A 70 AÑOS	26,77%
71 A 75 AÑOS	11,11%
76 A 80 AÑOS	14,14%
MÁS DE 80 AÑOS	13,14%
TOTAL	100,00%

De los afiliados que no participan, tienen mayor incidencia aquellos cuyas edades se encuentran entre los tramos de menos de 60 años y de más de 76 años; en cambio, los que sí participan en las actividades socio preventivas predominan en los intervalos entre 61 a 75 años.

CUADRO 22: ENCUESTADOS POR EDAD Y TIPO DE PARTICIPACIÓN		
TRAMOS DE EDADES	NO PARTICIPA	PARTICIPA
MENOS DE 60 AÑOS	12,82%	4,76%
61 A 65 AÑOS	20,51%	35,71%
66 A 70 AÑOS	26,28%	28,57%
71 A 75 AÑOS	10,26%	14,29%
76 A 80 AÑOS	14,74%	11,90%
MÁS DE 80 AÑOS	15,49%	4,77%

No se registra diferencia significativa entre la edad media de los afiliados que no participan que es de 69 años comparada con la media de 67 años de los que sí lo hacen.

Resulta necesario destacar el dato de la edad máxima registrada de 83 años entre los afiliados que sí participan en las actividades socio preventivas.

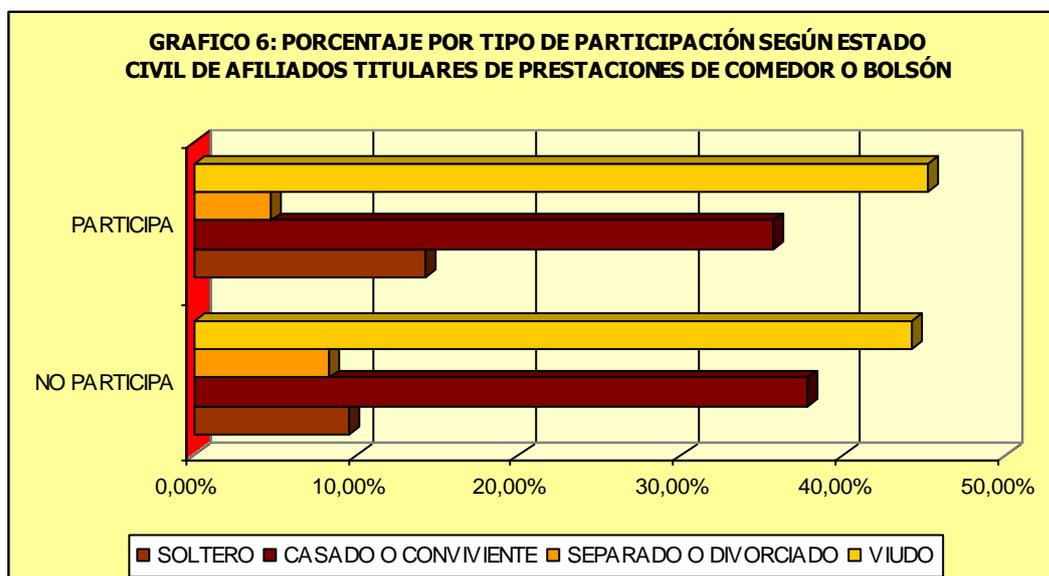
CUADRO 23: EDADES SIGNIFICATIVAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN			
TIPO DE PARTICIPACIÓN	MEDIA	EDAD MÍNIMA	EDAD MÁXIMA
NO PARTICIPAN	69	29	98
SÍ PARTICIPAN	68	51	83

5.2.3. Descripción por el estado civil.

Respecto al estado civil de los encuestados, predominan los viudos con una representación del 44,44%; le siguen en orden de importancia los casados con 37,37%; con menor representación figuran los solteros (10,61%) y los separados y/o divorciados (7,58%).

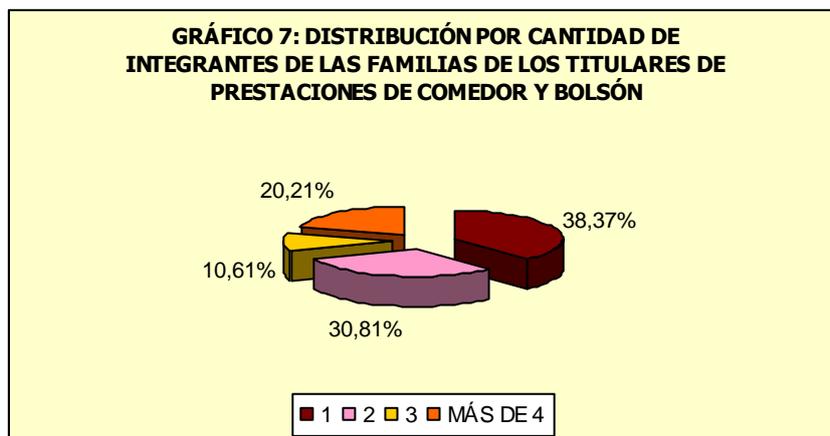


Se observa que el comportamiento de los afiliados según si participan o no en las actividades socio preventivas, no se diferencia por el estado civil de los encuestados. Atento a lo que se presenta en el siguiente gráfico, no se registran diferencias que superen el 5%, por lo que esta variable no tendría significación como factor determinante de la no participación.

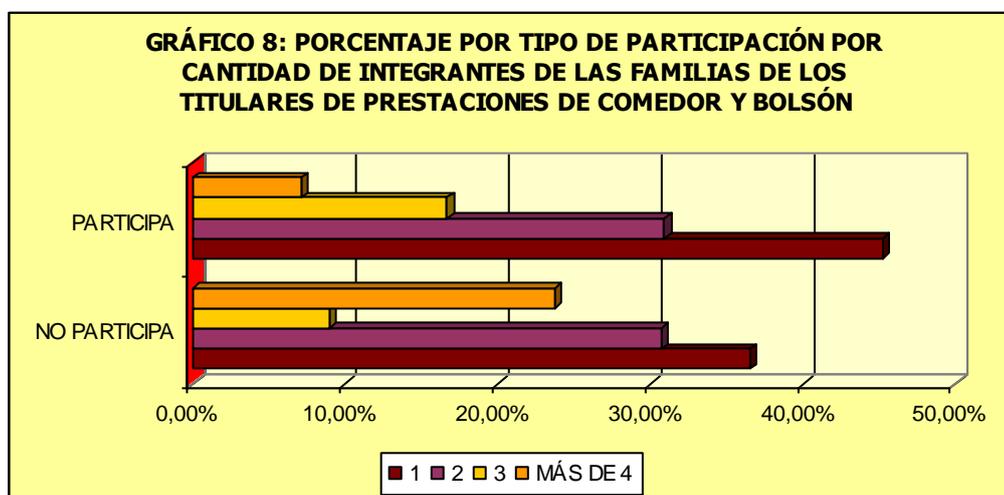


5.2.4. Descripción por cantidad de integrantes de las familias.

Se observa que el mayor porcentaje (38,37%) lo constituyen familias compuestas por un solo integrante, siguiéndole en orden de importancia los compuestos por dos personas (30,81%).



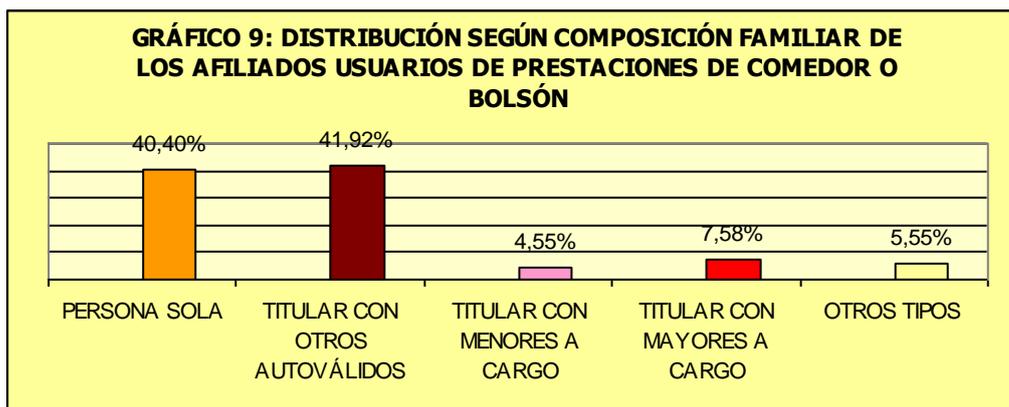
Se observa que las personas que viven solas tienen un mayor porcentaje de participación en las actividades socio preventivas, lo que se repite en los afiliados con familias de tres miembros; en el caso de los afiliados que conforman familias de dos miembros, es similar la respuesta a la participación y por último es singular la diferencia de los afiliados que no participan con los que sí lo hacen en aquellos que conforman grupos familiares de cuatro o más miembros.



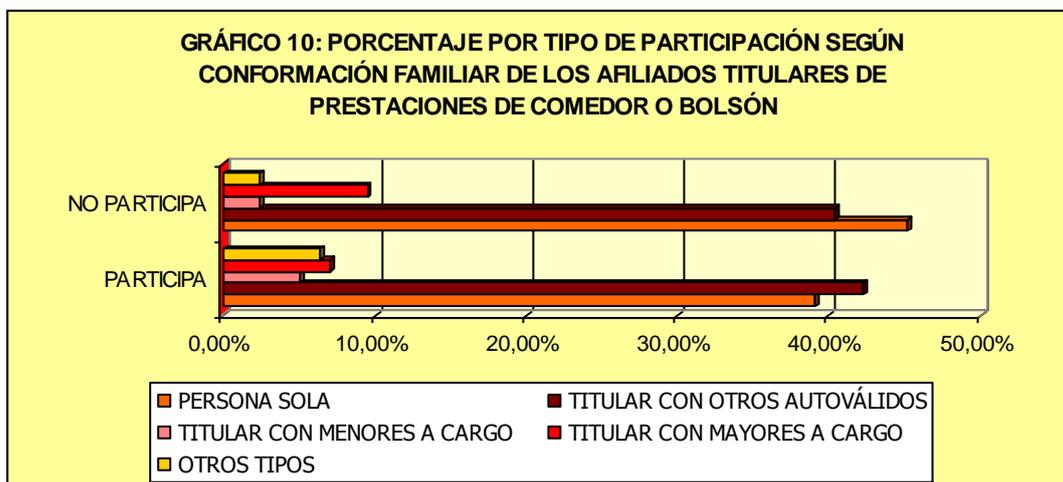
5.2.5. Descripción por composición de los grupos familiares:

Se ha considerado esta dimensión de la variable para conocer aquellos casos en los que el tipo de familia que conforman pueden incidir en la decisión de participar del afiliado en las actividades socio preventivas, atento a que muchos de ellos son cuidadores informales de adultos mayores dependientes a su cargo y/o de menores que dejan a su cuidado y que limitan sus posibilidades de participación.

Los grupos familiares de los afiliados se componen en su mayoría por el titular del beneficio previsional conviviendo con otras personas autoválidas (41,92%) y le siguen con similar representación las personas solas (40,40%); en tercer lugar se observa con una incidencia del 12,13%, los afiliados que tienen familiares a cargo se distribuyen según si conviven con mayores en un 7,58% o con menores en un 4,55%.



En cuanto al porcentaje por tipo de participación según la composición familiar de los afiliados encuestados, se observa que las personas solas son las que menos participan en el mayor porcentaje de los casos llegando a superar el 45%. Se destacan con mayor grado de participación los titulares que conviven con otras personas autoválidas.

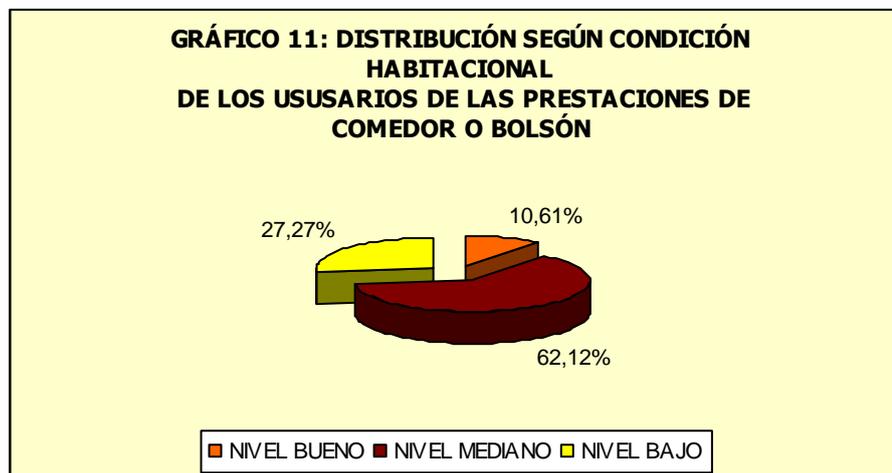


5.3 Participación de los afiliados titulares de las prestaciones de comedor y bolsón según su situación de vulnerabilidad socio económica:

5.3.1. Descripción por condición habitacional:

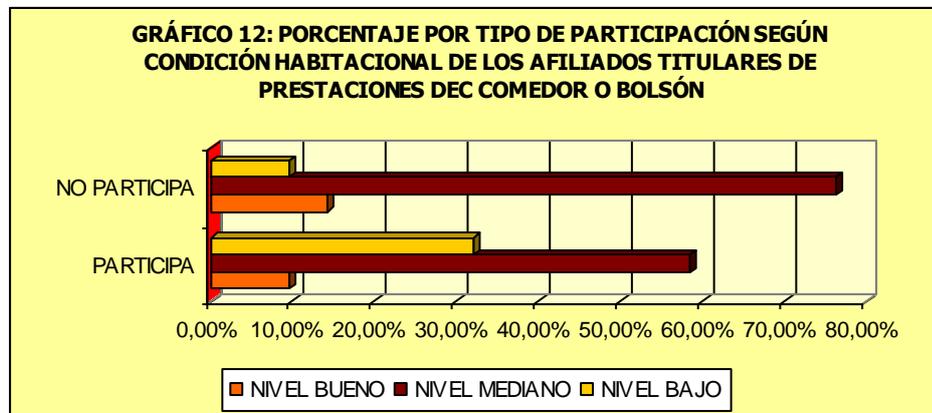
Con el propósito de facilitar la definición de la situación de vulnerabilidad habitacional se conformó un índice mediante una reducción pragmática asignándole a cada subdimensión valores conforme al "Formulario de Análisis de vulnerabilidad y ponderación de riesgo socio Sanitario del PAMI"

La distribución de los afiliados sujetos de derecho de las prestaciones de comedor o bolsón que se presenta en el siguiente gráfico muestra que el mayor porcentaje tiene un nivel habitacional medio (62,12%); siguiéndole en segundo orden los de nivel bajo (27,27%) y por último los de nivel bueno (10,61%).

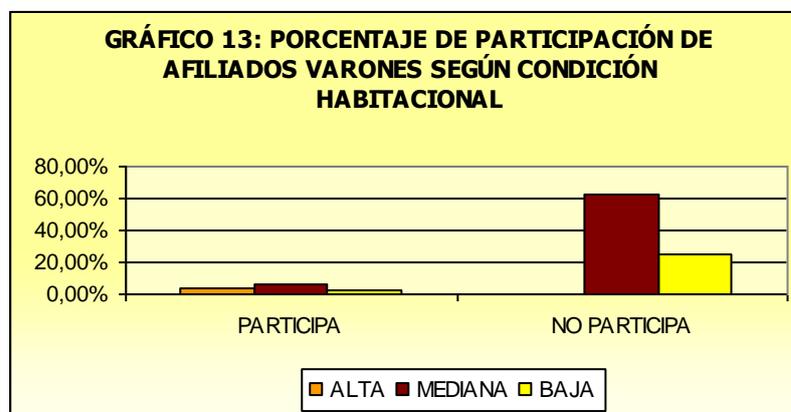


La participación de los afiliados según su condición habitacional pone en evidencia en el siguiente gráfico que si bien en los dos grupos el mayor porcentaje corresponde a los de mediano nivel habitacional, se diferencia llegando a más de 70% entre los que no participan de las actividades. También es mayor el porcentaje de personas de nivel alto habitacional entre los que no participan, superando el 10%. En cambio, los afiliados de nivel bajo

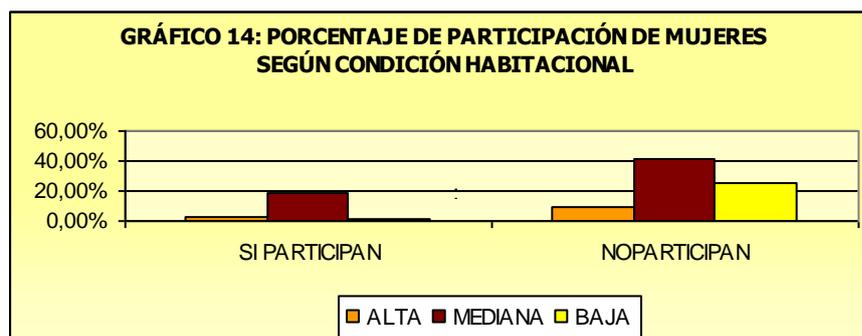
habitacional no alcanzan el 10% entre los que no participan y se destacan superando el 30% entre los que sí participan.



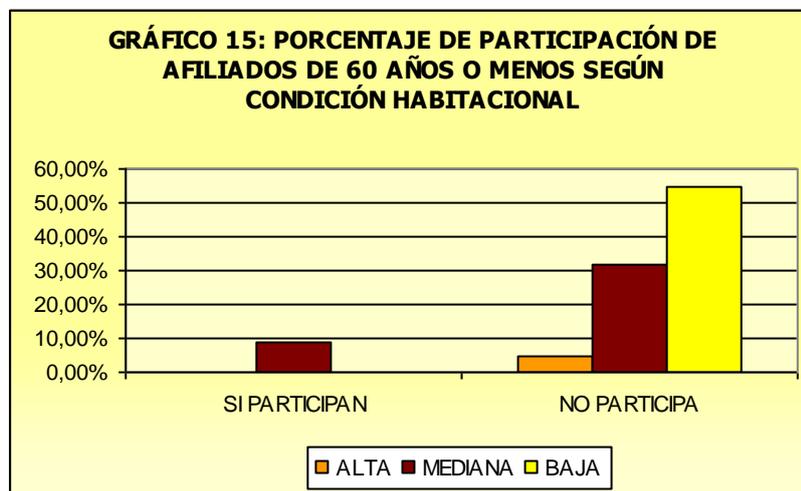
Respecto a la participación por sexo de los afiliados según su condición habitacional, se observa en primer lugar entre los varones, el predominio de los que tienen condición habitacional media con más del 60% de representación entre los que no participan, siguiéndole en tercer lugar los de condición habitacional baja también entre los afiliados que no participan con más del 20%.



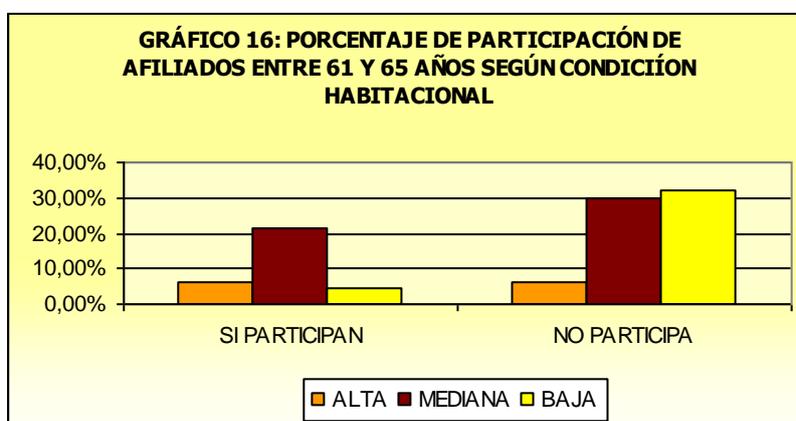
En cuanto a las afiliadas, se observa que se destacan en primer lugar las de condición habitacional mediana con un 40% entre las que no participan y le sigue en segundo lugar las de condición habitacional baja con más del 20% de representación para la misma categoría.



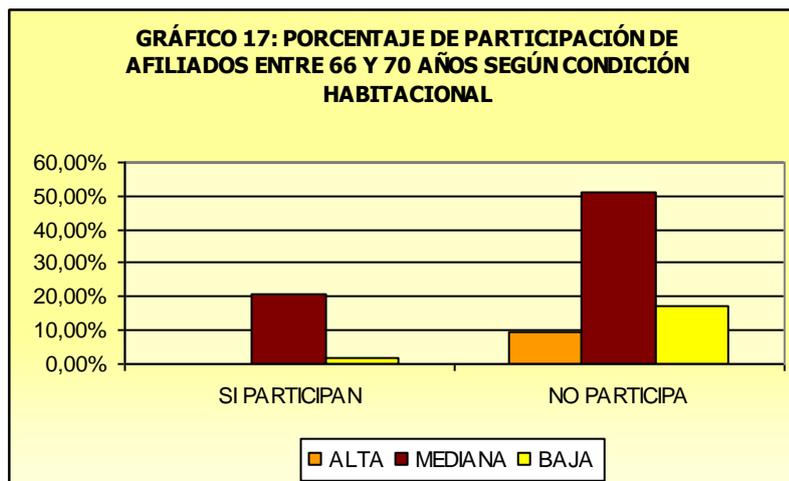
Respecto al comportamiento de la participación de los afiliados según su condición habitacional conforme a sus edades, se observa entre los que tiene 60 años o menos, que se destacan los de condición habitacional baja entre los que no participan con más del 50% de representación.



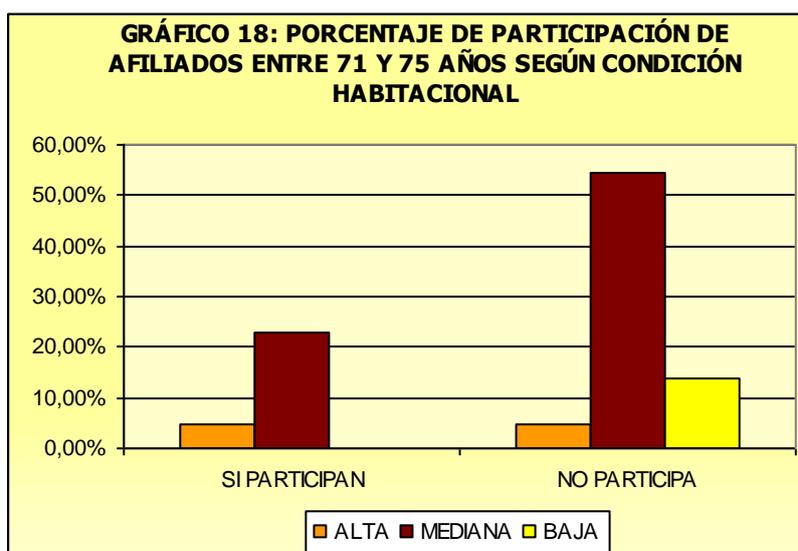
Entre los afiliados de 61 y 65 años, se observa que predominan los de condición habitacional baja entre los que no participan con más del 30%. Con porcentaje aproximado le siguen en segundo lugar los que tienen condición habitacional mediana, también entre los que no participan.



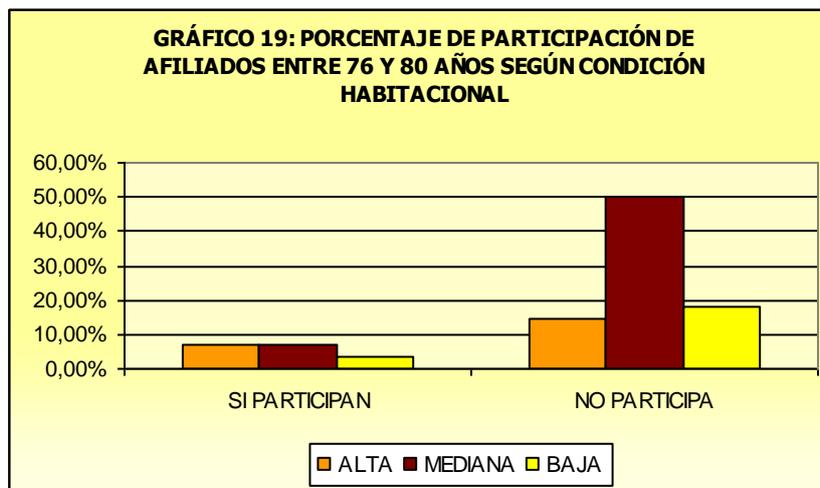
En cuanto a los afiliados entre 66 y 70 años, se destaca en primer lugar aquellos que tiene una condición habitacional mediana con más del 50% entre los que no participan, siguiéndole en segundo lugar también los de condición habitacional mediana entre los que los que sí participan. En tercer lugar, los de condición habitacional baja representan el 18% aproximado entre los que no participan.



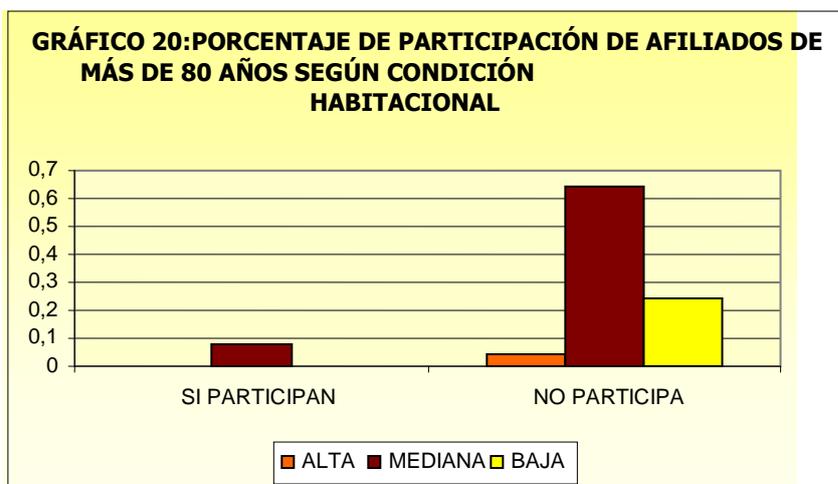
Los afiliados entre 71 y 75 años, tienen en más del 50% de los casos condición habitacional mediana entre los que no participan; siguen en segundo lugar también los de condición mediana pero entre los que no participan con el 20% y en tercer lugar los de condición habitacional baja entre los que no participan con el 12% de representación.



Entre los afiliados de 76 a 80 años se observa predominio de las condiciones habitacionales mediana (50%) siguiéndole en segundo lugar las de condición baja (18%) aproximado entre los que no participan. Se destaca la representación alcanzada por los que tienen condición habitacional alta y que no participan con más del 10%.



Entre los afiliados de más de 80 años se destacan los de condición habitacional media, representados en un 60 %. Le siguen en segundo orden los de condición baja con el 22%, ambos entre los que no participan.

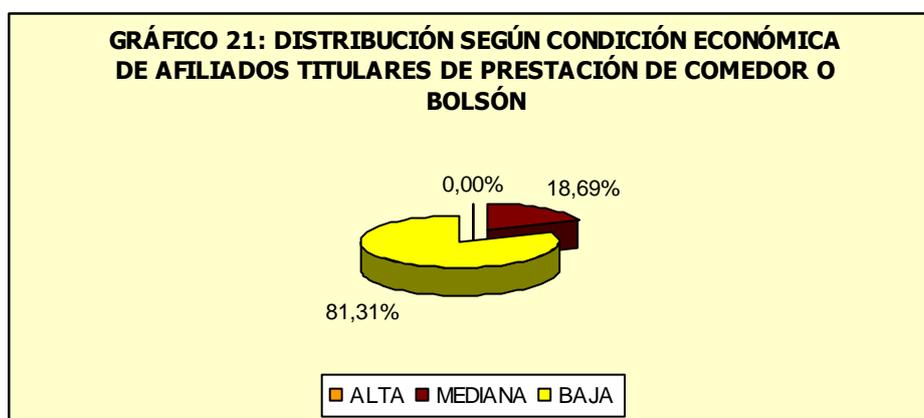


5.3.2. Descripción según condición económica.

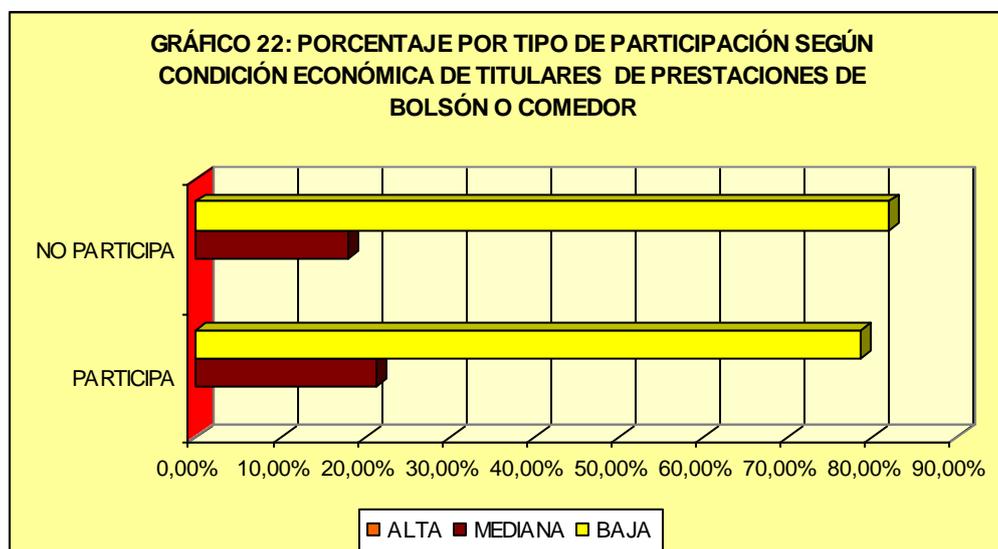
Con el propósito de facilitar la definición de la situación de vulnerabilidad económica, se conformó un índice mediante una reducción pragmática asignándole a cada subdimensión valores conforme al comportamiento de ingresos del conjunto de afiliados a PAMI en relación a los criterios de Análisis de vulnerabilidad y ponderación de riesgo socio sanitario que considera la Obra Social.

Corresponden a la dimensión baja aquellos grupos familiares que no superan los \$ 2.500; mediana los que se encuentran entre \$2.500 y \$3500 y buena, los que superan los \$3500.

La condición económica de los afiliados encuestados se destaca por el alto porcentaje de afiliados con una condición baja, alcanzando el 81,31% de representación; los de condición mediana siguen en segundo y último lugar, ya que no se registran casos de afiliados con condición económica buena.



La condición económica de los afiliados encuestados es similar entre aquellos que no participan de las actividades socio preventivas y los que sí lo hacen, destacándose para ambos grupos los de condición económica baja dada la alta incidencia que tiene esta condición para todos los afiliados encuestados. Es necesario destacar que los de condición económica media tienen mayor representación entre los que participan, superando el 20%.

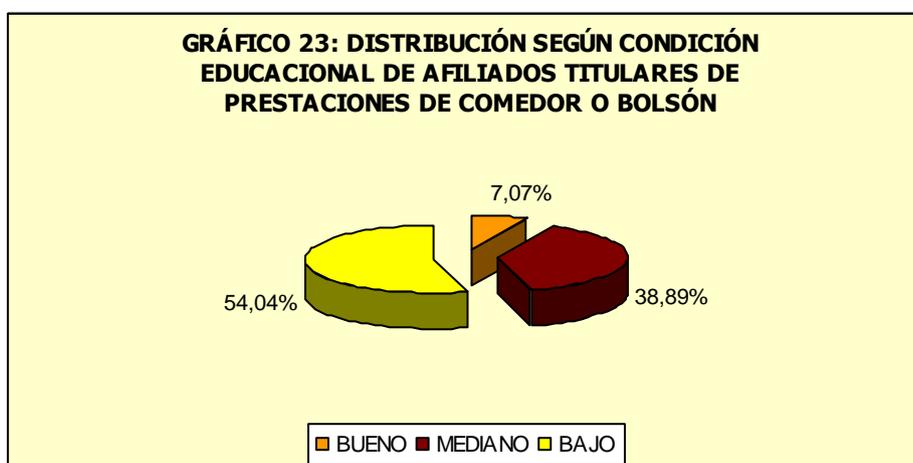


5.3.3 Distribución según condición educacional:

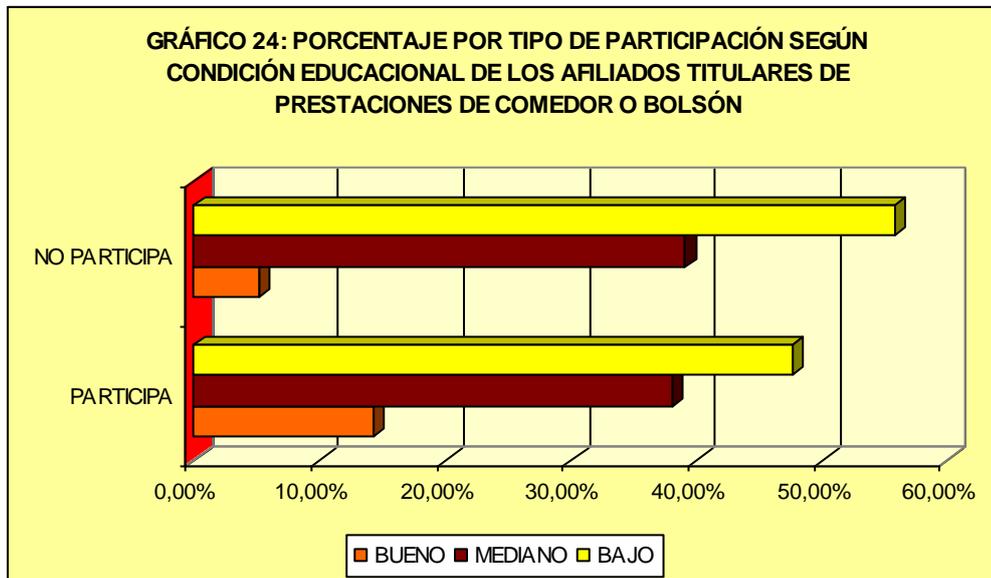
Con el propósito de facilitar la definición de la situación de vulnerabilidad vinculada a la condición educacional de los afiliados, se conformó un índice mediante una reducción pragmática asignándole a cada subdimensión valores en relación a los criterios de Análisis de vulnerabilidad y ponderación de riesgo socio Sanitario que considera la Obra Social.

De este modo se definió como de condición educacional baja a los afiliados sin instrucción, con primario incompleto y aquellos que cursan talleres de alfabetización; los de mediana condición cursaron el primario completo o el secundario incompleto y los de alta condición lo representaban los que habían concluido el secundario y habían accedido a nivel terciario o al universitario.

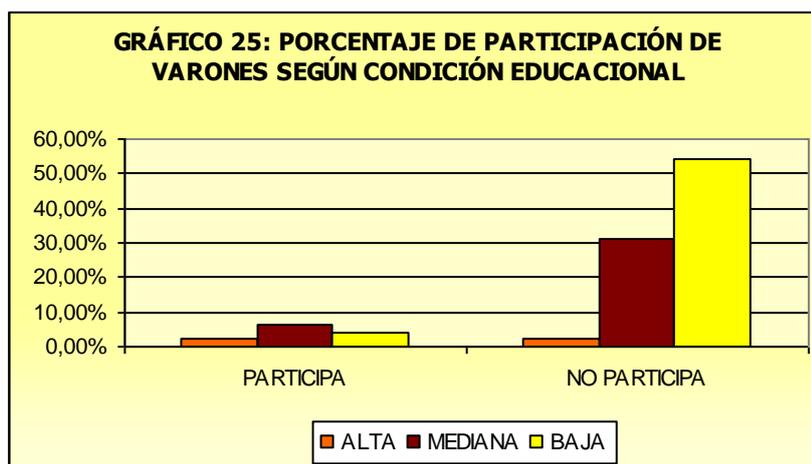
En cuanto al nivel educacional de los afiliados encuestados se destacan en primer lugar con un representación del 54,04% aquellos con bajo nivel educacional; le siguen los que tienen un nivel mediano (38,895) y con una reducida representación figuran los que tienen buen nivel educacional (7,07%).



La participación según condición educacional de los afiliados nos muestra en el siguiente gráfico, que se destacan los de nivel de bajo entre los que no participan superando el 50% de representación. Este mismo grupo entre los que participan tiene una representación del 46%. Es similar la condición educacional media de los que participan y los de nivel alto se destacan con una representación que supera el 10% entre los que participan, teniendo una reducida incidencia entre los que no participan.

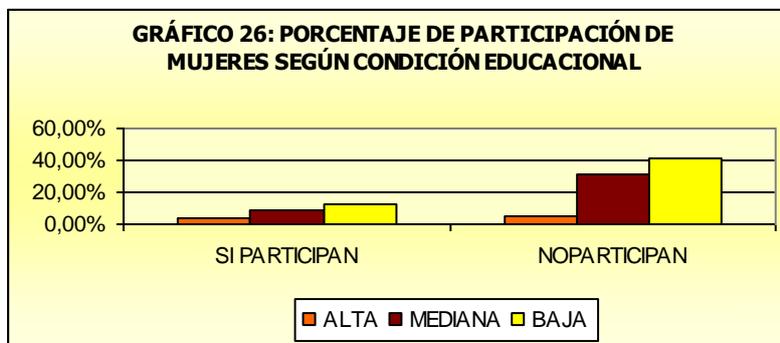


Respecto la participación por sexo de los afiliados según su condición educacional, se observa que el mayor porcentaje entre los varones lo representan los de condición educacional baja con más del 50% entre los que no participan. Le siguen en segundo lugar los de condición educacional mediana con más del 30%. Se registra un reducido porcentaje de afiliados de condición educacional alta, tanto entre los que participan y los que no.

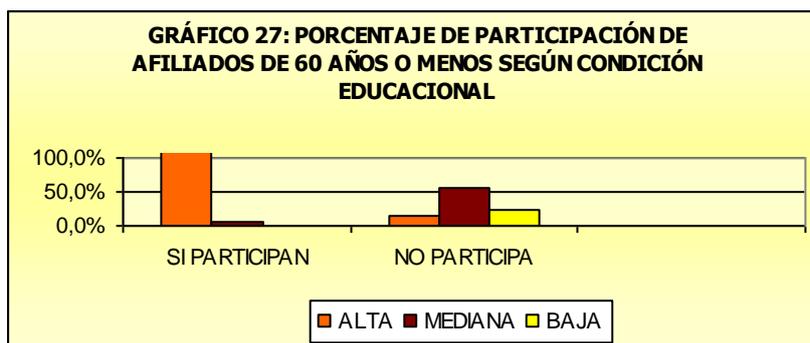


Respecto a distribución de las mujeres según su condición educacional, se destacan las de condición baja entre las que no participan representando el 40%. En segundo lugar, las de condición media representan el 30%.

Se observa que los porcentajes de representación de mujeres con niveles de educación baja y media, son superiores entre las que sí participan al de los hombres para la misma categoría, ya que en el caso de las de condición baja superan el 10%.

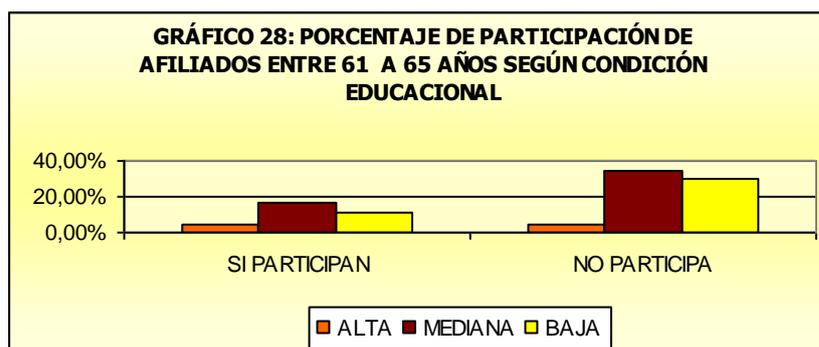


Respecto al nivel educacional de los afiliados de 60 años y menos se observa que la representación que se destaca es la de los que cuentan con una condición alta entre los que sí participan, superando el 40%.

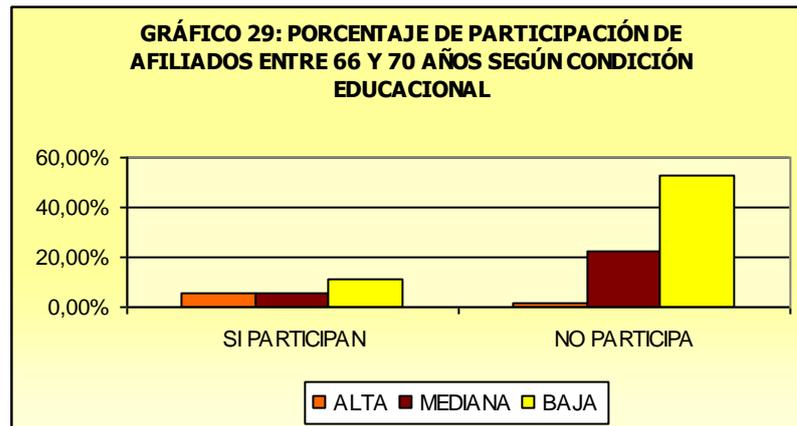


En cuanto a la condición educacional de los afiliados entre 61 a 65 años, se destaca en primer lugar la condición media de los que no participan con más de 30% y los de condición baja que representan el 30% también entre los que no participan.

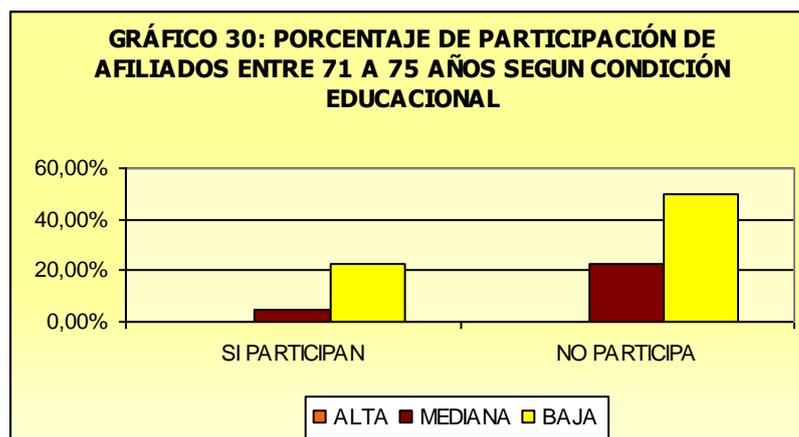
Los de condición educacional alta representan menos del 10% entre los que participan y los que no lo hacen.



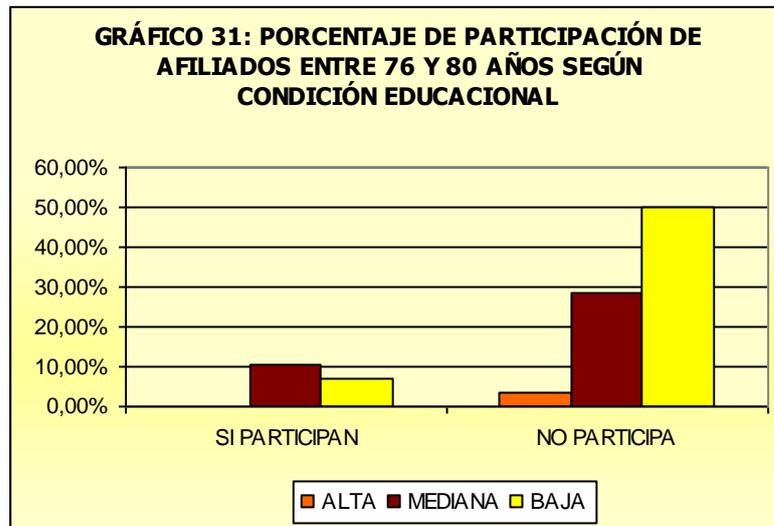
La condición educacional de los afiliados entre 66 y 70 años está representada en mayor porcentaje por los afiliados de condición bajaron más del 50% entre los que no participan y le sigue en orden de importancia los de condición media, también entre los que no participan, con más del 20% de representación. Los de condición alta tienen mayor representación entre los que sí participan sin superar el 10%.



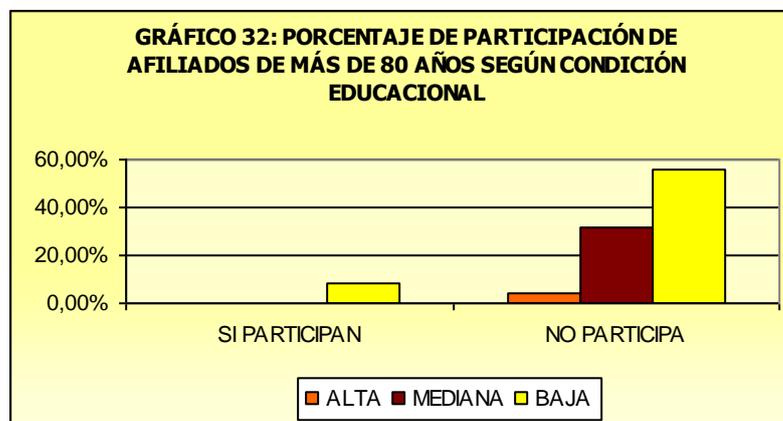
En cuanto a la condición educacional de los afiliados entre 71 y 75 años, tiene mayor representación los de condición baja entre los que no participan con más del 40% y los de condición mediana con el 20%. No se registran casos con alta condición educacional para afiliados entre estos tramos de edades, ni entre los que sí participan o entre los que no lo hacen.



La condición educacional de los afiliados entre 76 y 80 años está representada en mayor proporción por los de condición baja entre los que no participan con el 50%. Le siguen en segundo orden los de condición educacional mediana también entre los que no participan, con aproximadamente el 30%. Respecto a los de condición educacional alta, se registra menos del 5% de los afiliados solamente entre los que no participan.



Respecto a la condición educacional de los afiliados de más de 80 años se destaca con más del 50% la representada por la condición baja, siguiéndole en orden de importancia los de condición educacional media con el 30%, ambos entre los afiliados que no participan.

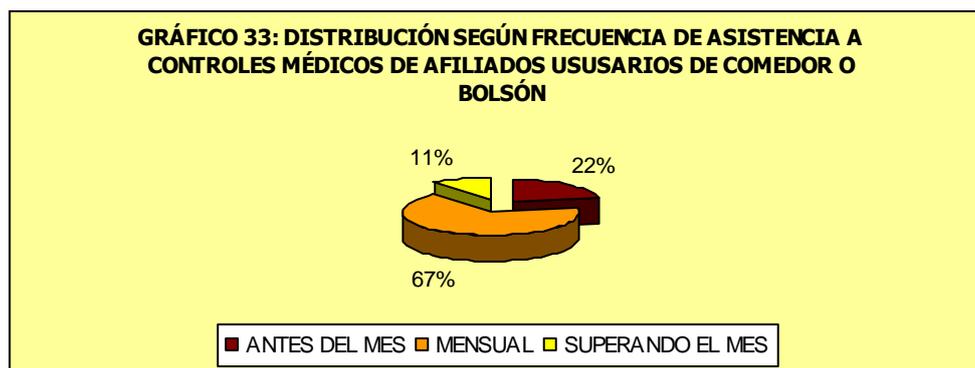


5.3.4 Descripción según los aspectos sanitarios:

Se describen a continuación los aspectos sanitarios indagados que se consideran pueden tener incidencia en la participación de los afiliados en el desarrollo de las actividades preventivas.

Respecto a la frecuencia con que asisten a la consulta médica se agruparon los resultados obtenidos en categorías incluyentes de aquellas subdimensiones cuyas frecuencias tenían escasa representación.

Los afiliados encuestados manifestaron que concurren mensualmente a la consulta de su médico de cabecera en un 67% de los casos, le siguen en segundo lugar los que los hacen antes del mes en un 22% y el 11% restante lo hace en plazos que superan la frecuencia mensual.

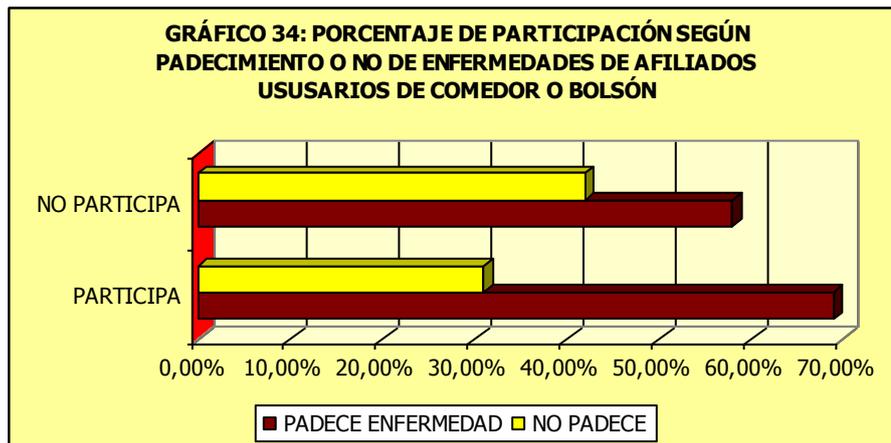


En el siguiente cuadro podemos observar la participación en las actividades preventivas de los afiliados encuestados titulares de las prestaciones del Programa Probienestar según la frecuencia de asistencia a la consulta médica. Al respecto nos muestra que se destacan los que asisten en forma mensual entre los que no participan, superando el 68% de representación. Este mismo grupo entre los que participan tiene una representación del 59%. Se observa en cambio que entre los que participan, los que asisten en forma quincenal, tienen una representación del 26,19% siendo que este mismo grupo entre los que no participan tienen una representación que no alcanza el 20%.

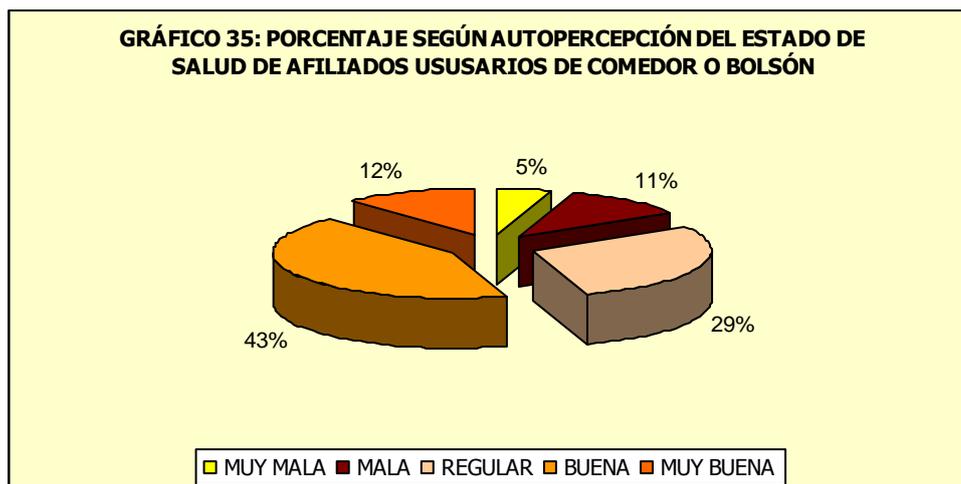
CUADRO 24: FRECUENCIA DE ASISTENCIA A LA CONSULTA MÉDICA POR TIPO DE PARTICIPACIÓN

TIPO DE FRECUENCIA	PARTICIPA	NO PARTICIPA
SEMANAL	2,38%	0,64%
QUINCENAL	26,19%	19,87%
MENSUAL	59,52%	68,59%
BIMESTRAL	2,38%	3,21%
TRIMESTRAL	4,76%	1,92%
SEMESTRAL	4,76%	3,21%
NUNCA		2,56%

Los afiliados encuestados han manifestado en el 60% de los casos que padecen enfermedades. De éstos, se destacan con más del 65% los que participan en las actividades socio preventivas y si bien también se observa un predominio de éstos entre los que no participan, es necesario tener en cuenta que con una representación del 40% se encuentran los que no padecen enfermedades.

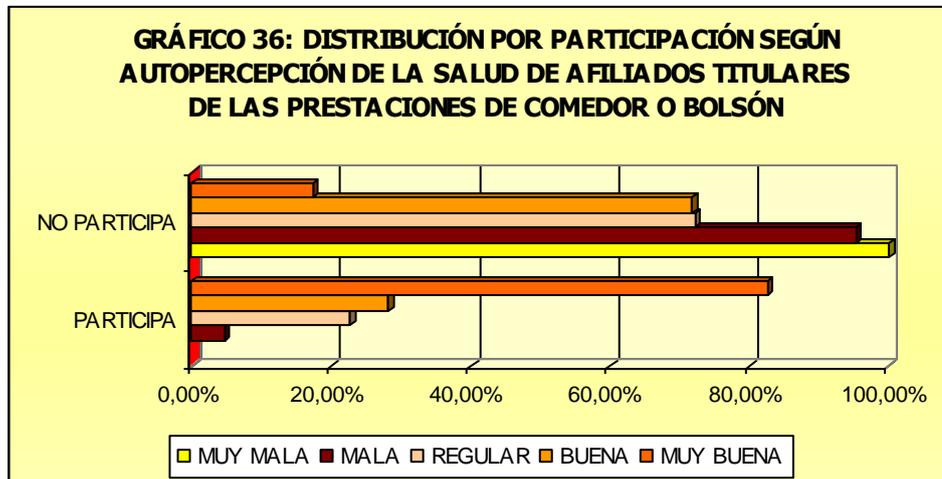


Respecto a la autopercepción que sobre su estado de salud han manifestado los afiliados encuestados, se observa que el 43% manifiesta que su salud es buena, siguiéndole en segundo lugar con un 29% los que manifiestan que la perciben como regular; el 12 % como muy buena y por último el 11% la perciben como mal y un 5% como muy mala.

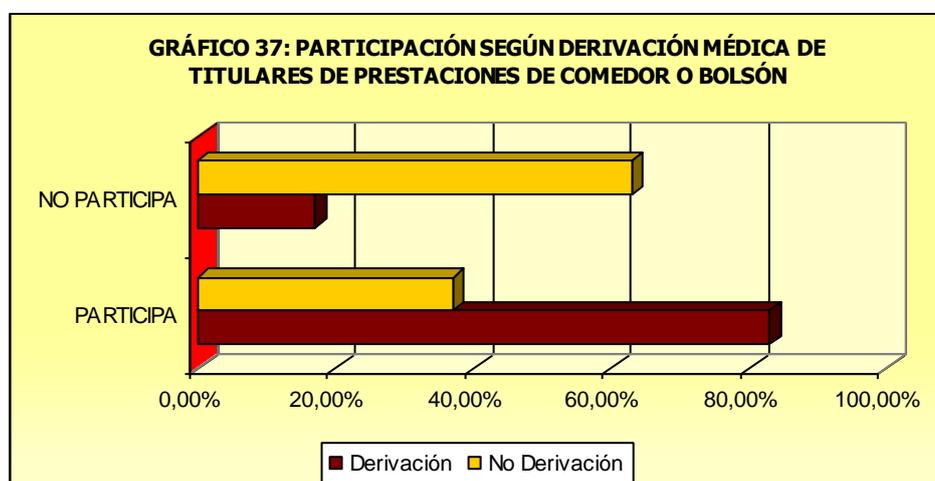


En el siguiente gráfico se observa que la participación de los afiliados encuestados en el desarrollo de actividades preventivas según la percepción de su estado de salud evidencia un franco predominio entre los que no participan, con más del 90% de representación de aquellos que perciben su salud como muy mala y de los que la perciben como mala. Como

contrapartida se observa que los afiliados que perciben tener una buena salud, participan en las actividades con una representación de más del 80%



Los afiliados encuestados manifestaron en el 53% de los casos que sus médicos de cabecera no los derivan para el desarrollo de actividades socio preventivas y el 47% que sí son motivados por el médico para su inclusión en ellas. Si bien no se observa una diferencia notable entre éstos porcentajes, esta variable es significativa en la decisión de los afiliados respecto a su integración al programa preventivo pues como se presenta en el siguiente gráfico, entre aquellos afiliados que no participan, el 63% no fue motivado por su médico de cabecera para el desarrollo de actividades preventivas. Como contrapartida se observa que entre los que sí participan, lo hacen en el 83% de los casos pues sí han sido derivados para el desarrollo de las actividades mencionadas por su médico de cabecera.

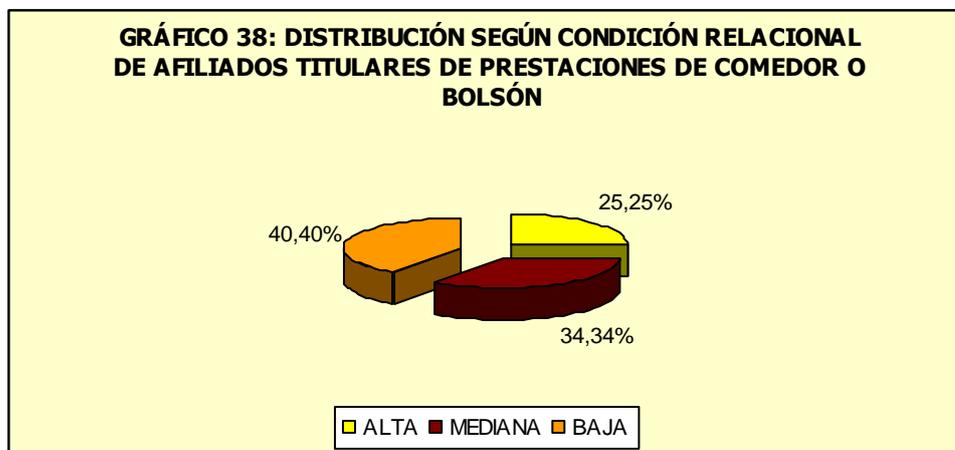


5.3.5. Descripción según condición relacional.

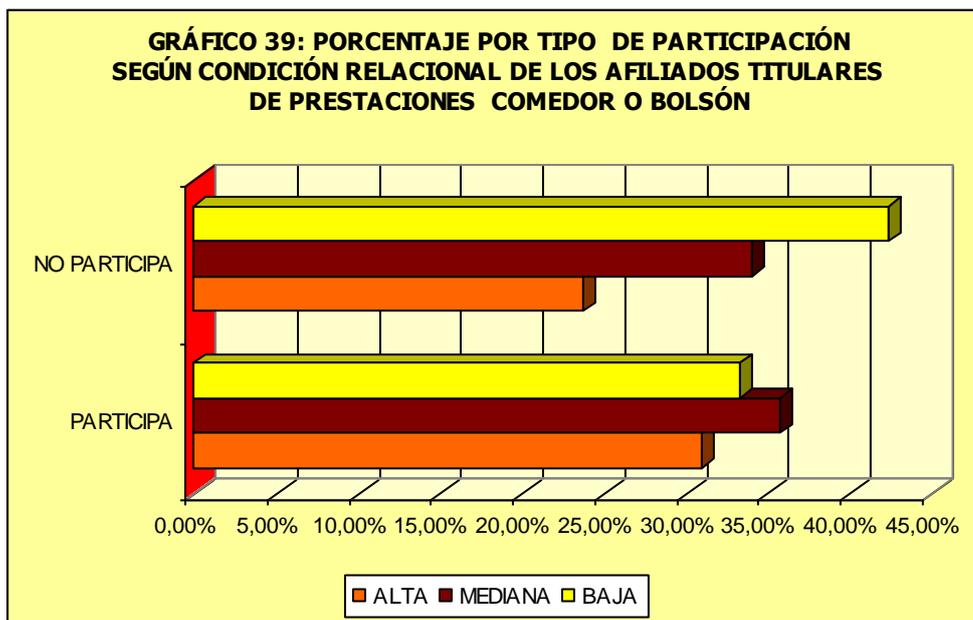
Con el propósito de facilitar la definición de la situación de vulnerabilidad relacional, se conformó un índice mediante una reducción pragmática asignándole a cada subdimensión valores conforme al comportamiento de utilización de las redes familiares, vecinales y los contactos actuales de actividades solidarias, además de formales en instituciones como grupos religiosos, partidos políticos, ONG y centros de Jubilados

Se han considerado como de baja condición relacional a los afiliados sujetos de derecho del programa Probienestar que participan en hasta tres actividades; los de mediana condición son los que participan de 4 a 6 actividades y los de alta condición, participan en más de seis actividades.

La condición relacional de los afiliados encuestados es baja para la mayoría de los casos (40,40%); le siguen en segundo lugar los que tienen una mediana condición relacional (34,34%) y por último figuran los que tienen alta (25,25%).

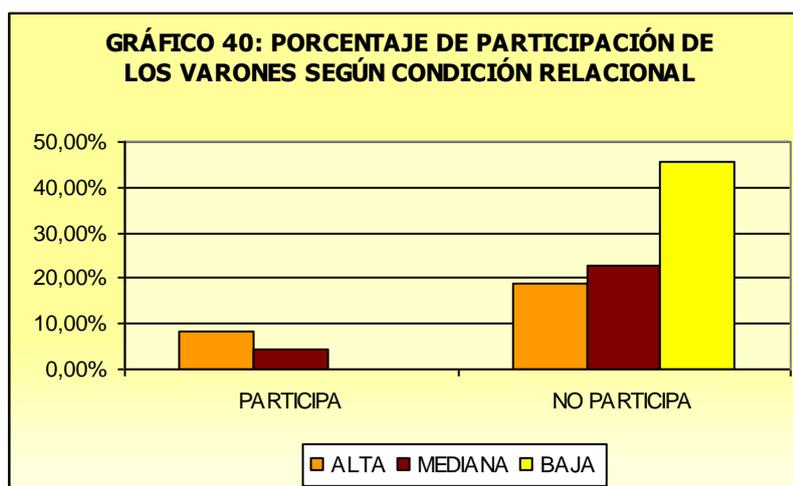


La participación de los afiliados según la condición relacional se muestra con mayor representatividad para los que tiene una baja condición relacional, superando el 40% entre los que no participan. Entre los que participan se destacan en mayor proporción los que tienen una mediana condición relacional; del mismo modo en este grupo los que tienen una mayor condición relacional se destacan entre los que participan con más del 30%.



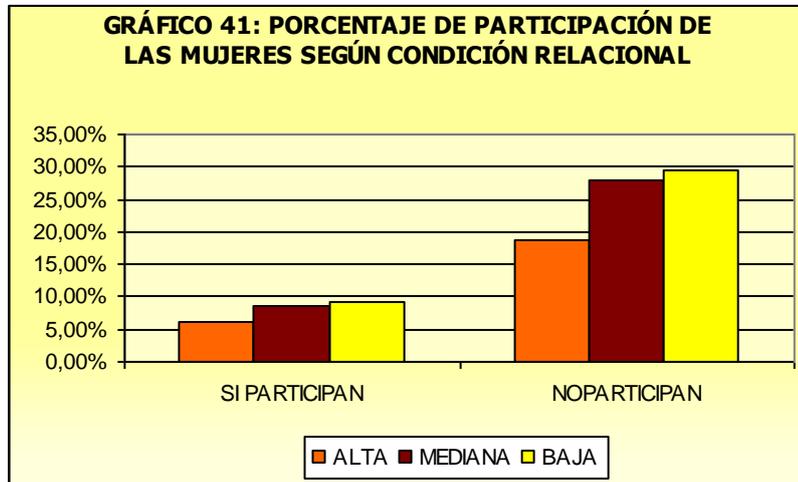
La condición relacional de los afiliados varones se muestra con mayor representación entre los que tienen condición relacional baja con más del 40% entre los afiliados que no participan. Le sigue en orden de importancia aquellos que tienen una mediana condición relacional con más del 20%, también entre los afiliados que no participan.

Es importante destacar la incidencia de aproximadamente el 20% que tienen los afiliados de condición relacional alta entre los que no participan.

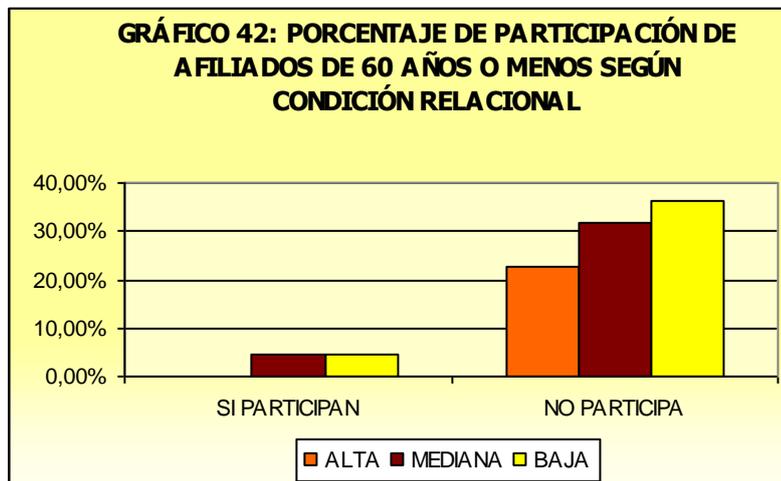


La condición relacional de las mujeres se ve representada en su mayor porcentaje por las afiliadas con baja condición relacional alcanzando aproximadamente el 30% entre las que no participan. En segundo lugar se encuentran las que tienen condición media con más del

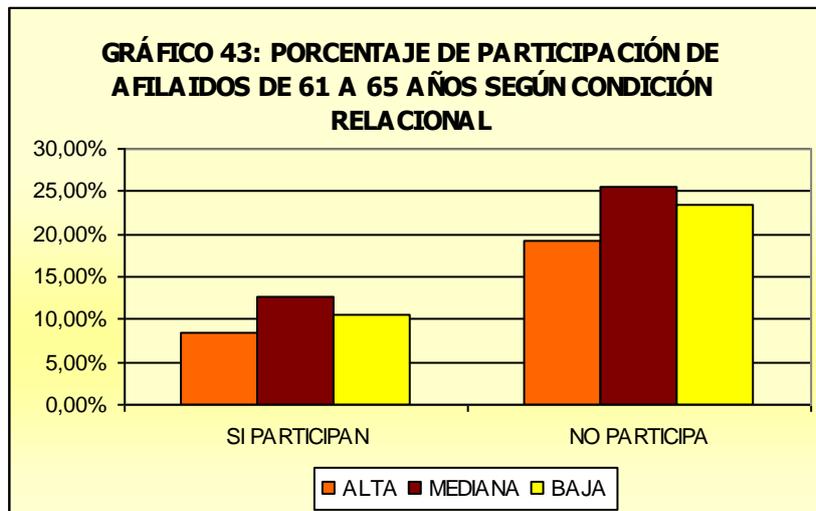
25%. Las mujeres con condición relacional alta tienen una considerable representación de más del 15% también entre las que no participan.



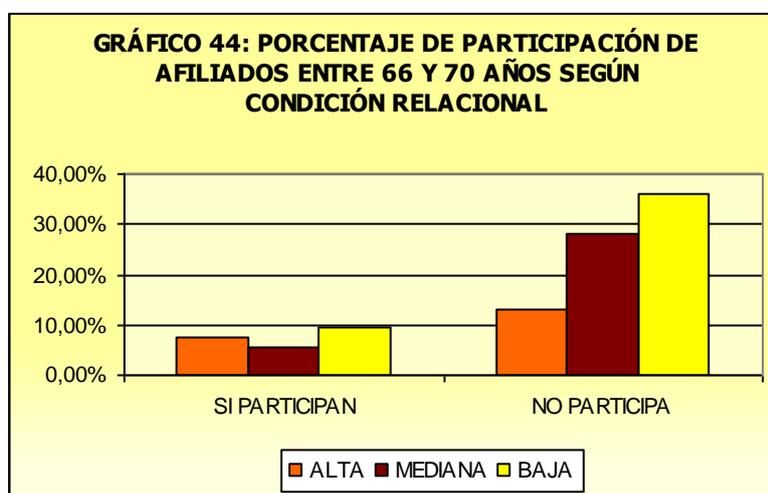
La condición relacional de los afiliados de 60 años o menos está representada en su mayor porcentaje por los que tiene baja condición con más del 35%. En segundo lugar con el 30% figuran también entre los que no participan, también los de condición mediana. Los de condición alta tienen una representación del 20% en esta categoría.



La condición relacional de los afiliados entre 61 a 65 años es mediana en su mayor porcentaje con más del 25% entre los que no participan. En segundo lugar se destacan los de condición baja con una representación de más del 20% y con más del 15% figuran los de condición relacional alta, ambos también entre los que no participan.

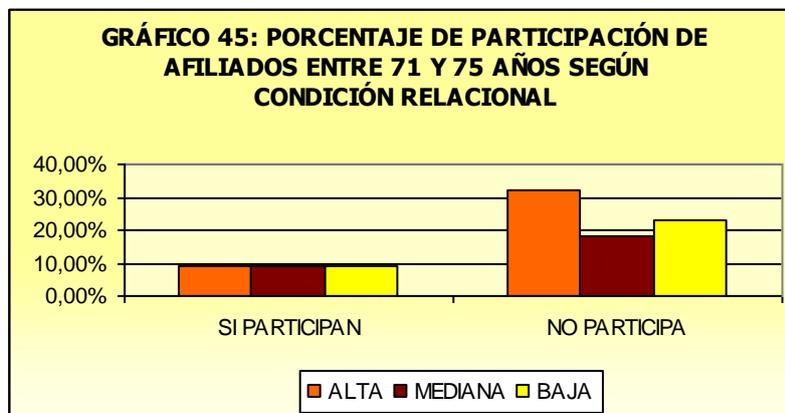


La condición relacional de los afiliados entre 66 y 70 años está representada en su mayor porcentaje entre los que tienen una baja condición con el 35% entre los que no participan. Le siguen en la misma categoría con el 30% los afiliados de mediana condición relacional con el 30% y los de alta condición con el 15%.

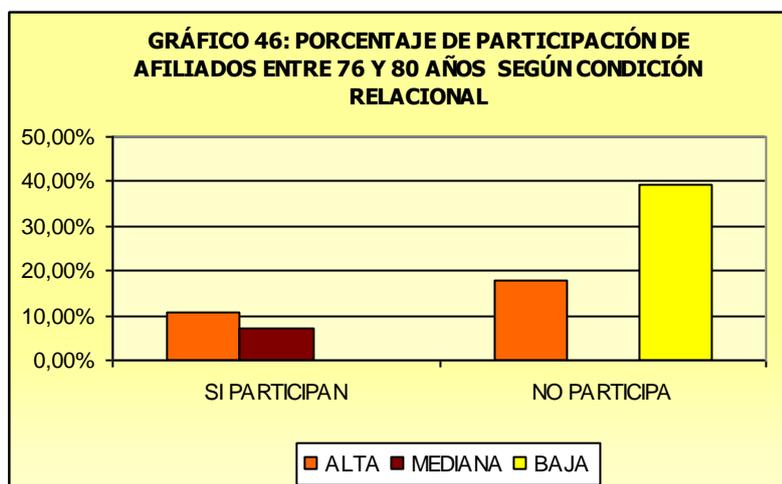


Entre la condición relacional de los afiliados entre 71 a 75 años se destaca con una representación de más del 30% para los que tienen una alta condición relacional entre los que no participan, siguiéndole en segundo orden y en la misma categoría de los que no participan, los afiliados con baja condición relacional que representan más del 20%. En tercer lugar y con una representación mediana se encuentran los de mediana condición con

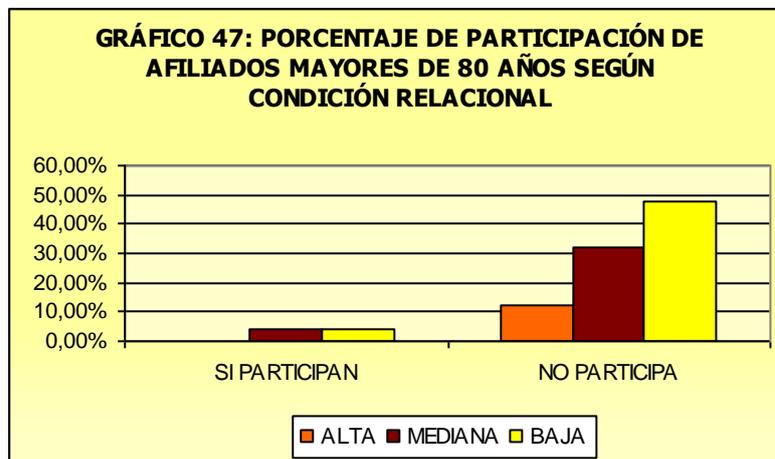
más del 15% también entre los afiliados que no participan de las actividades socio preventivas.



La condición relacional de los afiliados entre 76 y 80 años nos muestra que se presenta con mayor representación con más del 35% entre afiliados de baja condición que no participan. En segundo lugar le siguen los de condición relacional alta alcanzando más del 15%. Sólo se encuentran afiliados de condición mediana entre los afiliados que sí participan, con un representación de menos del 10%.



La condición relacional de afiliados de más de 80 años es en su mayor porcentaje es baja para afiliados que no participan, con más del 40%. En segundo lugar se encuentran con el 30% de representación, los de condición mediana y los de condición alta alcanzan el 10%, ambos entre los afiliados que no participan.



5.4. Participación de los afiliados titulares de las prestaciones de comedor y bolsón según el desarrollo de Actividades Avanzadas de la Vida Diaria antes y después de la jubilación.

La siguiente información muestra las diferencias de comportamiento respecto a la realización de ACTIVIDADES AVANZADAS DE LA VIDA DIARIA y las causas que manifiestan por las que las desarrollan o no en la actualidad.

El Programa Nacional Socio Preventivo ofrece la posibilidad de desarrollar varias de estas actividades como factores protectores de la salud de los afiliados, por lo que resulta interesante conocer cuales son los motivos manifestados por los afiliados como causas de participación o no en cada una de ellas, para ser tenidas en cuenta en futuras programaciones.

5.4.1 Actividades de Integración Social:

Se observa en el siguiente cuadro que en la actualidad hay un predominio entre los que desarrollan ACTIVIDADES FAMILIARES con una representación porcentual diferenciada por un alto porcentaje, respecto a los que no lo hacen.

Se observa que antes de percibir la jubilación, si bien existe un predominio de las personas que sí desarrollaban actividades familiares no había una diferencia de consideración con los que no las desarrollan. Por lo expuesto, se observa una evolución favorable hacia la participación en las mismas después de que los afiliados se han jubilado.

CUADRO 25: ACTIVIDADES FAMILIARES		
	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	16%	48%
PARTICIPA	84%	52%

Del 16% que manifiesta que no participa de actividades familiares, se destacan los que manifiestan que no lo hacen por atravesar nuevas situaciones (éstas están referidas en su mayoría según puede observarse en el Anexo, a recientes estado de viudez). Con igual proporción figuran los casos que carecen de relaciones familiares y que no lo hacen por haber tenido ese hábito en el pasado.

Respecto a causa que se observa como el estado de salud actual, se refiere a estado depresivo y surge un reducido porcentaje que no desarrolla actividades familiares por inseguridad.

CUADRO 26: CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA EN ACTIVIDADES FAMILIARES	
Por hábitos anteriores	22%
Por nuevas situaciones	44%
Por salud actual	6%
Carece de relaciones	22%
Por inseguridad	6%

Considerando a LAS ACTIVIDADES VECINALES, se observa como en el caso anterior que hay un predominio de los que sí las realizan en la actualidad. Respecto al desarrollo de las mismas antes de jubilarse, los afiliados han manifestado en mayor porcentaje que no las practicaban, por lo que se observa entonces una evolución favorable para el desarrollo de las mismas después de la jubilación.

CUADRO 27: ACTIVIDADES VECINALES		
VECINALES	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	32%	58%
PARTICIPA	68%	42%

Respecto a las causas por las que participan en las mismas, el 50% de las respuestas refieren a que contaban con el hábito de practicarlas antes de jubilarse. También se manifiestan que participan por cambio de hábitos y por vivir nuevas situaciones ante la oferta institucional de PAMI por el desarrollo de actividades físicas que antes no compartía con los vecinos.

CUADRO 28: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES VECINALES			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	50%	Por hábitos anteriores	9%
Por cambio de hábitos	20%	Por cambio de hábitos	
Por oferta institucional	30%	Por nuevas situaciones	27%
		Por salud actual	27%
		Carece de relaciones	27%
		Por inseguridad	10%

5.4.2 Actividades culturales:

En cuanto a las actividades culturales vinculadas a la LECTURA DE LIBROS, se observa en el siguiente cuadro que actualmente, si bien con escasa diferencia, se observa un predominio de los que no participan de esta actividad. Si se considera lo que han manifestado respecto a esta actividad antes de la jubilación, se observa que existía mayor porcentaje de afiliados que sí leían libros.

CUADRO 29: PARTICIPACIÓN EN LECTURA DE LIBROS		
LIBROS	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	51%	38%
PARTICIPA	49%	62%

En cuanto a las causas que expresan los afiliados como motivos para desarrollar esta actividad, en su mayoría están vinculadas al desarrollo de este hábito antes de jubilarse.

Respecto a los afiliados que no leen libros en la actualidad se observa como primera causa de tal situación el no haber desarrollado ese hábito antes de jubilarse. En segundo lugar y con un porcentaje similar se destacan los que actualmente no ven bien, situación que deberá ser tomada en consideración por la obra social PAMI respecto a la difusión de las prestaciones médicas vinculadas a problemas oftalmológicos para que los afiliados puedan ser incluidas en las mismas ya que es evidente que un porcentaje de la población de

afiliados no la está utilizando, lo que le impide para este grupo en particular, poder desarrollar esta actividad.

También es necesario prestar atención al porcentaje del 17% de afiliados que no pueden participar de esta actividad por no saber leer ni escribir. Se ha mencionado previamente al referirse a la situación educacional de los afiliados que éstos cuentan con un nivel educacional en su mayoría y que existe un porcentaje de afiliados que no saben leer ni escribir. El PAMI ofrece como prestación socio preventiva Talleres de Alfabetización en el ámbito de esta Unidad de Gestión local de Córdoba, por lo que deberán profundizarse las acciones para detectar los afiliados en esta situación y que deseen alfabetizarse pues es un requisito primordial, además, para poder participar de acciones y campañas sanitarias para mejorar su salud. También deberá prever campañas con técnicas que puedan incluir a los afiliados que no sepan leer ni escribir.

CUADRO 30: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN Y LECTURA DE LIBROS			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	77%	Por hábitos anteriores	36%
Por situación actual	23%	Por salud actual	8%
		Por salud visual	33%
		Por falta de instrucción	17%
		Por otros motivos	6%

Respecto al tipo de participación de los afiliados en las actividades de LECTURA DE DIARIOS Y REVISTAS no se observan cambios entre el comportamiento actual y antes de jubilarse ya que alrededor del 75% la desarrolla y lo hacía antes y alrededor del 25% no participa ni practicaba la misma.

CUADRO 31: PARTICIPACIÓN EN LECTURA DE DIARIOS Y REVISTAS		
DIARIOS REVISTAS	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	25%	23%
PARTICIPA	75%	77%

El 100% de los que leen diarios y revistas en la actualidad lo hacen pues tenían el hábito. En cuanto a los que desarrollan la actividad, se destacan con la mayor proporción los que tienen problemas de salud visual; le siguen en segundo lugar los que no tenían en el pasado el hábito de la lectura y surge como causa la situación económica desfavorable que impide el acceso a estos recursos. Se destaca además con más del 10% los afiliados que no

saben leer ni escribir, respecto a lo que ya se realizaron consideraciones en el punto anterior.

CUADRO 32: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN LECTURA DE DIARIOS Y REVISTAS			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	100%	Por hábitos anteriores	19%
Por cambio de hábitos		Por cambio de hábitos	3%
Por situación actual		Por salud actual	9%
		Por salud visual	39%
		Por falta de instrucción	13%
		Por razones económicas	17%

Respecto a los afiliados que ESCUCHAN RADIO, se observa un predominio de los que sí lo hacen con un 85% de representación. Antes de la jubilación los afiliados escuchaban radio en menor proporción por lo que se observa en el cuadro siguiente.

CUADRO 33: PARTICIPACIÓN EN ESCUCHA DE RADIO		
RADIO	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	15%	41%
PARTICIPA	85%	59%

Las causas que manifiestan tanto los afiliados que escuchan radio ahora y los que no lo hacen, se refieren en el 100% de los casos a que mantiene los hábitos anteriores a la jubilación.

CUADRO 34: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN ESCUCHA DE RADIO			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	100%	Por hábitos anteriores	100%

Respecto al desarrollo de la actividad como TELEVIDENTES, se observa en el siguiente cuadro un importante predominio de los que sí lo hacen actualmente. Antes de la jubilación predominaban los que no lo eran, pero con una leve diferencia sobre los que sí veían televisión.

CUADRO 35: PARTICIPACIÓN EN USO DE TV		
TELEVISIÓN	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	14%	53%
PARTICIPA	86%	47%

Respecto a los motivos por los que ve actualmente televisión es porque mantiene en el 100% de los casos el hábito desde antes de jubilarse. En cuanto a los que no ven televisión en la actualidad manifiestan como muestra el cuadro siguiente que el 20% no tenía el hábito, pero es necesario destacar los que manifiestan que no ven televisión pues no tienen televisor, representado el 70% del total. Esto pone de manifiesto la situación de exclusión de los jubilados actualmente de la posibilidad de acceso a este recurso y si se compara con el porcentaje que sí veía televisión antes de jubilarse, se pone en evidencia la imposibilidad de reemplazar los aparatos de televisión que por el tiempo se han deteriorado.

CUADRO 36: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN USO DE TV			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	100%	Por hábitos anteriores	20%
Por situación actual		Por salud actual	10%
		Por carecer del recurso	70%

En cuanto al desarrollo de USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS como la computadora, se observa que en la actualidad sólo la utiliza un reducido porcentaje de afiliados. Antes de jubilarse tampoco la utilizaban según se muestra en el siguiente cuadro. Queda en evidencia de este modo la falta de inclusión de los adultos mayores del acceso a las nuevas tecnologías. Es necesario destacar que el PAMI brinda como prestación social para colaborar con la reducción de esta situación de exclusión, cursos a través del programa UPAMI con convenios con la Universidad Nacional pero deberá atender a las causas que manifestaron los afiliados consultados para programar conforme a la situación de los mismos.

CUADRO 37: PARTICIPACIÓN EN USO DE COMPUTADORAS		
COMPUTADORA	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	93%	96%
PARTICIPA	7%	4%

Los afiliados que sí utilizan computadoras, manifiestan en el 100% de los casos que lo hacen por haber cambiado sus hábitos, para tener acceso por este medio a familiares, etc. Los que no utilizan computadoras manifiestan en primer lugar que no lo hacen por falta del

recurso en el 67% de los casos y también con un porcentaje importante del 26%, manifiestan que carecen de la instrucción informática necesaria, por lo que a pesar de no haberla utilizado antes de jubilarse manifiestan interés por acceder tanto a la capacitación necesaria como al equipo.

CUADRO 38: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN USO DE COMPUTADORAS			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores		Por hábitos anteriores	5%
Por cambio de hábitos	100%	Por cambio de hábitos	
		Por salud visual	2%
		Por falta de instrucción inform.	26%
		Por carecer del recurso	67%

5.4.3 Actividades recreativas:

Respecto a la concurrencia al CINE se observa que ha disminuido el porcentaje de afiliados que asistían antes de jubilarse y se ha incrementado el de que no lo hacen después de jubilarse.

CUADRO 39: PARTICIPACIÓN SEGÚN CONCURRENCIA AL CINE		
CINE	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	87%	70%
PARTICIPA	13%	30%

De los afiliados que participan, el mayor porcentaje lo hace pues ha cambiado sus hábitos.

Respecto a los que no participan la mayoría no lo hace por formar parte de sus hábitos anteriores y en segundo lugar se encuentran los que manifiestan que no van al cine por falta de salas en su localidad o de programas suficientes en los Centros de Jubilados que contemplen esta actividad recreativa como una prestación social.

También se destacan los que ahora no concurren pues han cambiado sus hábitos después de jubilarse.

En cuarto lugar figuran los que no pueden ir al cine por razones económicas.

Con menor proporción se observan los que no concurren por carecer de compañía y por su salud actual. Surge como causa de no concurrencia el sentimiento de inseguridad.

Las causas descritas muestran que la exclusión de la posibilidad de acceder a esta actividad recreativa se debe por una parte a cambios en la economía y salud de los afiliados que pueden haber incidido en un alto porcentaje de cambio de hábitos pero también con la mayor representación porcentual, se encuentran los que antes de jubilarse no optaban por esta modalidad recreativa.

CUADRO 40: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN SEGÚN CONCURRENCIA AL CINE			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores		Por hábitos anteriores	30%
Por cambio de hábitos	75%	Por cambio de hábitos	21%
Por oferta institucional	25%	Por nuevas situaciones	
Por situación actual		Por salud actual	4%
		Por salud visual	1%
		Carece de relaciones	4%
		Por inseguridad	2%
		Por razones económicas	9%
		Por falta de respuesta inst	25%

Respecto al desarrollo de LABORES si bien hay un porcentaje importante de afiliados que participan, es considerable el de que no practican esta actividad.

CUADRO 41: PARTICIPACIÓN EN EL DESARROLLO DE LABORES		
LABORES	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	60%	74%
PARTICIPA	40%	26%

La causas que se evidencia en el cuadro siguiente ponen de manifiesto que el mayor porcentaje que no realiza labores, no las practica por problemas de salud actual en general y un 22% cuenta con problemas visuales que le impiden realizarlas.

Un 22% no practica esta actividad por no formar parte de sus hábitos anteriores.

CUADRO 42: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN EL DESARROLLO DE LABORES			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	100%	Por hábitos anteriores	22%
Por situación actual		Por salud actual	44%
		Por salud visual	22%
		Por otros motivos	12%

Respecto a los JUEGOS DE MESA predominan los afiliados no participan tanto en la actualidad como antes de jubilarse.

CUADRO 43: PARTICIPACIÓN EN JUEGOS DE MESA		
JUEGOS DE MESA	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	70%	79%
PARTICIPA	30%	21%

CUADRO 44: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN JUEGOS DE MESA			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	100%	Por hábitos anteriores	70%
Por situación actual		Por salud actual	11%
		Por otros motivos	19%

Los afiliados que participan lo hacen porque en el 100% tenían ese hábito antes de jubilarse. El mayor porcentaje de los que no participan lo hacen porque no practicaban juegos de mesa antes de jubilarse. Se observa para ambos grupo el predominio de hábitos antes de jubilarse, tanto para los que participan como para los que no.

En cuanto a la realización de VIAJES, se observa que en la actualidad participan más afiliados que los que no lo hacían antes de jubilarse.

CUADRO 45: PARTICIPACIÓN EN VIAJES		
VIAJES	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	64%	72%
PARTICIPA	36%	28%

Los afiliados que en la actualidad participan los hacen en el 90% de los casos por la oferta institucional de PAMI con sus PROGRAMAS de Turismo Social.

Respecto a los que no participan lo hacen en mayor porcentaje los que tiene problemas económicos que los excluyen de tal posibilidad; le siguen en orden de importancia los que están impedidos por su salud actual. Es significativo el porcentaje de personas que manifiestan no poder viajar por cuidar a otras personas, situación que se vincula con la situación de irrespeto a los derechos de los adultos mayores, que quedan excluidos de actividades como los viajes que están encuadrados dentro de las prestaciones que favorecen una vejez saludable.

Surge la inseguridad como causa que desfavorece la posibilidad de viajar los afiliados con un porcentaje del 10%. También hay que destacar el menor de los porcentajes que refiere a la falta de relaciones con las que compartir esta actividad.

Todos estos aspectos deben ser tenidos en cuenta para favorecer el ejercicio de los derechos de los afiliados, promoviendo la creación de redes de contención para esta población que como se ha visto en su mayoría son personas sin grupo familiar que por su soledad y falta de compañía no pueden desarrollar actividades como viajar.

CUADRO 46: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN VIAJES			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	10%	Por hábitos anteriores	13%
Por oferta institucional	90%	Por nuevas situaciones	
Por situación actual		Por salud actual	23%
		Carece de relaciones	8%
		Por cuidar a otros	13%
		Por inseguridad	10%
		Por razones económicas	33%

5.4.4 Actividades artísticas:

Respecto a la actividad artística vinculada a la PINTURA que se realiza en forma individual, solamente la realizan un porcentaje menor al 10%. Del mismo modo, antes de jubilarse era menor al 5% el porcentaje de personas que no pintaban individualmente.

CUADRO 47: PARTICIPACIÓN EN PINTURA INDIVIDUAL		
PINTA INDIVIDUALMENTE	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	91%	97%
PARTICIPA	9%	3%

Tanto los que participan como los que no del desarrollo de actividades pictóricas, están influenciados en un alto porcentaje por el hábito que tenían al respecto antes de jubilarse.

CUADRO 48: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN PINTURA INDIVIDUAL			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	100%	Por hábitos anteriores	75%
		Por salud visual	5%
		Por cuidar a otros	5%
		Por otros motivos	15%

Se observa un reducido porcentaje de afiliados que participan de actividades pictóricas en talleres.

CUADRO 49: PARTICIPACIÓN EN PINTURA EN TALLER		
PINTA EN TALLER	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	98%	95%
PARTICIPA	2%	5%

Los que sí participan lo hacen porque han cambiado sus hábitos en el mayor porcentaje de los casos. En cuanto a los que no participan, el mayor porcentaje lo hace por tener problemas de salud actuales.

CUADRO 50: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN PINTURA EN TALLER			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	33%	Por hábitos anteriores	17%
Por cambio de hábitos	67%	Por cambio de hábitos	17%
Por situación actual		Por salud actual	42%
		Por cuidar a otros	7%
		Por falta de respuesta institucional	7%

En cuanto al desarrollo de ACTIVIDADES MUSICALES participan en un reducido porcentaje actualmente. Respecto a antes de jubilarse también participaban en un porcentaje menor al 10%.

CUADRO 51: PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES MUSICALES		
MUSICALES	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	88%	92%
PARTICIPA	12%	8%

Se observa en el siguiente cuadro que los que participan lo hacen porque desarrollaban el hábito con anterioridad a jubilarse. Los que no desarrollan actividades musicales no las practicaban antes de jubilarse además de tener a la fecha problemas de salud que se lo impiden.

CUADRO 52: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES MUSICALES			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	100%	Por hábitos anteriores	83%
Por situación actual		Por salud actual	17%

En cuanto a la práctica de DANZAS, se observa en el siguiente cuadro una disminución de la participación actual en las mismas de los afiliados. Antes de jubilarse, si bien la mayoría no participaba, los que lo hacían alcanzaban el 18%.

CUADRO 53: PARTICIPACIÓN EN PRÁCTICAS DE DANZAS INDIVIDUALES		
DANZAS INDIVIDUALES	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	89%	82%
PARTICIPA	11%	18%

Los que participan actualmente lo hacen pues desarrollaban el hábito antes de jubilarse. Los que no lo hacen, en su mayor porcentaje es por problemas de salud, más del 50%.

CUADRO 54: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN DANZAS INDIVIDUALES			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	100%	Por hábitos anteriores	18%
Por cambio de hábitos		Por cambio de hábitos	24%
Por situación actual		Por salud actual	58%

En cuanto a la práctica de DANZAS EN TALLERES, se observa que el mayor porcentaje no participa en la actualidad, ni lo hacían antes de jubilarse .

CUADRO 55: PARTICIPACIÓN EN DANZAS EN TALLER		
DANZAS EN TALLER	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	92%	89%
PARTICIPA	8%	11%

Entre los que participan, se observa que la mayoría lo hace por cambio de hábitos. Y entre los que no participan, predomina como causa la situación de salud actual.

CUADRO 56: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN DANZAS EN TALLER			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	33%	Por hábitos anteriores	17%
Por cambio de hábitos	67%	Por cambio de hábitos	17%
Por situación actual		Por salud actual	42%
		Por cuidar a otros	7%
		Por falta de respuesta institucional	7%

5.4.5. Actividades cognitivas:

Se observa un grado de participación menor al 5% en TALLERES DE LA MEMORIA.

CUADRO 57: PARTICIPACIÓN EN TALLERES DE LA MEMORIA		
TALLER MEMORIA	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	96%	97%
PARTICIPA	4%	3%

Si bien es reducido el porcentaje de afiliados que participa en los Talleres de la Memoria, el 67% lo hace por que se ha generado la oferta institucional. El mayor porcentaje de los que no concurren a los mismos, es porque no hay oferta institucional. Considerando estos talleres como de gran impacto en la salud de los afiliados, resulta importante favorecer su desarrollo y la publicidad de los mismos entre los afiliados, que favorecería el cambio de hábitos de no participar en este tipo de actividades necesarias para el cuidado de la salud.

CUADRO 58: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN TALLERES DE LA MEMORIA			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	33%	Por hábitos anteriores	30%
Por oferta institucional	67%	Por nuevas situaciones	
		Por cuidar a otros	5%
		Por falta de respuesta institucional	65%

En cuanto a la participación en actividades como TALLERES LITERARIOS, es también reducido el porcentaje que manifiesta participar en la actualidad. Antes de jubilarse los afiliados no participaban en el 97% de los casos.

CUADRO 59: PARTICIPACIÓN EN TALLERES LITERARIOS		
TALLER LITERARIO	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	98%	97%
PARTICIPA	2%	3%

Se observa para este tipo de actividad que la causa de no participación es en la mayoría de los casos por los hábitos anteriores;; le siguen en orden de importancia los que no lo hacen por que no hay respuesta institucional, lo que pone de manifiesto el interés de algunos afiliados por participar pero que no lo hacen porque no tienen talleres cercanos. A éstos se suman los que no pueden asistir por cuidar a otras personas, motivo que se ha considerado anteriormente como un impedimento para el ejercicio de los derechos de los adultos mayores.

CUADRO 60: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN TALLERES LITERARIOS			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores		Por hábitos anteriores	36%
Por situación actual		Por salud actual	18%
		Por falta de instrucción	9%
		Por cuidar a otros	9%
		Por falta de respuesta institucional	28%

Respecto a las actividades cognitivas se observa también un elevado porcentaje de no participación en las mismas., tanto en la actualidad como antes de jubilarse.

CUADRO 61: PARTICIPACIÓN EN CAPACITACIONES		
CAPACITACIONES	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	94%	95%
PARTICIPA	6%	5%

Se observa en el siguiente cuadro que el 100% de los que participan lo hacían antes de jubilarse. Respecto a los que no participan, el mayor porcentaje no lo hacían antes de jubilarse. Se registran porcentaje similares de afiliados que manifiestan no hacerlo porque no hay respuesta institucional para el desarrollo de las mismas y los que no lo hacen por cuidar a otros familiares.

CUADRO 62: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN CAPACITACIONES			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	100%	Por hábitos anteriores	67%
		Por cuidar a otros	17%
		Por falta de respuesta inst	16%

5.4.6. Expresiones de religiosidad:

Se observa alto grado de participación en PRÁCTICA DE CULTOS por parte de los afiliados encuestados con un 89% de representación. Los que antes de jubilarse participaban lo hacían en un 51%.

CUADRO 63: PARTICIPACIÓN EN PRÁCTICAS DE CULTO		
PRÁCTICA DE CULTO	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	11%	49%
PARTICIPA	89%	51%

Los afiliados que participan diferentes cultos lo hacen en la actualidad pues tenían anteriormente ese hábito. Entre los que no participan se observa un 62% de afiliados que han cambiado de hábito, ya que antes practicaban algún culto y hoy han dejado de hacerlo.

CUADRO 64: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN PRÁCTICAS DE CULTO			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	100%	Por hábitos anteriores	38%
Por cambio de hábitos		Por cambio de hábitos	62%

En cuanto a los afiliados que en la actualidad ASISTEN A OFICIOS RELIGIOSOS, el 62% participa. Antes de jubilarse lo hacía el 41%, por lo que se observa una tendencia protectora de la participación para esta actividad, con la situación de jubilación.

CUADRO 65: PARTICIPACIÓN EN ASISTENCIA A OFICIOS RELIGIOSOS		
ASISTENCIA A OFICIOS	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	38%	59%
PARTICIPA	62%	41%

De los afiliados que participan el 100% lo hace porque tenía el hábito antes de jubilarse. De los que no participan, el mayor porcentaje lo hace porque ha cambiado de hábito, siguiéndole los que no habían asistido a oficios antes de jubilarse.

CUADRO 66: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN ASISTENCIA A OFICIOS RELIGIOSOS			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	100%	Por hábitos anteriores	38%
Por cambio de hábitos		Por cambio de hábitos	62%

Respecto a la participación EN GRUPOS comprometidos con el ejercicio del culto, se observa un amplio predominio de los que no lo hacen, superando el 80% de los casos. Antes de jubilarse los afiliados tampoco participaban con un porcentaje similar de representación.

CUADRO 67: PARTICIPACIÓN EN GRUPOS RELIGIOSOS		
EN GRUPOS	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	82%	83%
PARTICIPA	18%	17%

Los afiliados manifiestan en mayor porcentaje, que no participan en los grupos mencionados por que antes de jubilarse no tenían el hábito de hacerlo.

CUADRO 68: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN GRUPOS RELIGIOSOS			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores		Por hábitos anteriores	40%
Por cambio de hábitos		Por cambio de hábitos	20%
Por oferta institucional		Por nuevas situaciones	20%
		Por otros motivos	20%

5.4.7 Actividades de representación:

Los afiliados NO PARTICIPAN POLÍTICAMENTE en su mayoría, superando el 95%. Antes de jubilarse tampoco participaban el 91% de los afiliados.

CUADRO 69: PARTICIPACIÓN POLÍTICA		
PARTICIPACIÓN POLÍTICA	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	96%	91%
PARTICIPA	4%	9%

El alto porcentaje de afiliados que no participa en actividades políticas no lo hacía antes de jubilarse en el 50% de los casos, pero el otro 50% dejó de hacerlo.

CUADRO 70: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN POLÍTICA			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores		Por hábitos anteriores	50%
Por cambio de hábitos		Por cambio de hábitos	50%

Prácticamente la totalidad de los afiliados encuestados no participa en ONG. Tampoco lo hacían en el pasado.

CUADRO 71: PARTICIPACIÓN EN ONG		
ONG	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	99%	98%
PARTICIPA	1%	2%

Del total de afiliados que ha manifestado no participar, el 67% no lo hace, pues antes de jubilarse el 67% tampoco formaba parte de actividades desarrolladas por este tipo de instituciones. Un 33% ha cambiado sus prácticas al respecto, no participando en la actualidad.

CUADRO 72: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN ONG			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores		Por hábitos anteriores	67%
Por cambio de hábitos		Por cambio de hábitos	33%

Teniendo en cuenta que existe en la actualidad el ámbito de los FOROS INFORMÁTICOS como medio de participación, se observa que entre las personas que hoy están jubiladas, el 99% no lo utiliza. Antes de jubilarse tampoco tenían acceso a esta modalidad informática de participación.

CUADRO 73: PARTICIPACIÓN EN FOROS		
FOROS	AHORA	ANTES

INFORMÁTICOS		
NO PARTICIPA	99%	99%
PARTICIPA	1%	1%

Como puede observarse en el cuadro siguiente el 100% de los afiliados que no participan, manifiestan que no utilizan los foros informáticos pues no tenían el hábito de hacerlo antes de la Jubilación.

CUADRO 74: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FOROS			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores		Por hábitos anteriores	100%

Se observa que en estas actividades de representación los afiliados participan en mayor porcentaje en LOS CENTROS DE JUBILADOS.

CUADRO 75: PARTICIPACIÓN EN CENTROS DE JUBILADOS		
CENTROS JUBILADOS	DE	AHORA
NO PARTICIPA		72%
PARTICIPA		28%

Las personas que participan en los Centros de Jubilados lo hacen en el 100% de los casos por haber tenido el hábito previo de formar parte de alguna organización. Los que no participan manifiestan como causa de su no inclusión en estas instituciones, el hecho de no haber formado parte de alguna organización en el 50% de los casos y en el 50% restante por haber decidido no incluirse en las de este tipo después de jubilados.

CUADRO 76: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN CENTROS DE JUBILADOS			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	100%	Por hábitos anteriores	50%
Por cambio de hábitos		Por cambio de hábitos	50%

5.4.8 Actividades de defensa y de ejercicio de derechos:

Los afiliados no participan en su mayoría en acciones por la DEFENSA DE SUS DERECHOS. Tampoco lo hacían antes de jubilarse.

CUADRO 77: PARTICIPACIÓN EN DEFENSA DE LOS DERECHOS		
DEFENSA DE DERECHOS	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	95%	96%
PARTICIPA	5%	4%

De los que participan manifiestan en el 100% de los casos que antes de jubilarse no tenían el hábito de participar en la defensa de sus derechos. Los afiliados que no participan, manifiestan que no lo hacen por las nuevas situaciones que atraviesan por su situación de jubilados; le siguen en orden de importancia los que no lo hacen por no haber desarrollado este tipo de actividades antes de jubilarse y tercer porcentaje por haber cambiado de hábitos al respecto.

CUADRO 78: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN LA DEFENSA DE LOS DERECHOS			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	100%	Por hábitos anteriores	38%
Por cambio de hábitos		Por cambio de hábitos	12%
Por oferta institucional		Por nuevas situaciones	50%

Respecto a la participación en acciones vinculadas a RECLAMOS SALARIALES, más del 90% no participa actualmente en las mismas. Tampoco lo hacían antes de jubilarse en aproximadamente la misma proporción.

CUADRO 79: PARTICIPACIÓN POR RECLAMOS SALARIALES		
RECLAMOS SALARIALES	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	97%	94%
PARTICIPA	7%	6%

Respecto a la manifestación de los motivos por los que no participan en este tipo de actividades, el 50% manifiesta no practicarlas por no haber tenido el hábito de desarrollarlas antes de jubilarse y el 50% restante que sí las realizaba ha decidido no practicarlas después de jubilarse.

CUADRO 80: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN POR RECLAMOS SALARIALES			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores		Por hábitos anteriores	50%
Por cambio de hábitos		Por cambio de hábitos	50%

En cuanto a la participación por RECLAMOS AMBIENTALES, el 97% de los afiliados no realiza actividades de ese tipo en la actualidad y en la misma proporción no las desarrollaban antes de jubilarse.

CUADRO 81: PARTICIPACIÓN POR RECLAMOS SALARIALES		
RECLAMOS AMBIENTALES	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	97%	97%
PARTICIPA	3%	3%

El 100% de los afiliados que sí las practican manifiestan que es por un cambio de hábito en ese sentido y de los que no participan en las mismas, el 100% no lo hacía tampoco antes de jubilarse.

CUADRO 82: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN RECLAMOS SALARIALES			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores		Por hábitos anteriores	100%
Por cambio de hábitos	100	Por cambio de hábitos	

En cuanto a acciones vinculadas a LA SEGURIDAD, los afiliados no participan en ellas en un 94%, pero se observa que el 6% de los que sí lo hacen representan un incremento frente al 2% que no participaba antes de jubilarse.

CUADRO 83: PARTICIPACIÓN EN RECLAMOS POR SEGURIDAD		
POR SEGURIDAD	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	94%	98%
PARTICIPA	6%	2%

El 100% de los afiliados que participa lo hace pues ha cambiado sus hábitos y el 100% de los que no lo hacen refieren que no lo hacían antes de jubilarse.

CUADRO 84: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN RECLAMOS SALARIALES			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores		Por hábitos anteriores	100%
Por cambio de hábitos	100%	Por cambio de hábitos	

5.4.9. Actividades solidarias.

Los afiliados que desarrollan acciones solidarias brindando AYUDA EMOCIONAL a quienes lo necesitan de su entorno representan el 68%. Antes lo hacían el 44% , por lo que se pone de manifiesto una tendencia positiva para la práctica de este tipo de ayuda después que se han jubilado los afiliados encuestados.

CUADRO 85: PARTICIPACIÓN EN PRÁCTICAS DE AYUDA EMOCIONAL		
AYUDA EMOCIONAL	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	32%	56%
PARTICIPA	68%	44%

El 100% de los afiliados que ofrecen este tipo de ayuda lo hacen actualmente pues lo hacían antes de jubilarse y ente los que no brindan ayuda emocional el 50% no lo hacía antes de jubilarse y mantiene el hábito y en cambio el 50% dejó de participar en este tipo de actividad solidaria.

CUADRO 86: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN PRÁCTICAS DE AYUDA EMOCIONAL			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	100%	Por hábitos anteriores	50%
Por cambio de hábitos		Por cambio de hábitos	50%

Los afiliados que brindan AYUDA PRÁCTICA a quienes lo necesitan representan el 52%. Antes de jubilarse solamente lo practicaba el 33%, por lo que se observa un incremento de la participación en este tipo de actividad solidaria en la etapa posterior a la jubilación.

CUADRO 87: PARTICIPACIÓN EN ACCIONES DE AYUDA PRÁCTICA		
AYUDA PRÁCTICA	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	48%	67%
PARTICIPA	52%	33%

El mayor porcentaje de afiliados que participa en brindar ayuda práctica, lo hace porque tenía este hábito antes de jubilarse. Respecto a los que no participan el 50% no tenía por hábito brindar ayuda práctica y el 50% que sí lo hacía ya no lo practica; el 50% restante manifiesta no poder brindar ayuda práctica después de jubilarse por razones de salud.

CUADRO 88: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN ACCIONES DE AYUDA PRÁCTICA			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	80%	Por hábitos anteriores	50%
Por situación actual	20%	Por salud actual	50%

Respecto a la AYUDA ECONÓMICA, se observa que si bien el porcentaje mayor lo representan quienes no brindan este tipo de ayuda, los que sí lo hacen representan más del 30%. Este porcentaje es mayor que el de las personas que antes de jubilarse no brindaban este tipo de ayuda, por lo que se pone en evidencia que a pesar de que la población de afiliados se encuentra en una situación económica de vulnerabilidad, brinda ayuda económica en mayor proporción que antes de jubilarse.

CUADRO 89: PARTICIPACIÓN EN ACCIONES DE AYUDA ECONÓMICA		
AYUDA ECONÓMICA	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	69%	77%
PARTICIPA	31%	23%

Respecto a las causas manifestadas por los afiliados para describir los motivos por lo que no brindan ayuda económica, el mayor porcentaje refiere a motivos varios siguiéndole en orden de importancia los que no lo hacen por razones económicas.

CUADRO 90: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN ACCIONES DE AYUDA ECONÓMICA			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores		Por hábitos anteriores	14%
Por situación actual		Por salud actual	14%
		Por razones económicas	28%
		Por otros motivos	44%

Los afiliados que BRINDAN COMPAÑÍA como práctica solidaria, el mayor porcentaje corresponde a los que sí la brinda, superando el 50% de los casos. Si se considera que según presenta el siguiente cuadro los que no practicaban este tipo de ayuda era del 35%, se observa una tendencia positiva para el desarrollo de esta práctica solidaria después de la jubilación.

CUADRO 91: PARTICIPACIÓN EN ACCIONES DE COMPAÑÍA		
COMPAÑÍA	AHORA	ANTES
NO PARTICIPA	44%	65%
PARTICIPA	56%	35%

El 100% de los afiliados que brindan este tipo de ayuda lo hace pues desarrollaba esta práctica como hábito antes de jubilarse y el 100% de los que no participan, tampoco lo hacían antes.

CUADRO 92: CAUSAS POR TIPO DE PARTICIPACIÓN EN ACCIONES DE COMPAÑÍA			
CAUSAS POR LAS QUE PARTICIPA		CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA	
Por hábitos anteriores	100%	Por hábitos anteriores	100%

5.5. Causas manifestadas por los afiliados como motivos de su decisión de no participar en las actividades socio preventivas:

Se presentan en el siguiente cuadro las causas que han manifestado el 78,79% de los afiliados encuestados, por las que no participan en las actividades socio preventivas.

Se destacan en primer lugar los que no concurren por causas vinculadas a su cuerpo (25,62%); le siguen en segundo lugar aquellos que no asisten por que no cuentan con recursos económicos suficientes (21,16%); en tercer lugar se encuentran aquellos que han manifestado que las actividades socio preventivas no son de su interés (18,18%) y en cuarto lugar aquellos que no tienen tiempo por cuidar a otras personas (16,03%).

CUADRO 93: CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA EN ACTIVIDADES PREVENTIVAS	
TIPO DE CAUSA	%
NO LE INTERESA	18,18%
NO LE GUSTA	4,96%
NO LE VE UTILIDAD	0,0%
POR SU CUERPO	25,62%
RECURSOS ECONÓMICOS INSUFICIENTES	21.16%
NO TIENE TIEMPO POR CUIDAR A OTROS	16.03%
HORARIOS INADECUADOS	0,83%
LUGAR INACCESIBLE	0,83%
ZONA PELIGROSA	3,31%
OTRAS	4,13%
SIN RESPUESTA	4,96%

Considerando cada uno de los motivos manifestados se observa, conforme al sexo de cada uno de los encuestados que las mujeres han expresado más diversidad de causas que los varones.

Entre las causas manifestadas por las afiliadas en una proporción del 100% respecto a los varones, se destacan las vinculadas a horarios inadecuados, lugar inaccesible y a zonas peligrosas que dificultan se acceso a las actividades socio preventivas. Con más del 80%, se observa que no concurren por recursos económicos. Del total de encuestados que manifestaron que no les interesan las actividades, las mujeres representan el 77%. También

tienen una representación mayor que los hombres (65%) en las causas de no participación vinculadas a que su cuerpo les impide el desarrollo de las actividades preventivas. Respecto a las causas referidas a la no participación en las actividades preventivas por tener que cuidar a otras personas, las mujeres representan el 60%, resultando interesante el hecho de que el los varones con un 40% también manifiesten esta causa. En cuanto a los encuestados que expresaron que las actividades preventivas no les gustan, los varones tienen mayor porcentaje (67%) de representación.

CUADRO 94: CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA EN ACTIVIDADES PREVENTIVAS POR SEXO		
TIPO DE CAUSA	MASCULINO	FEMENINO
NO LE INTERESA	23,00%	77,00%
NO LE GUSTA	67,00%	34,00%
POR SU CUERPO	35,00%	65,00%
RECURSOS ECONÓMICOS INSUFICIENTES	17,00%	83,00%
NO TIENE TIEMPO POR CUIDAR A OTROS	40,00%	60,00%
HORARIOS INADECUADOS		100,00%
LUGAR INACCESIBLE		100,00%
ZONA PELIGROSA		100,00%

Se ha considerado el comportamiento de los afiliados mayores y menores de 70 años según las causas que motivan su falta de participación en las actividades preventivas. Al respecto se observa que en el 100 % de los casos, los mayores de 70 años manifiestan que los horarios de las actividades son inadecuados y el 100% de los que manifiestan que el lugar es inaccesible son los menores de 70 años.

Como otra diferencia que se observa en la distribución por tipo de causas, se observa que respecto a la falta de recursos económicos suficientes para el desarrollo de actividades preventivas, los mayores de 70 años lo manifiestan en un 77%.

También tienen predominio entre los afiliados encuestados de más de 70 años la causa vinculada a la falta de tiempo por el cuidado de otros, que representan con un 60%.

Respecto a los otros tipos de causas manifestadas no se observan diferencias dignas de destacar entre estos distintos grupos etáreos.

CUADRO 95: CAUSAS POR LAS QUE NO PARTICIPA EN ACTIVIDADES PREVENTIVAS POR EDAD		
	MAYORES A 70 AÑOS	MENORES A 70 AÑOS
NO LE INTERESA	59,00%	41,00%
NO LE GUSTA	50,00%	50,00%
POR SU CUERPO	55,00%	45,00%
RECURSOS ECONÓMICOS INSUFICIENTES	77,00%	23,00%
NO TIENE TIEMPO POR CUIDAR A OTROS	60,00%	40,00%
HORARIOS INADECUADOS	100,00%	
LUGAR INACCESIBLE		100,00%
ZONA PELIGROSA	50,00%	50,00%

6. Interpretación de los resultados

La lectura de los resultados del comportamiento de las variables investigadas y su confrontación con las teorías gerontológicas sobre el envejecimiento, la participación y la vulnerabilidad social, han permitido lograr un acercamiento a la comprensión del fenómeno de la reducida participación en las actividades recreativas, cognitivas y físicas del Programa Nacional Socio Preventivo, por parte de los afiliados en situación de vulnerabilidad, sujetos de derecho de las prestaciones alimentarias directas de bolsón y de comedor del Programa de Seguridad Alimentaria de la Obra Social PAMI, en la Unidad de Gestión III de la Provincia de Córdoba de la República Argentina.

El objetivo que orientó la investigación estaba referido a la identificación de los factores vinculados a los distintos grados de su situación de vulnerabilidad y a los que resultan de su proceso de envejecimiento, según la percepción de los mismos, que pudieran incidir en la decisión de no participar, de los afiliados sujetos de la investigación, en las actividades socio preventivas mencionadas.

Respecto a los factores vinculados a la situación de vulnerabilidad, resulta necesario explicar que los afiliados sujetos de la investigación, tanto los que participan en las actividades preventivas como los que no lo hacen, conforman un grupo con características similares de vulnerabilidad por su situación previsional. Como se ha presentado tanto en el marco teórico como en la información estadística, a pesar de los esfuerzos del Estado en la última década por mejorar los haberes de este grupo poblacional, a la fecha se verifica una

situación de precariedad económica que determina en general, una similar situación de vulnerabilidad para este grupo poblacional. Como esta condición está determinada no sólo por los ingresos de los afiliados sino por otros factores, se observa que la población relevada presenta distintos grados de vulnerabilidad (alta, mediana y baja) y que se diferencian por esta condición, los afiliados que sí participan en las actividades socio preventivas y los que no lo hacen.

Respecto a la propia percepción del proceso del envejecimiento, como factor causal de la propia decisión de participación o no en las actividades socio preventivas ofrecidas por el PAMI, se han considerado para su identificación y descripción, las distintas concepciones que atraviesan el universo investigado. Desde el PAMI se ha concebido el Programa Nacional Socio Preventivo desde el paradigma del Envejecimiento Activo.

La importancia que la edad de los afiliados tiene en sí misma "como un factor causal, explicativo o descriptivo de la vida" (Bernice L. Newgarten, 1988) se ha interpelado como posible factor causal de la no participación.

Se ha considerado necesario optar también por una perspectiva de análisis de la respuesta de no participación de los afiliados, que supere las concepciones referidas a la edad vinculadas a la dicotomías biológicas de crecimiento - declinación.

Se optó entonces por la teoría del Ciclo Vital, que favorece la comprensión de los afiliados en un proceso continuo influenciado por el contexto histórico donde tienen lugar la selectividad, la optimización y la compensación.(Baltes ,2009).

Cada afiliado es considerado en este marco como un sujeto singular con representaciones propias de la vejez que han determinado para cada uno de modo diferente, la satisfacción que le puede brindar la participación social en actividades significativas.

Por lo expuesto se ha considerado el análisis de las percepciones de los afiliados respecto al desarrollo de las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria antes de jubilarse y en la actualidad y las causas que manifiestan referidas a su decisión de participar o no en las mismas. Del mismo modo se han considerado las respuestas de los afiliados respecto a su propia percepción respecto a la decisión de no participar en las actividades socio preventivas.

6.1. Factores que pueden incidir en no participar vinculados a los grados de vulnerabilidad

Como se ha presentado, el 78,79% de los afiliados no participan en las actividades Socio Preventivas. Incluidos los 21,21% que sí participan, todos se encuentran en situación de vulnerabilidad, condición por la que son titulares de las prestaciones alimentarias de bolsón o comedor. Adhiriendo a que la situación de cada afiliado es distinta por las influencias que han determinado su vida y que resultan en su situación de vejez actual, se han considerado en este marco los componentes que conforman las diferentes situaciones de vulnerabilidad que presentan y que pudieran estar vinculadas a su decisión de no participación, como "determinantes" en el proceso de motivación previa para la inclusión en las actividades, según lo expresado por la Teoría de la Participación.(Triado Tur). Como se ha presentado, se han conformado distintos grados de situación de vulnerabilidad (alto, mediano y bajo) según el comportamiento de las variables de situación habitacional, educacional, económica, sanitaria y relacional y se ha comparado el comportamiento de las mismas entre los afiliados que participan y los que no lo hacen, para establecer posibles diferencias que hayan incidido como factor causal de la decisión de no participación.

Como primera interpretación se observa que los afiliados que no participan presentan alto grado de situación de vulnerabilidad en comparación con los que sí participan. Este determinante de la decisión de no participación, como se presenta a continuación, pone de manifiesto una tendencia de predominio entre de la baja condición habitacional, educacional, económica, sanitaria y relacional que los ubica entre aquellos con alta situación de vulnerabilidad, es decir según la definición genérica, con persistencia de sus condiciones de debilidad o desprotección, por lo cual resulta esencial la consideración de este factor para proponer estrategias de intervención que favorezcan su inclusión en las actividades preventivas para disminuir el impacto de los factores de riesgo que presentan.

LA CONDICIÓN HABITACIONAL es considerada como una de las determinantes de la calidad de vida y conforma, en el marco de la Teoría de la Vulnerabilidad, parte de los activos de los que los adultos mayores hacen uso en forma continua. Si bien se observa que el mayor porcentaje de los afiliados sujetos del estudio tienen una condición habitacional mediana y que la misma se ve más representada en aquellos que tienen más de 65 años, los afiliados de menos de 65 años presentan situación habitacional baja por inferior

acumulación de este tipo de capital y son los que evidencian mayor representación entre los que no participan.

Esta variable ha presentado evidencia empírica de incidencia en la no participación de los afiliados.

LA CONDICIÓN ECONÓMICA de los afiliados es baja en su mayoría (81%), por los procesos estructurales descritos, pero como dato a destacar, los de condición mediana tienen mayor incidencia entre los que sí participan de las actividades socio preventivas.

La baja condición económica es uno de los aspectos que coloca en mayor situación de riesgo a los afiliados ubicándolos en situación de fragilidad por la precariedad de sus soportes económicos y si bien los sujetos de este estudio no presentan signos que permitan ubicarlos en "núcleos irreductibles de privación absoluta" según define Amartya Sen, de no tenerse en cuenta cuales son los aspectos económicos que les impiden utilizar los recursos como el programa socio preventivo, los afiliados pueden avanzar hacia un estado de exclusión de las oportunidades sanitarias que se les ofrecen para mejorar su calidad de vida.

LA CONDICIÓN EDUCACIONAL es baja en más del 50% de los encuestados. Los afiliados con este tipo de vulnerabilidad predominan entre los que no participan.

Resulta importante destacar que la condición educacional baja recién comienza a predominar entre los afiliados de más de 65 años. Es necesario vincular este hecho con el análisis de la cohorte a la que pertenecen los afiliados, atento a que el nacimiento de los mismos es en el año 1946. En esta cohorte que se inicia en 1945 y culmina en 1955, en Argentina, los afiliados desarrollaron sus primeros años de vida en un período que se caracterizó por una estrategia redistributiva a través de la asignación de recursos a las políticas de salud, de vivienda y entre otras a las de educación que permitió el acceso al sistema a todos los sectores de la población. Estas mejoras logradas en los niveles de vida, permitieron acceder a la escuela primaria a los afiliados que hoy tienen más de 65 años. Con los cambios producidos en las cohortes posteriores que indujeron un importante crecimiento global, se implementaron para el logro de estos objetivos, modelos excluyentes que limitaron la movilidad social de los afiliados y les impidieron acceder a los siguientes niveles educativos. Entre los afiliados de condición educacional baja se encuentran quienes no saben leer ni escribir, por lo que este aspecto para la definición de acciones preventivas en salud, debe ser tenido en cuenta a la hora de definir los mensajes sanitarios para que estos afiliados no queden al margen de los mismos, profundizando su situación de exclusión. Estas propuestas se desarrollan desde la adhesión a la concepción de que el aprendizaje se realiza

a lo largo de toda la vida, que incluyen modelos que superan los tradicionales, como los procesos de Educación Permanente (Pablo Freyre,1969)) o los de Educación Vitalicia (Carlos Fuentes,1999.).

LAS CONDICIONES SANITARIAS como factor de vulnerabilidad determinante de la no participación de los afiliados, se vincula a la consulta periódica a su médico de cabecera; al padecimiento de enfermedades y a la percepción de su salud. Los afiliados encuestados manifestaron que todos realizan consulta periódica con el médico de cabecera, en su mayoría, el 67% lo hace en forma mensual. Los que lo hacen en forma quincenal tiene una mayor representación entre los que participan. El 60% padece enfermedades. Si bien se desprende de la Teoría de la Participación que sería un determinante que conlleva a la no participación por el padecimiento de alguna patología, como este Programa Nacional Socio Preventivo está previsto entre otros para personas con Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad, es alto el porcentaje de los que padecen patologías que sí participan. El fundamento del programa es que basándose en la teoría de los Tercios, en caso de mantener la autonomía, los afiliados están en condiciones de practicar las distintas actividades previstas en los componentes que lo conforman ya sea recreativos, cognitivos y físicos.

Del análisis de los resultados sobre la auto percepción que tienen los afiliados sobre su estado de salud, con más del 90% de representación, se destacan los que perciben su salud como muy mala y mala entre los que no participan.

Este hecho representa la persistencia de valores dominantes de una concepción sobre el envejecimiento corporal, psicológico o social aislado de las otras dimensiones que lo involucran, como persistencia de las corrientes ideológicas que se ocupan solamente de la supervivencia del cuerpo. Como se ha visto en el análisis de las teorías, esta concepción tiene como déficit la falta de propuestas de solución para los otros aspectos que se modifican al envejecer por lo que al estar tan arraigada en los afiliados, implica que les dificulta la posibilidad de visibilizar los factores protectores previstos para el desarrollo de una vejez saludable que los involucre.

Siguiendo con el análisis, persiste también el discurso sobre la vejez vinculado a las "formas disciplinarias tendientes a diferenciar y particularizar a un grupo poblacional desde un binomio altamente discriminante: salud – enfermedad"⁴³.

⁴³ SALVAREZZA LEOPOLDO. "La Vejez, una mirada gerontológico actual". Editorial Paidós, Buenos Aires 1998.

Por lo expuesto, el mayor porcentaje de los afiliados están imbuidos de viejismo, conforme plantea L. Salvaressa en la obra citada en el párrafo precedente, ya que son portadores de un conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos en función de su edad. Como manifiesta el autor en la obra citada, estos preconceptos son adquiridos desde la infancia y luego se van racionalizando durante el resto de la vida y al identificar a los viejos desde el deterioro de sus condiciones físicas y desde el desapego, ponen en evidencia la dificultad de "hacer del objeto concreto la vejez, un objeto real, pensado, es decir incluirnos dentro del proceso evolutivo y pensarnos viejos nosotros mismos". Conforme a este análisis, por el alto porcentaje de afiliados con una auto percepción mala de su salud pondría de manifiesto el hecho de que se perciben a sí mismos con los déficits con los que concebían a los viejos cuando ellos no lo eran.

Este aspecto se pone en evidencia cuando los afiliados manifiestan expresamente que no participan por su salud, como causa prioritaria con una representación del 25,62%. Las mujeres lo manifiesta en el 65% de los casos mientras que los hombres en un 35% y no son significativas las diferencias entre mayores y menores de 65 años.

LA CONDICIÓN RELACIONAL de los afiliados como componente de la situación de vulnerabilidad que pudiera resultar determinante de la decisión de no participación ha mostrado según los resultados obtenidos que en la mayoría de los casos (40,40%) presentan condición relacional baja, vinculándose sólo con el desarrollo de hasta tres actividades por contactos con otros por actividades solidarias o por contactos formales con instituciones como grupos religiosos, partidos políticos, ONG y Centros de Jubilados. Entre los afiliados que sí participan se destacan los de condición relacional mediana, que se vinculan con 4 a 6 de las actividades mencionadas en el párrafo anterior.

Los varones que no participan presentan condición relacional baja en mayor proporción que las mujeres para esta misma categoría. Según la edad, salvo en los afiliados de 71 a 75 años que tienen alta condición relacional por desarrollar más de 6 actividades, tanto los de menos de 71 años como los de más de 75 años tienen baja condición relacional.

Siguiendo las consideraciones de Roberto Castell y García Roca respecto a que los adultos mayores pueden encontrarse en situación de vulnerabilidad si comienzan "un proceso de enfriamiento del vínculo social" que pudiera colocarlos en una situación de exclusión social, podría establecerse que la mayoría de los afiliados al presentar una condición relacional baja estarían transitando hacia esa situación, pero resulta necesario interpelar esta afirmación desde las Teorías referidas al interaccionismo simbólico y de éstas

la Teoría de la Continuidad, que hace referencia al hecho de que las personas en la vejez retienen las actitudes, valores y metas que desarrollaron en las etapas previas de su vida y que solamente se observa un declinar en las actividades (Bernice Neugarten 1968, 1981) "En la edad mediana y en la vejez las personas son inducidas por las experiencias pasadas a usar la continuidad como una estrategia adaptativa primaria para lidiar con los cambios asociados a una vejez normal⁴⁴. Estas afirmaciones permiten hacer otra interpretación de la baja condición relacional de los afiliados, atento a que la misma puede ser resultado de un proceso de continuidad de hábitos anteriores a esta etapa. Del mismo modo se consideran los fundamentos de la Teoría de la Selectividad Emocional que plantea la opción que hacen las personas en la vejez de elegir el tipo de actividades que quieren desarrollar, con quienes desean vincularse y que si reducen el número de vínculos no significa que estamos en presencia de desapego de los roles sociales sino que se ha optado por otro modo de vida que les permite un buen vivir.

El hecho de identificar que los afiliados desarrollan en su mayoría un reducido número de actividades pone en evidencia que no consideran que la actividad social "es en sí y por sí beneficiosa y produce una mayor satisfacción con la vida" como presupone la teoría de la actividad... De hecho críticas a esta teoría no pueden explicar que "algunas personas son felices estando pasivas y otras prefieren disminuir su nivel de actividad según avanzan edad". (Sanchez Salgado 2000).

6.2. Factores que pueden incidir en no participar según el desarrollo de actividades antes de jubilarse

Como segunda interpretación, del análisis de los datos correspondientes al desarrollo actual y anterior a la jubilación de las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) vinculadas a los componentes del Programa Nacional Socio Preventivo que se presentan a

⁴⁴ SANCHEZ SALGADO CARMEN DELIA. "Gerontología Social". Espacio Editorial. Buenos Aires .2000

continuación, se ha observado que existe predominio de la persistencia de los hábitos anteriores para el ejercicio de las mismas, que inciden en la decisión de no participar en las actividades del mencionado programa según han manifestado los afiliados. Se ha observado del mismo modo estrecha vinculación entre la imposibilidad de la realización de las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria, con aspectos vinculados a situaciones de vulnerabilidad económica que impiden el acceso de equipamientos para su desarrollo o para el acceso a actividades recreativas; dificultades en la inclusión de actividades culturales por situación educacional baja; inconvenientes para el desarrollo de actividades físicas o recreativas por la baja auto percepción de la salud.

Para el análisis de las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria, se considera que las mismas forman parte de las cinco categorías que Terence Mc.Donal (1982) citado por Sanchez Salgado en la obra referenciada con anterioridad, presenta como componentes del concepto de calidad de vida.

LAS ACTIVIDADES DE INTEGRACIÓN SOCIAL se conforman en este marco de las relaciones interpersonales que brindan calidad de vida y que incluyen a las familiares y a las vecinales. Se observa un predominio de los afiliados encuestados que realizan este tipo de actividades y manifiestan que es por el desarrollo de este hábito antes de jubilarse. Se observa que a pesar de haberse retirado de la vida laboral de ningún modo este hecho ha significado un retraimiento de la vida social. Este hecho se contradice con los preceptos de la teoría de la separación o del retraimiento (Cumings y Henry 1961) cuya tesis principal manifiesta que las personas de edad avanzada disminuyen su interacción social voluntariamente. El reducido porcentaje que no desarrolla en la actualidad estas actividades manifiesta que no lo hace por las nuevas situaciones que le toca vivir, como la viudez o por su salud.

LAS ACTIVIDADES CULTURALES que tienen que ver con el desarrollo personal como componente de la calidad de vida en la categorización presentada, tienen en los afiliados encuestados predominio entre los que sí las desarrollan respecto a la lectura de libros y revistas y la utilización de radio y de televisión y lo hacen por haber desarrollado este hábito desde antes e jubilarse. Las causas por las que no desarrollan este tipo de actividades están vinculadas a situaciones de vulnerabilidad económica por no tener acceso a la compra de Televisor o cultural por no haber aprendido a leer o escribir.

Respecto al uso de la computadora como acceso a la cultura, tienen predominio los que no la utilizan pero las causas manifestadas al respecto no hacen referencia al hecho de

no haber desarrollado este hábito antes de jubilarse sino al hecho de que no tienen acceso a la compra de recurso necesario. Esto evidencia por un lado la situación de vulnerabilidad económica ya descrita pero por otro lado habla de la capacidad adaptativa a distintas situaciones como el uso de nuevas tecnologías a las que estarían decididos a acceder si tuvieran los recursos.

LAS ACTIVIDADES COGNITIVAS no son practicadas por la mayoría de los afiliados. Respecto a la decisión de no participación en talleres literarios y capacitaciones, los motivos que manifiestan en el 100% de los casos está referido al hecho de no haberlas desarrollado antes de jubilarse. Resulta necesario destacar que los motivos que manifiestan los afiliados que no concurren a Talleres de la Memoria, se refieren a la falta de oferta institucional, lo que evidencia la valoración de estos espacios para el desarrollo de actividades cognitivas. Si se ha manifestado inquietud en que haya oferta institucional de estos espacios, se puede inferir que hay una preocupación por "el conocimiento que tienen sobre su memoria y sus creencias acerca de esta capacidad y de los efectos que el envejecimiento tiene sobre la misma y como influyen en su comportamiento y rendimiento en tareas que implica el uso de esta función cognitiva" (Carolina Felderberg y Dorina Stefani, 2007)

LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS como componentes también de la calidad de vida, no son desarrolladas por la mayoría de los afiliados encuestados. Los motivos difieren según de que actividades se trate. Al desarrollo de juegos de mesa o de actividades musicales no las realizan pues no tenían el hábito antes de jubilarse. A las labores o a las actividades vinculadas a la pintura y a las danzas, no las practican por razones de salud y no concurren al cine o no viajan por situaciones de vulnerabilidad económica como causas prioritarias. Se observa por un lado, como presenta la teoría de la continuidad, el desarrollo de los mismos hábitos que los afiliados tenían en etapas previas, (Newgarten 1968, 1981) pero también como causas de no participación, los aspectos que "impugnan la estrategia de la continuidad porque ella podría reducir la estima propia de la persona de edad avanzada cuando las dificultades en el estado de salud y en las limitaciones en los recursos económicos imponen modificaciones en los estilos de vida propios".(Carmen Delia Sánchez Delgado, 2000)

LAS EXPRESIONES DE RELIGIOSIDAD se consideraron en el marco de que las mismas son actividades espirituales y trascendentales que conforman parte de las categorías mencionadas que brindan calidad de vida. Las actividades vinculadas a las prácticas de cultos y asistencia a oficios son desarrolladas por más del 80% de los afiliados encuestados y manifiestan que lo hacen desde antes de jubilarse. En contrapartida se observa que no

participan en grupos formales de prácticas religiosas. Se puede vincular este hecho a que las expresiones de religiosidad representan actividades simbólicas que brindan satisfacción en sí mismas.

LAS ACTIVIDADES DE REPRESENTACIÓN sobre las que se ha indagado son las vinculadas a la participación de los afiliados en organizaciones políticas; en organizaciones no gubernamentales; en foros informáticos y en centros de jubilados, considerando que la inclusión de los mismos en estos espacios puede conformar entornos favorables para su vida según lo plantean los propósitos fijados por el Plan de Acción internacional para la Vejez. La mayoría de los afiliados no participa en este tipo de actividades y manifiestan tampoco haberlo desarrollado en el pasado. Coincide este resultado con el hecho de que la mayoría de los afiliados presenta condición relacional baja y si bien como se explicó en el párrafo correspondiente la decisión de no participar está vinculada como en este caso por la Teoría de la Continuidad y de la Selectividad Emocional, preocupa lo planteado por la Teoría de la Vulnerabilidad, que pone en valor a las redes familiares y vecinales y a las que conforman las actividades de representación que se han investigado como parte del capital social que sirve de factor protector de los afiliados. Se plantea entonces una contradicción entre la necesidad de respetar las decisiones de los afiliados y no inducirlos a una participación que no ejercen y poner de este modo en peligro la red de contención primaria que los protege de las situaciones de riesgo.

LAS ACTIVIDADES DE DEFENSA Y EJERCICIO DE LOS DERECHOS como actividades avanzadas de la vida diaria constituyen, de ser ejercidas, un factor protector para la calidad de vida de los afiliados en la medida en que le garantizan protagonismo en el ejercicio por su defensa ante las situaciones de vulnerabilidad que le generan situaciones de riesgo que afectan su vida. Las acciones evaluadas fueron la defensa de derechos, los reclamos salariales, ambientales y por situaciones de seguridad. Se observa que los afiliados encuestados solamente participan con una representación inferior al 10% en todos los casos y que el resto que no participa, tampoco lo hacía antes de jubilarse.

Como se ha mencionado en las referencias teóricas consideradas en esta investigación, Jodi Borja en la obra citada plantea que "los individuos requieren de una aceptación de valores universales mínimos y pautas elementales de convivencia a cambio de igualdad políticas y jurídica" y que, siguiendo al mismo autor, por la evolución de las demandas, los derechos han mutado a una cuarta generación que interpela por una modificación del tipo de intervención del Estado para protegerlos. Además esta nueva concepción jurídica involucra activamente a los ciudadanos en la defensa de tales derechos para lograrlo, pero como se

puede observar por los resultados, los afiliados sujetos de este estudio no se incluyen en este proceso, quedando al margen y sin demandar por espacios que les permitan "participar activamente en la formulación e implantación de políticas que afecten directamente su bienestar y compartir sus conocimientos y destrezas con las generaciones jóvenes"⁴⁵

LAS ACTIVIDADES SOLIDARIAS como la ayuda emocional, la práctica, la económica y la de compañía, contribuyen a conformar la red de apoyo social que brinda protección en caso de un ejercicio recíproco. Estas redes contribuyen a la disminución de los factores de riesgo de las personas de edad avanzada. (Gerard Kaplan 1974). Los resultados de la investigación muestran que solamente se observa predominio de la práctica de actividades de ayuda emocional y que el resto de actividades para brindar ayuda no se ejerce por la mayoría de los afiliados encuestados y que este hábito no lo hacen pues no era un hábito anterior a la jubilación. Si consideramos que uno de los efectos para que la red de apoyo social funciones como factor protector ante la situación de riesgo de los sujetos de este estudio, se observa que existe una situación de vulnerabilidad frente a la necesidad de recibir este tipo de ayudas, ya que al no estarla brindando no están generando la red de contención social pertinentes.

6.3. Factores que pueden incidir en no participar según la propia percepción de los afiliados.

Con referencia a las causas expresadas por los afiliados sujetos de derecho del Programa Probienestar de PAMI respecto a su decisión de no participar en las actividades del Programa Nacional Socio Preventivo y de su interpretación a través de las teorías, se concluye que las mismas corroboran lo hasta aquí planteado como determinantes de la decisión de no participar vinculadas con mayor incidencia a las representaciones resultantes de los preconceptos sobre la vejez asociada al deterioro; a la persistencia de hábitos desarrollados en el ciclo de vida y a la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran.

⁴⁵ Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Noviembre de 1995.

Se ha observado aunque con menor representación, causas que han incidido en la decisión de no participación por el contexto, según se presenta a continuación:

El 25,62% manifestó que no participa en las actividades "por su cuerpo" y si se considera que el 90% de los sujetos del estudio son autónomos, queda en evidencia que la percepción de sí mismos concuerda con el alto porcentaje de afiliados que manifestaron percibir su salud como mala o muy mala y que ya fuera analizado como un efecto del vejeismo residual en cada uno de los afiliados que se perciben a sí mismos como tal. Esta autopercepción deficitaria también es el resultado de que "las expectativas de otros influyen en el concepto que cada persona tenga de sí misma, Lehr (1994)⁴⁶" en consecuencia, la representación deficitaria que los viejos tengan de sí mismos, persistirá mientras perduren en la sociedad percepciones que ponen el énfasis en el deterioro de las funciones biológicas. Es necesario destacar que de los afiliados que manifestaron no participar de las actividades por su cuerpo son en su mayoría mujeres (65%) lo que pone de manifiesto su mayor permeabilidad a la percepción viejista de la sociedad que la de los varones.

No se observan diferencias significativas entre los afiliados mayores y menores de 70 años que manifestaron la misma causa.

En segundo lugar, el 23,14% está representado por los afiliados que han manifestado que no participan por que las actividades "no les gustan y no les interesan". Las mujeres han manifestado en mayor proporción que no participan en las actividades pues no les interesa y los varones son los que tiene mayor representación entre los que manifiestan que no les gustan las actividades propuestas por el programa Nacional Socio Preventivo.

Esta situación coincide con lo analizado previamente respecto a la decisión de los afiliados de no practicar Actividades Avanzadas de la Vida Diaria que tienen vinculación con la oferta del Programa Nacional Socio Preventivo (culturales, artísticas, recreativas, cognitivas, de representación y de defensa de los derechos), pues no las desarrollaban antes de jubilarse. Este hecho como se mencionara, se explica por la Teoría de la Continuidad que como se ha descrito en forma precedente, sostiene que los hábitos, gustos y estilos personales adquiridos y elaborados durante toda la vida, persisten y se mantienen en la vejez. Esta teoría sostiene que no hay ruptura radical ni transición brusca entre la edad adulta y la tercera edad, sino que se trata de cambio menores, ocasionales que surgen de las dificultades de la adaptación a la vejez (Iacub 2009).

⁴⁶ DULCEY RUIZ ELISA Y CECILIA URIBE." Psicología del Ciclo Vital: hacia una visión comprensiva de la vida humana". Revista Latinoamericana de psicología 2002. Vol 34. Nº 1-2 pág 17-27

En tercer lugar (21,16%) se destacan los afiliados que manifiestan no participar porque "sus recursos económicos son insuficientes". De éstos, las mujeres tienen un 83% de representación. Como se ha presentado, la totalidad de los afiliados bajo estudio tienen una baja condición económica y esta variable surge también como impedimento para el desarrollo de actividades que requieren de insumos que no pueden adquirir por este motivo. Esta variable pone en evidencia que "si bien la capacidad económica no mide una necesidad básica propiamente, intenta reflejar la probabilidad que tiene el hogar de obtener recursos suficientes y su capacidad de consumo"⁴⁷ y para este caso en particular, los recursos económicos por ser insuficientes, son un determinante en la decisión de no participación de esta población en las actividades socio preventivas. Se analiza este hecho ahora desde el enfoque de la Vulnerabilidad Social y desde sus tres componentes: los activos; las estrategias de uso de los activos y el conjunto de oportunidades que ofrece el mercado, el Estado y la sociedad Civil para superar las situaciones de riesgo (Kaztman 1999 – 2000 y Filgueira 1999). Se puede concluir que a pesar de que el Estado está brindando la oportunidad a través de la Sociedad Civil representada por los Centros de Jubilados como efectores comunitarios del Programa Nacional Socio Preventivo donde se realizan las actividades socio preventivas para proteger su salud, los afiliados no están pudiendo desarrollar estrategias para hacer uso de esta oferta por que tienen una situación deficitaria respecto a los activos que no les han permitido obtener los ingresos necesarios para satisfacer esta expectativa de ser incluidos en el Programa Nacional Socio Preventivo. En el encuadre del enfoque que se sigue, los afiliados sujetos de este estudio corresponden al grupo de vulnerables permanentes. Desde la perspectiva de la Teoría del Ciclo Vital, como se ha mencionado en el marco teórico, el ciclo de la vida supone procesos de selectividad (comprensión de las oportunidades y de las restricciones para rediseñar metas), optimización (adquisición de medios para el alcance de metas relevantes) y compensación (posibilidad de regular las pérdidas diseñando nuevas alternativas sin cambiar las metas) (Baltes 2000 y Staudinger 2000). Según este análisis y en analogía con el de la Vulnerabilidad, si los afiliados que no pudieron realizar estas actividades en el pasado reconocen por el proceso de selectividad la oportunidad que le ofrece el Programa Nacional Socio Preventivo de compensarlas ahora, quedan excluidos de esta posibilidad por la baja situación económica que presentan que contribuye a colocarlos en una situación de vulnerabilidad frente a posibles riesgos socio sanitarios.

⁴⁷ FRES JUAN CARLOS, JAVIER MANCERO "Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura". Div. Estadísticas y proyecciones Económicas. CEPAL ECLAC Santiago DE Chile 2001

Es necesario destacar que hay un 16,03% de afiliados que manifiestan que no participan en las actividades mencionadas por "cuidar a otros", constituyendo de este modo el sistema de la ayuda informal a los miembros de la familia y a los amigos.

El resto de los afiliados manifiestan como causas de su decisión de no participar el hecho de que la oferta de actividades presenta dificultades para su inclusión en las mismas por dictarse en horarios inadecuados y realizarse en lugares inadecuados y en zonas peligrosas. El 100% de los afiliados que manifestaron estas causas son mujeres y con referencia a la percepción por parte de las personas de más de 70 años se menciona que los horarios inadecuados lo plantearon el 100% de los mayores de 70 años; que a los lugares inaccesibles hacen referencia en el 100% de los casos los mayores de 70 años y tanto mujeres como varones que manifestaron estas situaciones como causas de su decisión de no participar, perciben la peligrosidad de las zonas donde se desarrollan. Si consideramos la importancia que tiene para los afiliados las condiciones del ambiente donde se desarrollan las actividades socio preventivas y como este entorno incide según la Perspectiva Ecológica del Desarrollo en el ciclo vital de las personas (Bronfrenbrenner 1979,1987), en este caso se concluye que impide el acceso de los afiliados a tales actividades. Se observa en el análisis de las respuestas mencionadas por los afiliados que perciben la inseguridad o inaccesibilidad, el comportamiento de los componentes de este concepto de ecología del desarrollo, referidos a estilos y condiciones de vida desarrollados en espacios; modalidades de dicha actividad y formas de interacción. Al respecto entonces deberán profundizarse las formas de interacción entre los actores institucionales que proponen y gestionan el desarrollo de las actividades socio preventivas; los efectores comunitarios que brindan los espacios donde se practican las mismas y los sujetos de derecho a quienes van dirigidas para acordar modificaciones en el contexto que permita la inclusión de los afiliados en su participación.

6.4 Conclusiones y reflexiones finales

Como se ha explicado precedentemente desde la responsabilidad de la gestión del Programa de Seguridad Alimentaria (Probienestar) de la UGL III de PAMI se interviene con prestación alimentaria directa de bolsones y comedores desde la red de Centros de Jubilados con el objetivo de reducir el riesgo nutricional de población de alta vulnerabilidad social. El PAMI por otra parte ofrece para reducir las situaciones de riesgo de los adultos mayores y favorecer su buen vivir, el Programa Nacional Socio Preventivo y se ha observado con

preocupación el fenómeno de que los afiliados titulares de las prestaciones de Probienestar no participan en los Talleres socio preventivos propuestos por la Institución.

Loas interrogantes que surgen para explicar este fenómeno se fueron ampliando a medida que se pretendía comprender la naturaleza del problema.

La primera explicación que surge en general por parte de los Equipos Técnicos que trabajan en la implementación de Programas Socio Preventivos es la de atribuir a la situación de vulnerabilidad de los afiliados, la causa de su decisión de no participar en las actividades preventivas. En el caso de los adultos mayores afiliados a PAMI, por sus haberes jubilatorios, en principio todos se encuentran en situación de vulnerabilidad y no obstante, hay algunos que constituyen el menor porcentaje que sí participan y otros con una representación de más del 78% que no lo hacen, por lo surgió el interrogante de la posibilidad de que existieran diferencias entre estas situaciones de vulnerabilidad que generaran grados atribuibles al comportamiento de las variables que los conforman y de este modo, como se ha demostrado en el punto anterior, se pudo observa que efectivamente había afiliados con alto grado, otros con mediano y el resto con bajo grado de vulnerabilidad. Realizada la investigación se pudo establecer además la siguiente tendencia que surgía para cada una de las variables analizadas: **LOS AFILIADOS QUE NO PARTICIPABAN EN LAS ACTIVIDADES SOCIO PREVENTIVAS TENÍAN MAYOR GRADO DE VULNERABILIDAD.**

Surge como interrogante también, si la causa de la decisión de no participar de los afiliados podría ser atribuida a hábitos anteriores a jubilarse y si hubo cambios en el modo de participar por la propia percepción que sobre su envejecimiento tenían de sí mismos. Por este motivo se recurrió a Teorías que explican los cambios que se producen al envejecer. En la investigación se indagó sobre la participación en distintos tipos de actividades que hacen al buen vivir de las personas antes y después de jubilarse y la causas manifestada por ellos respecto a los motivos porque no participaban. El resultado de la investigación arrojó que **LOS AFILIADOS QUE NO PARTICIPAN HOY EN LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS NO LO HACÍAN TAMPOCO ANTES DE JUBILARSE.** Interpretado este factor desde la Teoría de la Continuidad, nos permite comprender que la elección realizada por los afiliados de no participar actualmente está vinculada a su proceso personal.

También como interrogante se planteó el hecho de que pudieran estar incidiendo como factor en la decisión de no participar, concepciones invalidantes en la noción de su situación de envejecimiento por lo que se indagó sobre la percepción propia sobre las causas por las que no participaban en las actividades preventivas, de este modo los resultados pusieron de manifiesto que LA PRINCIPAL CAUSA MANIFESTADA POR LOS AFILIADOS POR LA QUE DECIDEN NO PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS, ESTABA RELACIONADA CON ASPECTOS VINCULADOS CON SU CUERPO, QUE COINCIDE CON QUE EL MAYOR PORCENTAJE DE AFILIADOS QUE NO PARTICIPA PERCIBE SU SALUD COMO MUY MALA.

Es necesario destacar que se han observado, en los resultados presentados, algunos factores que si bien no tienen una representación porcentual significativa han surgido como preocupaciones por los afiliados a la hora de tomar decisiones sobre la participación o no en las actividades preventivas. Se hace referencia a los problemas vinculados al medio ambiente, tanto por los aspectos físicos de los mismos, zonas inaccesibles con barreras arquitectónicas como por los aspectos referidos a la seguridad ciudadana.

También de los resultados presentados es importante destacar, que pese a mantener conductas respecto a la no participación en actividades porque no lo hacían en el pasado, la capacidad adaptativa de algunos afiliados se comienza a observar en las motivaciones o expectativas para el aprendizaje de nuevas tecnologías o para el fortalecimiento de su memoria, cuya pérdida visualizan como preocupación y ante este hecho reclaman espacios para ejercitarla.

Ante el conocimiento de los factores que pueden estar incidiendo en la decisión de no participar de los afiliados en las actividades físicas, cognitivas y recreativas, se comprende, desde el compromiso ético de lograr la inclusión en las mismas de la población con mayor grado de vulnerabilidad, que si bien se está trabajando en la prevención de su riesgo nutricional a través de la prestación alimentaria directa de comedores y bolsones, que ésta no resulta suficiente si pensamos la salud desde una concepción integral, a la luz de la que surgen las otras situaciones de riesgo a los que los afiliados están expuestos y para las que PAMI ofrece otro tipo de Programas como el Programa Nacional Socio Preventivo, en el que no se incluyen en más del 70% de los casos, a pesar de ser sujetos de derechos de los mismos.

El fenómeno del envejecimiento poblacional involucra todos los sistemas gerontológicos y permanentemente interpela los conocimientos de los formuladores de políticas públicas para dar respuesta a las necesidades de los adultos mayores. Ante los resultados obtenidos en la investigación y el conocimiento que se ha obtenido respecto a los factores que están incidiendo en la decisión de no participar en actividades preventivas de los afiliados con alto grado de vulnerabilidad socio económica, surgen las siguientes propuestas que pretenden ser un aporte para dar profundidad a la comprensión de las distintas situaciones de vulnerabilidad por las que atraviesan los sujetos de derecho de las futuras intervenciones socio preventivas; de sus prejuicios respecto a su propio envejecimiento; de su ciclo de vida; de sus temores respecto al medio en que se desarrollan y de sus nuevas expectativas para lograr un buen vivir, con el fin de promover Programas Socio Preventivos Inclusivos:

Considerar los diferentes grados de situación de vulnerabilidad que presentan los grupos poblacionales con los que se quiere intervenir, pues el comportamiento de cada una de las variables que la conforman permite conocer el perfil de la población con la que se intervendrá o las posibilidades de las mismas para acceder a la oferta prestacional, con el propósito de implementar estrategias para revertirlas.

(Ejemplo: % de personas que no saben leer ni escribir; falta de consulta periódica al médico; falta de recursos para acceder a insumos para desarrollo de actividades, etc.).

Indagar previamente sobre la auto percepción que tienen sobre la salud los adultos mayores y si hay resabios de viejismo en ellos para que en tal caso prever como primeras acciones capacitación y reflexión sobre estos aspectos para su superación.

Prever para su mejoramiento, el relevamiento de condiciones ambientales de los ámbitos de desarrollo de las actividades preventivas pues por barreras arquitectónicas; insalubridad o inseguridad pueden entorpecer o impedir las intervenciones. Se propone utilizar la metodología de la Epidemiología Comunitaria que permite hacer visibles por parte de los ciudadanos los determinantes que están influyendo en su salud, en particular los referidos al medio ambiente, como causales de situaciones de riesgo o como impedimentos para la accesibilidad de los servicios preventivos, uno de los pilares para garantizar la Atención primaria de su Salud⁴⁸.

⁴⁸ INSSJYP. Manual de Epidemiología Comunitaria. PAMI. Universidad Nacional de Córdoba.2011

Prever metodologías para incluir en las redes de contención socio preventivas no sólo a la población que participa en actividades de alto impacto sino también a quienes por sus procesos anteriores no lo hacían. Esta propuesta tiene por objeto considerar la inclusión de personas aisladas que están en mayor situación de riesgo a través de redes de voluntarios que los involucren en las acciones propuestas (Ejemplo: Cuadernos viajeros de alfabetización; educación alimentaria nutricional en domicilio, etc.)

Profundizar en la capacitación gerontológica a personal de Equipos Profesionales, Técnicos y Administrativos que intervienen con Adultos Mayores para que puedan identificar los procesos que atraviesan y sus particularidades, con el propósito de favorecer el desarrollo de estrategias desde su conocimiento en la práctica que permitan lograr la valoración de las acciones preventivas previstas para su buen vivir y su participación en las mismas.

Incluir a los adultos mayores desde la etapa de identificación de problemas y necesidades previa a la formulación de los Programas pues resulta imprescindible “no sólo conocer la dimensión o intensidad de los problemas sino también se trata de averiguar si existe la posibilidad de contar con la participación de aquellos sobre los que se pretende intervenir” (Daniel Sotelsek Salem, 2009)

Participación proviene del latín “participare” que significa formar parte. Los adultos mayores para sentirse motivados a formar parte de los Programas previstos desde los Paradigmas del Estado de Bienestar como sujetos de derecho, deben ser incorporados en las fases de identificación de las necesidades y en las restantes de implementación y monitoreo permanente. Esta estrategia permitirá garantizar la identificación conjunta de prejuicios que perduran y que limitan las expectativas tanto de los adultos mayores como la de los formuladores e implementadores de las Políticas, con el objeto de revertirlas y de poder fijar metas que estén referidas a una nueva visión de sí mismos, que sean alcanzables y que les permitan desarrollar un envejecimiento con indicadores saludables. “El envejecimiento de la población con independencia, autonomía y alta calidad de vida, puede ser una de las innovaciones del tercer milenio” (Moragas 1999).

7. Bibliografía.

BALLESTEROS R. FERNANDEZ "La investigación en España" en Congreso sobre Envejecimiento. Madrid, 9 al 11 Marzo 2011.

BORJA Jordi. " Ciudadanía y Globalización" en Clad. Reforma y Democracia. Nº 22. Febrero de 2002.

BORSOTTI CARLOS "Análisis de Datos: El concepto de propiedad espacio y la utilización de razones, tasas, proporciones y porcentajes". Técnicas de Investigación aplicadas a las Ciencias Sociales. J Cap. VIII Jorge Padua Ed. Fondo de Cultura Económica. México.

BUSSO GUSTAVO. "Vulnerabilidad Social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI" - Documento para el Seminario "Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América latina y el Caribe" Santiago de Chile – Junio 2001 – CEPAL - CELADE

CASTEL ROBERTO. "La Metamorfosis de la Cuestión Social". Cap. 1 Editorial Paidós. 1998.

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de población de la CEPAL. Boletín Demográfico Nº 73

CEPAL división de población. "Las personas mayores en América latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las Políticas" Síntesis presentada en Conferencia Intergubernamental sobre envejecimiento. Chile. 19 al 21 noviembre de 2003.

CONTE GRAND ALFREDO H Y MYCHSZULA SONI Y SOMOZA JORGE "La demografía y los regímenes de pensiones". OIT. Material de capacitación.

DÍAZ GUSTAVO TOMÁS. Miembro Titular SAD Especialista Medicina Familiar UNC Especialista en Geriátría CMPC Mag. en Gerontología Diversidad Nacional de Córdoba.

DULCEY RUIZ ELISA Y CECILIA URIBE VALDIVIESO. "Psicología del Ciclo Vital: hacia una visión comprensiva de la vida humana"

DULCEY RUIZ ELISA - CENTRO DE PSICOLOGÍA GERONTOLÓGICA – CEPSIGER, BOGOTA, COLOMBIA Y CECILIA URIBE VALDIVIESO. UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTÁ, COLOMBIA "Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprensiva de la vida humana". Revista Latinoamericana de psicología. Vol 34. Nº 1-2 pág 17-27. 2002

EDWIN ANA AMARÍA, Directora del INDEC, Publicación datos provisorios Censo 2010.

FASSIO ADRIANA "Aportes para la reflexión sobre políticas públicas y el bienestar en la vejez" En las VIII Jornadas de Psicología de la tercera Edad y la Vejez: Desafíos y logros frente al bien-estar en el envejecimiento. Buenos Aires.

FASSIO MÓNICA, PASCUAL Y SUAREZ. "Introducción a la metodología de la investigación". Editorial Macchi.1998.

FELDERBERG CAROLINA Y DORINA STEFANI."Autoeficacia y rendimiento en memoria episódica verbal y su influencia en la participación social de las personas de edad". Anales de Psicología 2007. Volumen 23. Nº 2.

FERES JUAN CARLOS y JAVIER MANCERO. "Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura". División Estadísticas y proyecciones Económicas. CEPAL ECLAC Santiago DE Chile. 2001.

FUTURAGE. DOCUMENTO BRUSELAS 2010.citado por R. Fernandez Ballesteros en Congreso sobre Envejecimiento: La investigación en España. Madrid, 9-11 Marzo 2011-

GUZMÁN JOSÉ MIGUEL,"Seguridad Económica en la Vejez una aproximación inicial" en la reunión de expertos en seguridad económica del Adulto Mayor del BID, OIT, CEPAL. Panamá. 2002.

HUENCHAN NAVARRO SANDRA "Políticas sobre Vejez en América Latina: Elementos para su análisis y tendencias generales". Notas de Población nº 78. CEPAL. CELADE.

IACUB RICARDO "Estética de la existencia –La vida es bella en la vejez?" En VIII Jornadas de Psicología de la tercera Edad y la Vejez: Desafíos y logros frente al bien-estar en el envejecimiento.

IACUB RICARDO. "Teorías y Enfoques sobre la personalidad en el envejecimiento y la vejez". 2009-

INDEC. Alicia Gómez. Dirección de Estadísticas Poblacionales INDEC- Silvia Mario Economista de Gobierno – Ministerio de Economía- Fernanda Olmos – Dirección de Estadísticas Poblacionales INDEC. "La Heterogeneidad de la Pobreza: perfiles Demográficos comparados" Trabajo realizado en el arco de del programa Desarrollos de Nuevas Metodologías para el Estudio de la Pobreza con datos censales.

INSSJYP. "Programa Nacional de Promoción Y Prevención Sociocomunitaria Res 585". Argentina, 2008.

INSSJYP. Manual de Epidemiología Comunitaria. PAMI y Universidad Nacional de Córdoba.2011.

KAZTMAN RUBÉN "Teoría Del Capital Social" PARA LA PNUD .2001 y Filgueira para CEPAL 1999.

LOMBARDO ENRIQUE. "Acerca de la construcción del envejecimiento como objeto de estudio".

MARRERO ADRIANA. "La Teoría del Capital Social.Una crítica en la perspectiva latinoamericana" Universidad De la República. Uruguay. 2000.

MENDOZA NUÑEZ VÍCTOR MANUEL, MARÍA DE LA LUZ MARTÍNEZ MALDONADO, ELSA CORREA MUÑOZ "El Desarrollo del envejecimiento activo en México".La Experiencia de la Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Zaragoza.

NEWGARTEN BERNICE, "los significados de la edad". Editorial Herder. Barcelona. 1999.

ONU. "Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas". Noviembre de 1995.

ORGANIZACIÓN IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL. "Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico". 2006.

PAOLA JORGE, LILIANA PENAS, MARÍA DEL PILAR FERNÁNDEZ, OFELIA PEREZ, LAURA MARTÍNEZ Y MÓNICA DEMARCO. "Construyendo el Trabajo Social con Adultos Mayores. Realidad y análisis de los centros de día". Consejo de Graduados en Servicio Social. Editorial Espacio. Buenos Aires. Argentina. 2003

PAOLA JORGE. "Es imprescindible la articulación a fin de presentar políticas sociales para la tercera edad" en Revista "Gerontología Mundial". Temas de Gerontología. Órgano de la IFA para América Latina y el Caribe.

PIÑA MARCELO. "El Capital Social de los Adultos Mayores desde la perspectiva del Desarrollo Humano. Escenarios emergentes y estrategias de intervención" 2008.

REDONDO NÉLIDA "Argentina: Reestructuración económica y envejecimiento poblacional". Editorial Imago Mundi. Buenos Aires. 1994.

INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda. Resultados finales. 2010.

REDONDO NÉLIDA Y GASCÓN SILVIA. "Programación de servicios integrados de cuidados de lar REDONDO ga duración para personas de edad con pérdida de autonomía en Argentina, Chile y Uruguay" en Cooperación internacional. OPS Gob. De Québec Canadá y ministerios de Salud de Argentina, Chile y Uruguay. Marzo 2005.

RICE CAR Y CARSTENSEN LAURA I. "En busca de independencia y productividad: como influyen las culturas occidentales en las explicaciones individuales y científicas del envejecimiento". Revista Latinoamericana de Psicología 2002. Volumen 34. Nº 1 y 2. pág 133-154.

SALEM DANIEL SOTELSEK "Estado de Bienestar y políticas Públicas". Universidad de Alcalá. Organización Iberoamericana de Seguridad Social.2000

SALVAREZZA LEOPOLDO. "La Vejez, una mirada gerontológica actual". Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina.1998.

SANCHEZ SALGADO CARMEN DELIA "Gerontología Social". Editorial Espacio. Buenos Aires 2000.

SAMPIERI HERNANDEZ, FERNANDEZ COLLADO Y BAPTISTA LUCIO, "Metodología de la Investigación" Segunda Edición, cap. 4,5,y 6. Editorial Mc Graw Hill.

VIVEROS MADARIAGA ALBERTO. "Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe. Políticas públicas y acciones de la sociedad". CEPAL, serie Población y desarrollo N° 22, Santiago de Chile, diciembre de 2001.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA. "Atención de la salud y condiciones de vida: viejas y nuevas demandas". En el marco de la Investigación 734/1 "Prácticas y representaciones sociales, su relación con las políticas asistenciales de salud y vivienda".Consejo de investigación de la UNS.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. "Active aging: a policy framework". Geneva. (2002)

8. Anexos