



Pensar la vejez desde el Estado. Las ideas y las intervenciones en la Región Sanitaria VIII, Buenos Aires, Argentina (2019-2023)

Reflecting on Old Age from a State Perspective. Ideas and initiatives in Health Region VIII, Buenos Aires, Argentina (2019–2023)

Silvina Aveni*

Palabras clave:

Estado
Políticas de salud
Personas mayores
Identidad geosanitaria
Región sanitaria VIII

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar el funcionamiento de las entidades gubernamentales que gestionan la salud de personas mayores, su concepción de vejez, su interacción y el rol que posee la Región Sanitaria VIII de Buenos Aires durante 2019-2023. Se aplica una metodología cualitativa basada en la recopilación de normativas nacionales e internacionales sobre el concepto de vejez. Luego, se analiza el aporte de once entrevistas semiestructuradas aplicadas a referentes de la salud pública de cada organismo del sistema de salud dedicado a personas mayores a nivel municipal, provincial y nacional. Los resultados indican una recepción positiva de paradigmas internacionales sobre personas mayores, aunque ciertas prácticas institucionales impiden su aplicación. Las políticas públicas de vejez están subsumidas en el papel del PAMI y la región sanitaria es utilizada como una división político-administrativa del Estado sin reconocer su funcionamiento específico.

* Profesora en Geografía (Universidad Nacional de Mar del Plata). Magíster en Ciencias Sociales y Humanidades con mención en Historia (Universidad Nacional de Quilmes). Becaria doctoral en Temas Estratégicos del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas (CONICET) y Técnicas, con lugar de trabajo en el Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales (INHUS- CONICET). Contacto: avenisilvina@gmail.com

Keywords:

State- Health Policies

Old people

Geosanitary Identity

Health Region VIII

Abstract

The aim of this article is to analyse the functioning of government entities that manage the health of older people, their conception of old age, their interaction and the role played by Health Region VIII of Buenos Aires during 2019-2023. A qualitative methodology is applied based on the compilation of national and international regulations on the concept of old age. Next, the contribution of eleven semi-structured interviews conducted with public health leaders from each health system agency dedicated to older persons at the municipal, provincial, and national levels is analysed. The results indicate a positive reception of international paradigms on older persons, although certain institutional practices prevent their application. Public policies on ageing are subsumed in the role of PAMI, and the health region is used as a political-administrative division of the State without recognising its specific functioning.

La salud, entendida más allá de cuestiones biológicas, adquiere de manera explícita un sentido multidimensional como bien y como derecho humano a partir de su registro en la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, y cuando es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mismo año como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”.¹ Esa conceptualización, cargada de críticas y debates,² da paso a una revisión que interpreta a la salud como un “proceso histórico-social que incluye enfermedades y padecimientos, sus modos sociales de atenderlos, así como la compleja red de cuidados que una sociedad posee”.³ O dicho de otro modo, como un proceso de salud-enfermedad-atención y cuidados, anclado en un espacio-tiempo que es dinámico y complejo por lo que requiere plasticidad e integralidad en su abordaje.

Desde la esfera política, la salud es un problema público⁴ conformado y atravesado por relaciones sociales entre sujetos individuales y colectivos que son considerados

1 OMS, 1949, p. 1.

2 López-Moreno, 1990; citado por Moreno-Altamirano, 2007; Rodríguez Carvajal y Meras Jáuregui, 2022.

3 Paz y Ramírez, 2019, p. 95.

4 Tobar, 2015.

actores cuando poseen capacidades y recursos para incidir en la toma de decisiones o búsqueda de soluciones.⁵ El Estado argentino, a través de las políticas de salud, es responsable de la provisión y organización de los servicios asistenciales para asegurar el acceso a la salud de todas las personas.

El Estado no debe entenderse un actor unívoco y homogéneo que solo puede ser interpretado a partir del estudio de la legislación, los ciclos económicos y el presupuesto, sino que para desentrañar su funcionamiento es necesario “preguntarse y averiguar quiénes ‘son’ el Estado en determinado tiempo y lugar”.⁶ En otras palabras, es propicio, por un lado, conocer las prácticas y experiencias de los sujetos que lo forman y las tensiones que surgen entre ellos hacia el interior del organigrama y hacia afuera de él. Por otro lado, es necesario dejar de mirar únicamente las ciudades capitales y sedes principales para apreciar el modo en que “agencias y funcionarios del Estado ubicados en ámbitos social o geográficamente periféricos respecto de los centros metropolitanos de la Argentina, replican (o no) lo que ocurre en los niveles ‘nacionales’”.⁷

La región sanitaria constituye una categoría de salud pública que hace observables, produce y reproduce desigualdades espaciales en el proceso de salud-enfermedad-atención y cuidados, por lo que se la concibe como una política estatal valiosa que merece ser indagada. “Cada región sanitaria se rediseña a partir de una identidad que la define y distingue de otras existentes”.⁸

Este artículo propone el concepto de identidad geosanitaria como concepto ordenador⁹ para comprender a las regiones de salud en tanto políticas públicas y acercar el rostro humano del Estado.¹⁰ La identidad geosanitaria abraza dos dimensiones inspiradas en la integralidad del proceso de salud-enfermedad-atención y cuidados. La dimensión político-institucional está centrada en el entramado de representantes del Estado encargados de la formulación y aplicación de programas destinados a la atención de la salud de personas mayores. Dentro de ella, es posible referir a su vez a dos subdimensiones. Por una parte, la subdimensión normativa que, inspirada en el componente formal-normativo del fenómeno jurídico,¹¹ recupera la legislación existente en diversos niveles de gestión sobre el cuidado de personas mayores. Y por

5 Crojethovic, 2021.

6 Bohoslavsky y Soprano, 2010, p. 15.

7 *Ibidem*, p. 18.

8 Paasi, 2002.

9 Saltalamacchia, 1997.

10 Bohoslavsky y Soprano, 2010.

11 Facio Montejo, 1992.

otra parte, la subdimensión institucional compuesta por testimonios de referentes, funcionarios o trabajadores de la salud, y la manera en que estas personas aplican, se apropian y resignifican las normativas, en línea con el componente estructural del fenómeno jurídico.¹² La segunda dimensión relevante para el Estado y su rol en materia de vejez es la cultural. La gestión que cada referente de salud realiza en la dimensión política trasluce conceptos de vejez y del cuidado. En este artículo las políticas focalizadas en personas mayores de la Región Sanitaria VIII (en adelante, RSVIII) son pensadas en la interrelación de esas dos dimensiones, la político-institucional y la cultural.

La RSVIII es una de las doce reparticiones en que se divide la Provincia de Buenos Aires¹³ como escala intermedia entre la esfera nacional y la municipal a la hora de instrumentar medidas y programas, como así también registrar información estadística. La RSVIII se conforma de dieciséis partidos bonaerenses caracterizados por un acentuado envejecimiento demográfico explicado por el aumento de la esperanza de vida y el descenso sostenido de la fecundidad.¹⁴ Todos los partidos registran valores superiores al 10% de residentes de 65 años y más, superando el umbral de 7% para clasificar a una población como envejecida.¹⁵

El objetivo de este trabajo es analizar el funcionamiento de las entidades gubernamentales que gestionan la salud de personas mayores en la RSVIII, la concepción de vejez que aplican, su grado de interacción y el rol que en ese entramado posee la figura de las regiones sanitarias. Ese acercamiento a las dimensiones político-institucional y cultural de la identidad geosanitaria podría aportar un insumo para analizar el organigrama que presta asistencia a personas mayores en el distrito aludido de la provincia de Buenos Aires, en el periodo que va desde el 10 de diciembre de 2019 hasta el 10 de diciembre de 2023. En tales años, la región sanitaria tuvo su máxima expresión en el sistema de salud durante la pandemia por COVID-19 al desempeñarse como concentradora de insumos y sede de reuniones intersectoriales. La pandemia dio visibilidad al rol de la región sanitaria para luego disipar ese papel central una vez lograda la estabilidad en el control de la enfermedad en 2023, momento en que concluye el período de análisis.

Para cumplir el objetivo, se aplicó una metodología cualitativa que permite captar y reconstruir experiencias y significados de las palabras de sus protagonistas.¹⁶ En cuanto

12 *Idem.*

13 Decreto 3377/06.

14 Otero, 2007; Manzano, 2016; Pérez Brignoli, 2022.

15 Organización de Naciones Unidas, 1956.

16 Ruiz Olabuénaga, 2012.

a las técnicas, para atender a la dimensión política (subdimensión normativa), se recopilaron normativas nacionales e internacionales referidas al concepto de vejez y se sistematizó información institucional sobre los períodos de gestión de cada organismo del sistema de salud dedicado a personas mayores a nivel municipal, provincial y nacional. En los casos en los que la información no fuera provista por entes oficiales, se utilizó una búsqueda en medios de prensa locales (La Capital, 0223 y Que digital) a través de nombres propios de autoridades en el recorte temporal señalado.

Para atender a la dimensión política (subdimensión institucional) y a la dimensión cultural, se reconstruyeron las narrativas de quienes integran las instituciones. Entre 2023 y 2024, se relevaron once entrevistas semiestructuradas aplicadas a referentes de la salud pública de esos organismos dedicados a las vejezes en el arco temporal indicado. El criterio de selección de los sujetos entrevistados ha sido intencional mediante la estrategia de bola de nieve/enlaces en red.¹⁷ Se emplearon los nombres propios de las autoridades consultadas y la institución a la que pertenecen por ser representantes de la salud con función pública, a excepción de una entrevistada que se desenvuelve como empleada administrativa y representante sindical de PAMI.¹⁸

De los once casos relevados, nueve agentes se formaron en el campo de la salud y siete ocupan cargos políticos. Estas personalidades ejercen predominantemente profesiones como la medicina (9 casos) en diversas especialidades.¹⁹ Varios informantes se desempeñan en docencia e investigación en la Universidad Nacional de La Plata y en la Escuela Superior de Medicina de la misma Universidad.

Las personas consultadas interpretan los procesos de transformación del sujeto beneficiario de la política pública y las normativas que aplican, a la luz de su formación, su función y la coyuntura política en la que se inscriben. Al integrar diferentes esferas del Estado, es posible que durante la entrevista busquen expresar ciertos sentidos positivos de su intervención pues la entienden como una evaluación de sus gestiones. Entonces, en los testimonios pueden aparecer elementos de deseabilidad social²⁰ y de autolegitimación, sumado a las tensiones y conflictos propios de la gestión, fundados bien en la presencia de diferentes colores político-partidarios o dados los inconvenientes que reviste la articulación entre los escalafones del organigrama institucional.

17 Scribano, 2008.

18 A cada una de las personas entrevistadas se le informó explícitamente los objetivos de esta investigación.

19 Se trata de Clínica Médica, Medicina General, Administración de Sistemas de Salud, Seguridad Social, Tercera Edad, Geriátrica, Gerontología Sanitaria Aplicada, Salud Pública, Pediatría, Psiquiatría Infantojuvenil; aunque también trabajan desde otras profesiones como Servicio Social, Sociología, Farmacéutica Hospitalaria, Abogacía, Actividad Física y Deporte.

20 Marradi, Archenti y Piovani, 2007.

El procesamiento de las entrevistas se consumó a partir del análisis temático para la identificación y organización de su contenido en base a patrones o temas que conducen a la comprensión e interpretación del fenómeno en estudio.²¹ Como resultado, se obtuvieron ejes que versan sobre la función de las instituciones consagradas a los adultos mayores; la concepción de las vejez que abrazan y de qué manera trabajan con ellas; las continuidades y cambios atravesados en la pandemia; el rol y la relación que mantienen con la RSVIII. Finalmente, los ejes obtenidos se organizaron por nivel de gestión y se escogieron fragmentos singulares que se reproducen de manera textual. Si bien la RSVIII presenta relativa autonomía, no puede eludir la normativa nacional a la que debe responder ni tampoco dejar de lado su necesario ajuste para su aplicación a escala local. En pos de reflejar esos niveles en interacción, el relato recorre dichas ordenaciones.

El artículo se estructura en cuatro secciones. En la primera y la segunda, se analizan las dimensiones político-institucional y cultural de la identidad geosanitaria en esa región a través de las entidades que gestionan el cuidado de adultos mayores en la escala nacional, provincial y municipal. En la tercera, se esboza la impronta de la pandemia en esas reparticiones y finalmente, se postulan las reflexiones finales.

Nivel de gestión nacional: concepciones de vejez y encuadres generales en el cuidado de personas mayores

La edad como atributo demográfico es una variable que sirve como organizadora social.²² En este caso bajo un criterio cronológico dominante, se considera personas mayores a partir de los 65 años cuando arriba el momento de retiro o jubilación. Sin embargo, este umbral no es universal. En países con elevada esperanza de vida y situación económica próspera, se mantiene el hito señalado. No así en países que registran menor expectativa de vida o su condición socioeconómica es desfavorable. En ellos,

“Las desigualdades en la vejez son producto de las desigualdades que sufren las personas a lo largo de toda la vida: la pobreza, el género, la etnia, la educación, la salud, el lugar de residencia, [todos] determinantes que impactan en la calidad de vida de las personas mayores.”²³

21 Braun y Clarke, 2006; citado por Mieles Barrera, Tonon y Alvarado Salgado, 2012.

22 Roqué, 2023, p. 484.

23 *Ibidem*, p. 499.

Especialmente en América Latina y el Caribe, los niveles de desigualdad en la esperanza de vida al nacer y en las condiciones socioeconómicas agudizan la vulnerabilidad de este grupo etario y determinan un umbral de 60 años para identificar a las personas mayores.²⁴ Las vejeces no son un grupo homogéneo, por lo que se estipula la división en subgrupos en base al aumento de la dependencia. A partir de los 75/80 años y sobre todo a partir de los 80 años, se magnifica la dependencia en las actividades de la vida diaria instauradas por parámetros internacionales.²⁵ Cuanto más saludables logren mantenerse, menor será la dependencia y será preciso “(...) armar una red de prevención y de promoción de la salud para que sigan teniendo su capacidad intrínseca sostenida, es decir, que puedan seguir haciendo lo que ellos quieren hacer, según la definición de envejecimiento saludable de la OMS”.²⁶

La mirada de género transversaliza estas desigualdades. Se asiste a un doble proceso de feminización del envejecimiento en Argentina, por una parte, porque la esperanza de vida de las mujeres es de 82,60 años.²⁷ Por otra parte, ellas necesitan más cuidados pues su vida prolongada se transita con enfermedades crónicas y discapacidad acrecentando su dependencia.²⁸ Simultáneamente, son quienes más cuidan tanto en instituciones como en el círculo familiar. “Predominan las mujeres sobre varones en residencias de personas mayores [argentinas], ...esto es cultural porque si hay un varón en una familia y hay mujeres, al varón se lo cuida [en su vivienda]. Es probable que la mujer [prefiera institucionalizarse] y no ser carga de nadie”.²⁹

A pesar de reconocerse estas disparidades en la fundamentación teórica de la administración sanitaria pública nacional, las entrevistadas postulan que en la práctica “la política de género está absolutamente invisibilizada en la vejez, ... a lo mejor no es necesario un programa focalizado [pero sí tener en cuenta a esas personas]”.³⁰

Sobre la base de estos lineamientos que definen al agregado poblacional que ocupa a este trabajo, la organización y el accionar de las instituciones aquí tratadas responden a concepciones sobre la vejez que han ido modificándose con el tiempo, y registran convivencia de múltiples sentidos en el presente. El cambio de encuadres no es un cambio de denomi-

24 Naciones Unidas, 2003; Sunkel & Ullmann, 2019.

25 El índice de Barthel es un instrumento ampliamente utilizado para este propósito y mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997).

26 Adriana, Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, comunicación personal, 2023.

27 INDEC, 2020; citado por MSAL- OPS, 2023.

28 Roqué, 2023.

29 Adriana, Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, comunicación personal, 2023.

30 Mónica R., PAMI, comunicación personal, 2024.

nación, es el resultado de un conflicto, una disputa de sentidos entre una definición con un fundamento y otras con otros fundamentos. Las matrices conceptuales en las que se basan los cambios de denominación pueden coexistir, pero a la hora de plasmarse en una normativa, necesariamente alguna predomina. Por un lado, es una disputa política que parte del campo legislativo, asociada a la dimensión política de la identidad geosanitaria y su subdimensión normativa. Y, por otro lado, hay una disputa en la resignificación y apropiación en quienes construyen su aplicación en las esferas del Estado, emparentada con la dimensión política de la identidad geosanitaria y sus subdimensiones institucional y cultural.

Particularmente en este apartado, el análisis de las entrevistas hace evidente un consenso en los testimonios recabados, lo que induce a la selección de algunas citas representativas. La vejez como “...concepto está en revisión constante... y va a depender mucho la connotación que puede tener esa representación desde el punto de vista social, familiar o la percepción de ser persona mayor y cómo asume esa etapa de su vida”.³¹ Una primera concepción en la gestión de este grupo poblacional los identifica como la “tercera edad”. Este término gerontológico referido a personas en fase jubilatoria o pensionada fue acuñado por el Dr. J. A. Huet quien presidía el Centro Internacional de Gerontología Social de París hacia 1950.³² En nuestro país, se aplicó esa denominación en la “Secretaría de Tercera edad”.³³ Ese rótulo presentaba un sesgo cronológico asociado a la pasividad y, cargado de imprecisión y ambigüedad, tal como lo apunta una entrevistada “... se hablaba de tercera edad, pero la primera no se sabe cuál es, la segunda tampoco... si es una cuestión de que la esperanza de vida aumenta, entonces tendría que haber una cuarta edad, una quinta edad”.³⁴ El uso de este vocablo es menos recurrente en la actualidad, aunque aún pervive su significado en connotaciones peyorativas como ‘abuelo/a, anciano/a, viejito/a’.

Una segunda concepción es la de “adultos mayores”, formalizada desde 1994 por la OPS y busca evadir términos anteriores cuya carga valorativa negativa redundaba en el rechazo social. Se podría decir que:

“...ante una sociedad que discrimina, fue un avance empezar a hablar de adultos mayores porque no queríamos hablar ni de viejos ni de viejas que tienen un disvalor tan grande..., [ser viejo o vieja] es un sustantivo de nuestra edad, no es un adjetivo calificativo...”³⁵

31 Pablo, Unidad Gerontológica del Municipio de General Pueyrredón (MGP), comunicación personal, 2023.

32 CIESS, OPS y OMS, 1995.

33 Decreto 457/1997 (Infoleg).

34 Mónica R., PAMI, comunicación personal, 2024.

35 Mónica R., PAMI, comunicación personal, 2024.

Una tercera concepción podría ser interpretada como avance en derechos humanos desde la perspectiva feminista pues “se empieza a cuestionar ‘adultos mayores’ [por] dejar fuera a las mujeres... nadie hace referencia a ‘adultos y adultas mayores’ por una cuestión de economía del lenguaje”.³⁶ Con base en esta premisa, se introduce el término “personas mayores” o “personas adultas mayores” y se las reconoce como sujetos de derecho desde la aprobación de la Convención Interamericana de Derechos de Personas Mayores (en adelante, Convención) por la OEA en 2015. Su aclamación y puesta en marcha significa la aceptación a escala global de un paradigma cimentando en el fomento, protección, reconocimiento y ejercicio de todos los derechos humanos y libertades de las personas mayores, en condiciones de igualdad a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.³⁷

Otra línea rectora de la Convención es la lucha contra el “viejismo”, o en otras palabras, contra los estereotipos, los prejuicios y la discriminación basados en la edad.³⁸ Esta noción “(...) está insertada en el campo de la salud, y también obviamente en las propias personas mayores que es lo más grave (...)”.³⁹ Para producir cambios a largo plazo en este sentido, los testimonios coinciden en un norte: la visibilización de la problemática, la capacitación de profesionales y las campañas de sensibilización hacia la sociedad completa.

En Argentina, se garantiza institucionalmente el pleno derecho de las personas mayores mediante la ley 27 360/2017⁴⁰ y adquiere jerarquía constitucional por ley 27 700/2022.⁴¹ Esto exige la adecuación de las políticas sanitarias y de las reparticiones del sistema de salud a la tercera concepción que permea todas las instituciones analizadas y aporta un encuadre teórico compartido y transversal, no exento de dificultades de instrumentación.

El recorrido de esas instituciones comienza con el nivel nacional, el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) detenta la rectoría máxima en cuestiones epidemiológicas, equipamiento de salud, asignación de presupuestos mínimos a las provincias y definición de políticas sanitarias dentro de los límites de Argentina y en sus fronteras. Bajo su esfera, otras dependencias reciben esas directrices y viabilizan su aplicación con mayor o menor margen de actuación (Figura 1).

36 *Idem*.

37 OEA, 2015; citado en González, Sosa y Reboiras Finardi, 2021.

38 Salvarezza, 2002.

39 Adriana, Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, comunicación personal, 2023.

40 Boletín Oficial de la República Argentina, 31 mayo 2017.

41 *Ibidem*, 30 noviembre 2022.

Cuadro 1. Organismos dedicados a la gestión de la salud de personas mayores a nivel nacional (2019-2023)

Organismo/Institución		Período	Autoridad	
Ministerio de Salud		10 de diciembre 2019 - 19 de febrero de 2021	Ginés González García	
		20 de Febrero de 2021 - 10 de diciembre de 2023	Carla Viazzotti	
Dirección Nacional de Personas Adultas y Mayores		2021(Decisión Administrativa N° 384/2021) - 30 de noviembre de 2023	Adriana Capuano	
Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM)		10 de diciembre de 2019 - 7 de diciembre de 2023	Tomás Pessaq	
PAMI	Titular	10 de diciembre de 2019 - 10 de diciembre de 2023	Luana Volnovich	
	Secretaría Gral. de Derechos Humanos, Gerontología comunitaria, Género y Políticas de Cuidado	10 de diciembre de 2019 - 10 de diciembre de 2023	Mónica Roqué	
	UGL 11 -Sede Mar del Plata	27 de diciembre de 2019 - 10 de diciembre de 2023	Fernando Moggi (Dirección) Rodrigo Fernández Berg (Programas socio-preventivos) Cristian Arroyo (Programa Sociales)	
	Hospital Houssay (Desde enero 2019 bajo gestión PAMI)		2019 a Julio de 2020	José Horni (Dirección - Renuncia)
			Enero a diciembre de 2020	Mónica Sanchez (Dirección Asociada)
			2020 - 2021	Silvina Fabregas Lengard (Vicedirección)
			Julio de 2020 a 2023	Roberto Fidel (Dirección)

Fuente: elaboración personal en base Boletín Oficial de la República Argentina. Infoleg y testimonios de entrevistas.

Históricamente, la administración de la salud de personas mayores no ha sido ejecutada por una entidad específica centrada en su abordaje. Por el contrario, las vejeces han sido y continúan siendo englobadas en las divisiones consagradas a la familia, la discapacidad, las enfermedades crónicas no transmisibles y el contexto de encierro y, la diagramación y fiscalización de residencias geriátricas. Estas categorizaciones dejan entrever dos problemas. Por una parte, de manera explícita, existe una escasa focalización de las políticas públicas sanitarias en la población mayor la cual posee necesidades específicas que deben asistirse. Esto conduce a que su presencia quede diluida y subsumida en otros grupos sociales ante el Estado. Por otra parte, de forma implícita, se incentiva la patologización de las vejeces y al viejismo en el marco de un

persistente paradigma biomédico “(...) que es muy fuerte, mira más la limitación, (...) la afectación de un órgano desde lo biológico en lugar de tener en cuenta las circunstancias sociohistóricas que acompañan a ese sujeto de atención”.⁴²

De alguna manera, resistir a ese paradigma implica pensar en otra lógica en la gestión de las políticas públicas enmarcadas en los derechos y los cuidados. “La política pública se nutre, se ejerce a partir de la institucionalidad... no se tiene una política pública importante si no se tiene una institución importante.”⁴³ Es recién hacia inicios de 2020 cuando se constatan dos reparticiones en el ámbito nacional directamente dedicadas a personas mayores y de alcance federal: la Dirección Nacional de Personas Adultas y Mayores y la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) (Figura 1).

Desde DINAPAM, dependiente de la Dirección de Abordaje por Curso de Vida en el MSAL, se sostiene que el cuidado de personas mayores asume tres particularidades. Primero, el respeto de los derechos humanos en el marco de la Convención; segundo, la mirada de curso de vida porque concibe a las vejeces como parte una etapa de la vida (niñez, adolescencia, juventud, madurez, vejez) y al envejecimiento como trayectoria inexorable que comienza en el nacimiento; y tercero, la perspectiva de género en la vejez.

En el lapso estudiado, la Dirección Nacional de Personas Adultas y Mayores trabajaba sobre cuatro áreas en consonancia con las definidas por la Década del Envejecimiento Saludable que propone la Organización de las Naciones Unidas y la OMS (2021-2030):⁴⁴ la erradicación del viejismo; la adaptación de los servicios de salud de modo que estén centrados en la persona mayor, sus necesidades, intereses, autonomía y percepciones; la labor con los servicios de cuidado a largo plazo (residencias); y el desarrollo de entornos beneficiosos o ciudades amigables para este colectivo que impliquen no solamente oportunidades de desplazamiento para satisfacer sus necesidades sino también una vía de participación e integración social, pilares de una vida saludable.⁴⁵

Otra de las entidades analizadas es la DINAPAM en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social. Durante el período examinado, tenía una mirada hacia estas personas

42 Mónica S., Hospital Houssay y Unidad Gerontológica del HIGA, comunicación personal, 2023.

43 Mónica R., PAMI, comunicación personal, 2024.

44 Esta Declaración refrenda el concepto del envejecimiento activo esbozado por la OMS en 1999 como un “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2002, p. 79).

45 Garrocho y Vilchis Mata, 2021.

desde la vulnerabilidad social y también con un enfoque de derechos que refrenda la Convención aludida. También se reafirmaba la batalla contra prejuicios sociales propios del viejismo como “cuando uno se vuelve grande o viejo, como le gusta decir a buena parte de la sociedad para estigmatizar, aprende poco, y no es cierto”.⁴⁶ Estas ideas alientan la tutela sobre las personas mayores cercenando sus derechos y autonomía. Entonces, la función de esta repartición radica en “(...) implementar políticas destinadas a la inclusión, al desarrollo y a la estimulación cognitiva (...)”.⁴⁷

Este cuerpo se divide en áreas programáticas. Una de ellas, destinada al fortalecimiento institucional que brinda asistencia en equipamiento, refacción, remodelación y ampliación para instituciones geriátricas. Un área de promoción de derechos que propone actividades recreativas, lúdicas, deportivas. También, un área de formación y capacitación en el marco del Programa Nacional de Formación y Capacitación, el Programa Nacional de Cuidador y Cuidadora Domiciliaria o Auxiliar Gerontológico. Y, por último, un área que contiene a las ocho Residencias de Larga Estadía (RLE) localizadas en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia homónima, que son definidas como dispositivos convivenciales que dispensan alojamiento, servicios de enfermería, psicosociales, terapia ocupacional y servicios médicos a personas mayores en condiciones de precariedad social y sin ninguna cobertura social.

Una de las fortalezas sobresalientes de nuestro país es la cobertura casi universal dentro del subsistema de Seguridad Social que otorga el PAMI (Cuadro 1). Esta institución es reconocida como entidad autárquica creada a partir de la Ley N° 19 032/1971 y sus beneficiarios se han incrementado conforme se diagramó la regularización de las deudas previsionales de personas en edad jubilatoria.⁴⁸ Concentra el 76,4% de afiliados pertenecientes al grupo etario de 65 y más años, de acuerdo al Plan Estratégico Institucional del PAMI (2024-2027), aprobado por medio de la resolución 1193/2024. Mientras que el porcentaje de usuarios restante lo cubren obras sociales provinciales y programas específicos. En ese sentido, a pesar de la degradación del sistema previsional y las desigualdades en el envejecer, “PAMI puede llegar a homogeneizar o achicar esa brecha”.⁴⁹

Las líneas que rigen el servicio de salud que presta el PAMI han ido mutando al ritmo de las diferentes concepciones acerca de las personas mayores. Uno de los entrevistados define a esas etapas como “capas geológicas” en el rumbo que traza la institución. Indica que

46 Tomás, DINAPAM, comunicación personal, 2023.

47 *Idem*.

48 Ley N° 26 970/2014, Ministerio de Justicia de la Nación 27 de agosto de 2014.

49 Silvina, Hospital Houssay, comunicación personal, 2023.

“...hay una capa de los [años] 90 que trabajaba mucho con la gestión comunitaria, con la gestión asociada que dio origen a un programa como el Pro-Bienestar que es uno de los más viejos. Después, en los 2000, se incorpora el concepto de envejecimiento activo, que es lo que da sustento a los programas socio-preventivos. Y después hay todo un nuevo desarrollo teórico muy fuerte de políticas del cuidado en la última gestión.... serían las tres grandes capas geológicas del fundamento teórico que dan origen a tres formas distintas pero complementarias de entender [a las personas mayores que corresponden a] tres gerencias distintas.”⁵⁰

Los entrevistados alegan que, en la última de las gerencias del PAMI, las prestaciones tienen dos orientaciones simultáneas y complementarias. En primer lugar, la clínica-médica que presta asistencia ambulatoria y en internación, así como cuidados en domicilio. Asimismo, aprovisiona de equipamientos, desde apoyos técnicos (bastones, andadores y sillas de ruedas) hasta elementos de confort en situaciones de postulación (camas ortopédicas y colchones antiescaras). Gestiona cinco de las ocho RLE, en las que se aloja al 30% del total de personas en esa condición, según registros de 2020. Sumado a eso, el PAMI articula con 563 instituciones privadas en el país.⁵¹

En segundo lugar, las prestaciones promopreventivas tienen el objetivo de desmedicalizar a las personas mayores “(...) para evitar [o ralentizar la dependencia]”.⁵² Estas actividades comprenden talleres, cursos universitarios (UPAMI), recreación, actividad física y turismo social. Y los espacios de encuentro y participación son múltiples: centros de jubilados, asociaciones vecinales de fomento, comedores comunitarios, universidades, entre otros.

Desde 2018, el PAMI posee Unidades de Gestión Local (UGL, antes llamadas delegaciones regionales) que coordinan un grupo de agencias de su región y se encargan de la actividad administrativa (trámites y solicitudes). La UGL XI tiene sede en Mar del Plata (5 delegaciones) y su área de influencia comprende oficinas en localidades como Ayacucho, Balcarce, Batán, Coronel Vidal, Dolores, General Guido, General Lavalle, General Madariaga, General Pirán, Gonzales Chaves, Juan Nepomuceno Fernández, La Dulce, Lobería, Maipú, Mar de Ajó, Miramar, Necochea, Otamendi, Pinamar,

50 Cristian, UGL XI, comunicación personal, 2024.

51 Roqué, 2021.

52 Pablo, Unidad Gerontológica del MGP, comunicación personal, 2023.

Quequén, San Cayetano, San Clemente del Tuyú, Santa Clara del Mar, Santa Teresita, Tandil y Villa Gesell. La articulación de esta institución con la RSVIII es escasa, puntual y está mediada por la orientación político-partidaria, como lo expresa el entrevistado, “(...) algunas cosas hemos hecho, campañas de vacunación gripales (...) se ha articulado durante y más allá de la pandemia, pero en sintonía política (...)”⁵³

El último efector nacional a considerar en este artículo es el Hospital Houssay, emplazado en Mar del Plata y dependiente del PAMI desde 2019. Su cartilla de servicios abarca atención ambulatoria y de alta complejidad, incluyendo internación y sus especialidades son la Oncología, Hematología y diagnóstico por imágenes, dotados de equipamientos de alta tecnología.

En los testimonios de los informantes subyacen los claroscuros en el derrotero del PAMI, revelados por el cuestionamiento de su calidad de atención, la sobrecarga que manifiestan sus profesionales, la excesiva burocratización, disyuntivas en el manejo y distribución de sus recursos, las prácticas asistencialistas que no subsanan la vulnerabilidad de sus afiliados y el condicionamiento de los vaivenes político-partidarios en su conducción. El PAMI ha tenido sucesivas intervenciones durante las cuales ha sido conducido por el MSAL, situación que resultaría favorable porque “(...) más allá de ser un organismo descentralizado desde los recursos, tiene que responder a una rectoría en cuanto a la mirada de salud que Argentina espera para sus personas mayores”.⁵⁴

Las oscilaciones en el espectro independencia-dependencia en la gestión de esta entidad habrían contribuido a ahondar la fragmentación del sistema de salud nacional. Por un lado, dada la persistente vacancia institucional en el tratamiento específico de personas mayores que podría explicarse porque

“...[históricamente] los ministerios han estado enfocados fundamentalmente en la niñez, la embarazada, algo en las personas adultas a través de los trabajadores/ trabajadoras, pero nada en personas mayores que quedan libradas a la atención de PAMI o de las obras sociales...”⁵⁵

53 Rodrigo, UGL XI, comunicación personal, 2024.

54 Adriana, Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, comunicación personal, 2023.

55 *Idem.*

Y, por otro lado, podría afirmarse como hipótesis que el funcionamiento autónomo y endogámico acaba presentando al PAMI como una “caja negra” en la que otros actores encuentran complejidad a la hora de interactuar y a la vez, esta condición hace que se delegue en esta obra social la mayor parte de la atención dirigida a personas mayores.

El próximo apartado recrea la configuración de la atención de vejez en el escalafón provincial y municipal amparados por el arreglo nacional.

Nivel provincial y nivel municipal en la gestión de la salud de personas mayores: los dilemas de la intermediación y la coordinación

Los Ministerios de Salud provinciales detentan la potestad de direccionar, planificar y normar en materia de salud en sus distritos, así es el caso del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (MSAL-PBA) (Figura 2).

Cuadro 2. Organismos dedicados a la gestión de la salud de personas mayores a escala provincial-provincia de Buenos Aires

Organismo/Institución	Período	Autoridad
Ministerio de Salud de Provincia de Buenos Aires	12 de diciembre de 2019 - 28 de julio de 2021	Daniel Gollan
	28 de julio de 2021 - 10 de diciembre de 2023	Nicolás Kreplak
Dirección de Redes y Regiones Sanitarias de la PBA (Decreto 2018-337-GDE-BA-GPBA 1/1/18) ¹	19 de julio de 2019 - 11 de enero de 2020	Marcela Calcopietro (renuncia)
	30 de enero de 2020 - diciembre 2020	Diego Torino
	15 de junio de 2021 - diciembre de 2023	Adrián Gayoso
Región Sanitaria VIII	25 de marzo de 2020 - 10 de diciembre de 2023	Gastón Vargas
Unidad Gerontológica - HIGA. Previamente: Área de Tercera Edad (1997)	1997 - 202	Mónica Sánchez
	2021 y continúa	

Fuente: elaboración personal en base Boletín Oficial de la provincia de Buenos Aires, Infoleg y testimonios de entrevistas.

Específicamente en la provincia de Buenos Aires, la Dirección de Redes y Regiones Sanitarias (2018), antecedida por la Dirección de Integración de Redes y Regiones Sanitarias (2015), intermedia y coordina la aplicación de programas desde el MSAL-PBA

hacia cada una de sus doce regiones sanitarias, a través sus hospitales. “La misión de las regiones sanitarias es ser el brazo ejecutor de las políticas de salud del Ministerio [de Salud] en los municipios que la integran... es ser garante del derecho a la salud para todos los programas que el Ministerio promueve.”⁵⁶ Una meta como esta exige su presencia articuladora en el sistema de salud, ahora bien, ese horizonte evidencia algunas debilidades. La primera tiene que ver con su alcance. Por definición, la incumbencia de las regiones sanitarias atañe únicamente a efectores públicos de alta complejidad, o sea, hospitales regionales, interzonales y municipales, quedan por fuera el resto de los servicios de jerarquía primaria y secundaria. “Esa descentralización es el mayor problema por el cual las regiones pierden la capilaridad territorial”,⁵⁷ no llegan a ser sensibles a las necesidades locales ni tienen injerencia en servicios que pertenecen al subsistema privado y al subsistema de obras sociales, lo cual demerita ese papel de intermediación.

La segunda falencia es que las regiones sanitarias han detentado preeminentemente una función logística. Se encargan de tramitar la adquisición y distribución de prótesis ortopédicas, de certificados de nacimiento y defunción. A partir de 2019, entrevistados observan que se busca mantener ese rol y robustecerlo a partir de un área de gestión programática, “de manera que la región se transforme en una instancia de cogestión de los programas entre la provincia y los municipios”.⁵⁸ Sin embargo, la trayectoria de las regiones sanitarias no se ha mantenido estable, los entrevistados coinciden en que sus fluctuaciones se inclinan hacia el primero de los roles en tiempos anteriores a la pandemia.

Otras voces adicionan una tercera debilidad a las regiones sanitarias por haber sido y ser muy dependientes del poder político de turno, por lo que su función descentralizadora en la toma de decisiones termina siendo incompleta, y solo se alcanza una fase de desconcentración. Entonces:

“... cuando los recursos se desconcentran, es que aparecen los espacios políticos en donde se utilizan los recursos en función de la conveniencia política, en función del poder de cada uno de los referentes que pueden ser sanitarios, sociales y políticos también.”⁵⁹

56 Gastón, RSVIII, comunicación personal, 2023.

57 Silvina, Hospital Houssay, comunicación personal, 2023.

58 Diego, Dirección de Redes y Regiones Sanitarias de la provincia de Buenos Aires, comunicación personal, 2023.

59 Viviana, Secretaría de Salud del MGP, comunicación personal, 2023.

Y en la misma sintonía,

“...la cuestión sanitaria, legalmente, es una cuestión no delegada a las provincias, entonces esa ‘laguna normativa’ es la que hace que haya tanta ambigüedad... se debería avanzar en las autonomías municipales hacia no [solo] delegación administrativa, que es en definitiva lo que es hoy una región sanitaria, sino que puedan tener la cuestión operativa y los recursos...”⁶⁰

Estas falencias acarrearán una desvalorización de las regiones sanitarias como políticas públicas, pero también existen instancias de diálogo que las potencian tales como los encuentros periódicos patrocinados por el Consejo de Salud de la Provincia de Buenos Aires (COSAPRO).⁶¹ Su meta es el tejido de redes entre diversos actores provinciales, regionales y municipales en salud con presencia en territorio.

En lo que respecta a la asistencia de personas mayores, la Dirección de Redes y Regiones Sanitarias no pone en práctica programas específicos, sino que cada una de esas personas “pasa a ser un ciudadano más dentro del circuito habitual de cualquier programa”.⁶² Ahora bien, tiene injerencia sobre la fiscalización de residencias de larga estancia, particularmente luego de la pandemia.

Entre las regiones sanitarias coordinadas por la Dirección de Redes y Regiones Sanitarias descripta, la RSVIII experimenta una realidad heterogénea en lo que concierne a su dispar distribución demográfica y desigual desarrollo de servicios de salud con los que la región logra articular.

Los referentes interpelados plantean puntos endebles que este agregado territorial tiene por delante en consonancia con el panorama relatado por la Dirección de la que depende. En tiempos de prepandemia, la concentración y reparto de insumos era considerada la actividad primada de la RSVIII. “Si bien había referentes de algunos programas, no ha habido una cuestión tan proactiva de esos programas y una auditoría de esos programas...se necesita una presencia más técnico-política de la región con otros municipios”.⁶³

60 Marcelo, Dirección General de Capital Humano y Asuntos Legales del MGP, comunicación personal, 2023.

61 Decreto 321/08, MSAL- PBA.

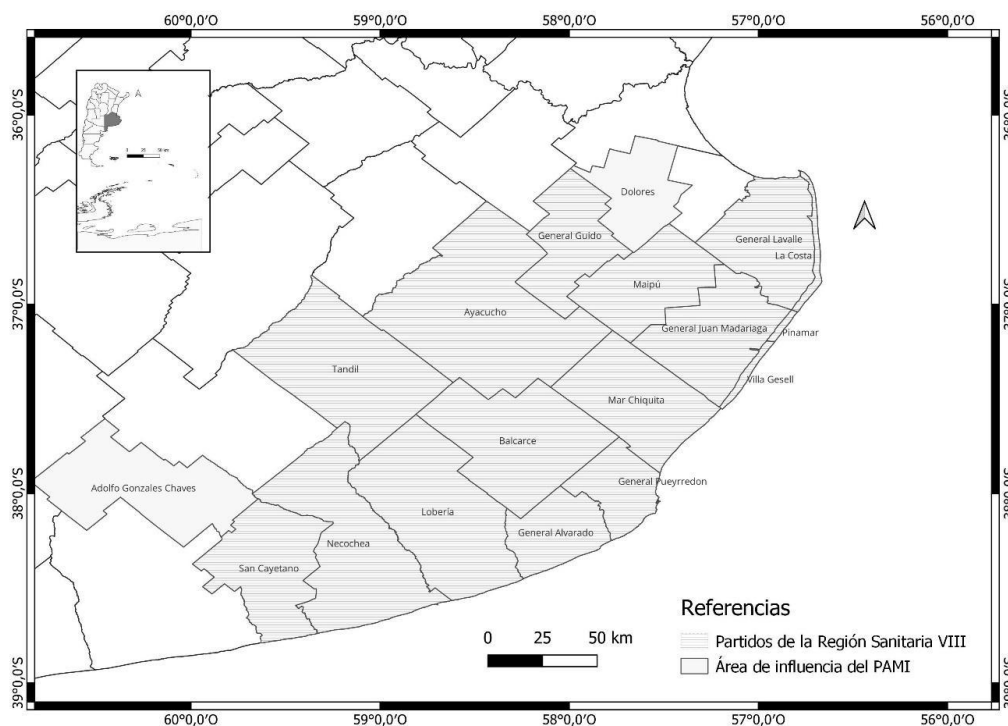
62 Gastón, RSVIII, comunicación personal, 2023.

63 *Idem.*

A pesar de esa tendencia, es lícito referir a experiencias puntuales de gestión protagónica de la región durante la pandemia por Gripe Porcina o Gripe A (H1N1) en 2009. Y, en el mismo año, el trabajo mediante convenio con la Universidad Nacional de Mar del Plata sobre vigilancia epidemiológica en salud materno-infantil (OCA 817/09-rectificada por OCA 271/11). En el mismo proceso de revalorización de la gestión pública, los Consejos Regionales de Salud (CORESA) se posicionan como encuentros de trabajo de municipios en base a lineamientos y programas, llevando sus conclusiones al COSAPRO que se consolida como sede del debate sanitario anual para la toma de decisiones y su posterior aplicación.

En lo que respecta al cuidado de personas mayores, la RSVIII “no tiene hoy por hoy un desarrollo de programas específicos. Hay una fuerte relación vincular con el PAMI y se apoya mucho en eso... no nos quedan muchas personas adultas mayores por fuera...”.⁶⁴ Pese a que se confirma el papel sobresaliente del PAMI, desde la mirada espacial, la delimitación de ambas regionalizaciones no es coincidente de manera estricta (Figura 1). El área de influencia del PAMI incluye a todos los partidos de la RSVIII y le suma a Dolores (Región Sanitaria XI) y a Gonzales Chaves (Región Sanitaria I). Esta discordancia puede acarrear dilemas en la efectiva articulación y restringir el acceso a la salud pública y a la seguridad social en ese grupo etario.

Figura 1. Región Sanitaria VIII y área de influencia de PAMI (UGL XI)



Fuente: elaboración personal en base al MSAL-PBA y al sitio oficial de PAMI.

64 Gastón, RSVIII, comunicación personal, 2023.

La RSVIII comanda los dos hospitales de máxima jerarquía localizados en Mar del Plata. El Hospital Interzonal Materno Infantil y el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA). Este último brinda servicios por especialidades médicas, de manera que reproduce la perspectiva médica hegemónica, por focalizarse en la patología. Aunque con relación a la población mayor, se advierte una mirada distintiva porque la Unidad de Personas Mayores dependiente del HIGA “...es algo contrahegemónico. Esta unidad de Tercera Edad está dividida por grupo poblacional, acá no importa la especialidad... Nuestro objetivo siempre es tender a la formación de equipos de salud... La mirada de la complejidad amerita, la interdisciplina...”.⁶⁵ Esta agrupación de profesionales propone ver a la persona mayor como una unidad biopsicosocial y propinar un acompañamiento integral de su proceso de salud-enfermedad-atención y cuidados.

El *staff* trabaja en concordancia con paradigmas internacionales y su respaldo nacional acerca de la independencia y autonomía de personas mayores en línea con prácticas preventivas frente a la fragilidad.⁶⁶ “Se generó un espacio de trato muy digno y eso fue impactando en la mirada hacia las personas mayores, ...dejar de hablar de ‘abuelos’ para hablar de ‘persona mayor’...”.⁶⁷

El servicio de la Unidad está destinado a vejez en condiciones de vulnerabilidad social principalmente por la persistencia de desfavorables condiciones socioeconómicas y habitacionales. “La vejez no es sinónimo de enfermedad, uno puede envejecer acompañado de enfermedad o no, pero mayormente en contexto de pobreza en la vejez acontece acompañado de enfermedad... Las condiciones de inequidad han generado esto.”⁶⁸ En esta institución vuelven a emerger otras desigualdades como las de género en el cuidado de la salud debido a que

“...las mujeres tenemos más naturalmente el cuidado de la salud, porque tenemos la acción de cuidado incorporada... La primera persona que cuida es la pareja, después la hija mujer, después la nuera y en cuarto lugar aparece el hijo varón. Y, el hombre viene cuando tiene una afectación que le genera un nivel de dependencia.”⁶⁹

65 Mónica S., Hospital Houssay y Unidad Gerontológica del HIGA, comunicación personal, 2023.

66 La fragilidad es un síndrome de vulnerabilidad fisiológica y declinación progresiva multifactorial que le confiere al individuo riesgos elevados de presentar eventos adversos (mortalidad, discapacidad, morbilidad y hospitalización). (Jauregui & Rubin, 2012).

67 Mónica S., Hospital Houssay y Unidad Gerontológica del HIGA, comunicación personal, 2023.

68 *Idem.*

69 *Idem.*

Otras carencias de la comunidad asistida tienen que ver con la falta de redes de contención y la alta dependencia funcional. De acuerdo a la entrevistada, la mayoría de usuarios proviene de Mar del Plata, de Necochea y Villa Gesell, y eventualmente de municipios que adolecen de programas especializados y los encuentran en esta Unidad del HIGA.

Esta repartición se vincula con los centros de atención primaria de la salud municipales, con la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) y con el Ministerio de Desarrollo Social. Con el PAMI, el lazo es muy estrecho puesto que el masivo acceso al sistema jubilatorio descomprimió la afluencia de adultos mayores a esta Unidad Gerontológica y esas personas pasaron a la órbita de ese programa. Como plantea la entrevistada, esa política "...nos modificó todo el trabajo, la persona con un ingreso [la jubilación] organiza su vida de otro modo y a partir de ahí, tuvimos un centro coordinador del PAMI y eso es maravilloso. Y después vino lo de la cápita".⁷⁰ Existe una articulación directa y fluida con todas las residencias del PAMI y además recibe pacientes que son asignados a la Unidad Gerontológica mediante la cápita. La relación con la RSVIII se da por medio de ciertos programas de patologías prevalentes y por temas puntuales de salud pública. No obstante, esta articulación no es clara porque "el Ministerio de Salud no está abocado a las personas mayores".⁷¹

En la escala municipal, la ciudad cabecera de la RSVIII, Mar del Plata ha sido bautizada como polo gerente.⁷² Dado ese perfil gerontológico, la atención de la salud de este colectivo resulta clave a través de tres instituciones (Cuadro 4).

Cuadro 4. Organismos dedicados a la gestión de la salud de adultos mayores a nivel municipal-Municipio de General Pueyrredon (MGP)

Organismo / Institución	Período	Autoridad
Dirección de Personas Mayores	Sin datos	Sin datos
Secretaría de Salud del Municipio de Gral. Pueyrredon	Diciembre 2019 y continúa	Viviana Bernabei
Unidad Gerontológica Municipio de Gral. Pueyrredon	2016 y continúa	Gerardo Passera

Fuente: Secretaría de Salud del MGP, prensa local (portales del Diario La Capital, 0223 y Que digital) y testimonios de entrevistas.

70 Mónica S., Hospital Houssay y Unidad Gerontológica del HIGA, comunicación personal, 2023.

71 *Idem.*

72 Cogley, 2009.

El área que tradicionalmente se ha ocupado de las personas mayores es la Subsecretaría de Desarrollo Social del MGP, actualmente representada por la Dirección de Personas Mayores. De acuerdo al sitio oficial entre sus competencias se encuentra

“...el desarrollo, promoción, gestión y organización de tendientes a elevar o mantener los niveles de calidad de vida de los adultos mayores desde el respeto a su autonomía, el reconocimiento a su status como sujeto de derechos y la pretensión de su empoderamiento, utilizando con efectividad los recursos existentes.”⁷³

Esta repartición atestigua correlación con la tercera concepción de personas mayores que se recupera en los demás peldaños de la gestión de la salud de ese grupo.

Las actividades que efectúan incluyen talleres de arte y lúdico-recreativos, formación en alfabetización digital y acompañamiento en fases prejubilatorias. Consta de una División Apoyo Gerontológico Comunitario, una división dedicada al Centro Gerontológico Diurno y otra dedicada a la generación de Entornos Físicos Favorables que asesora e interviene en la adecuación de viviendas y residencias geriátricas, especialmente en la única institución municipal de ese rubro: la Residencia para Mayores “Eva Perón”. Por último, alberga el programa “Por ciudades y comunidades amigables con las personas mayores”, al cual el partido de General Pueyrredón adhiere por ordenanza N°25 043/2021.⁷⁴

La segunda repartición en el área de personas mayores del MGP es la Secretaría de Salud que constituye un efector más del PAMI. Mediante el Convenio firmado en 2016 por el entonces Secretario de Salud Dr. Gustavo Blanco, los afiliados de esa obra social pueden atenderse en dispensarios municipales, sean centros de atención primaria de la salud o el CEMA. De este modo, “(...) se ordenó el circuito porque en realidad estos afiliados siempre se atendían, pero no se formalizaba administrativamente la consulta (...)”⁷⁵ o “había un efector privado que cobraba porque tenía la cápita, pero esa persona preferiría atenderse en el municipio, y el municipio no cobraba nada... y ahora con el Convenio son recursos que entran al sistema (...)”⁷⁶

73 MGP.

74 *Idem*.

75 Stephanie, CEMA, comunicación personal, 2023.

76 Marcelo, Dirección General de Capital Humano y Asuntos Legales del MGP, comunicación

El vínculo con el escalón provincial se viabiliza con el MSAL-PBA y sus Programas. Mientras que, con la RSVIII “(...) participamos en el área de adultos mayores...intentamos varias veces conformar un programa y fue muy dificultoso...es una cuenta pendiente (...)”.⁷⁷

La tercera entidad es la Unidad Gerontológica del MGP, a cargo de la Secretaría de Salud y creada por el Dr. Gerardo Pássera, en 2016, para ofrecer atención ambulatoria a personas de 60 años y más en terapia ocupacional, enfermería, trabajo social, psicología y medicina. Esta dependencia fue planeada con una jerarquía correspondiente a la Atención Primaria de la Salud (APS), con lo cual, debía dar respuestas basadas en la interdisciplina a cuatro principios.⁷⁸

Primero, la atención integral que recorra transversalmente las esferas psíquica, física, funcional y social de las vejeces; segundo, la atención integrada por la que se dé plena inserción a las personas mayores en el sistema sanitario; tercero, una atención sectorizada, vale decir un área de salud geográficamente delimitada y con un determinado número de habitantes acordes a los recursos sociosanitarios necesarios para asistir a ese grupo etario; cuarto, una atención con herramientas de articulación de los cuidados progresivos en todos los niveles destinados a personas mayores, desde su dependencia hasta lograr la independencia.

Las especialidades que se definieron esenciales y mínimas para su puesta en vigor eran las mencionadas con anterioridad y faltarían cuatro que no están vigentes en el presente: fisioterapia, fonoaudiología, trabajo social y nutrición.

La idea original era que los centros de atención primaria de la salud identificaran a los pacientes frágiles y los derivaran hacia la Unidad, en un sistema de referencia-contrarreferencia. Esa dinámica coordinada permitiría el seguimiento temprano, tratamiento y prevención de afecciones de manera consecuente con los requerimientos específicos de cada área programática, lo que redundaría en la menor necesidad de servicios de internación, la disminución de la mortalidad y la reducción de costos de salud conforme aumenta la dependencia funcional de personas mayores.⁷⁹

Este proyecto ha encontrado barreras a la hora de su aplicación. Desde su nacimiento, esta entidad es infravalorada por la estructura sanitaria local,

personal, 2023.

77 Verónica, Secretaría de Salud del MGP, comunicación personal, 2023.

78 Guillén Llera, 2001; citado por Pássera, 2009.

79 Pássera, 2009.

“...al principio, nos pasaban profesionales que se estaban por jubilar, de manera que no podíamos armar ningún equipo... nos daban lo que para ellos era el descarte ...todo esto lo hicimos nosotros, vinimos a trabajar fines de semana. Pero esto no ocurre solo acá, ocurre en toda Latinoamérica, no interesa la salud de las personas mayores... Después de diseñar la Unidad Gerontológica, tardaron doce años en aprobarla [2016]... y recién ahora tenemos cierto reconocimiento, cierto...”⁸⁰

A lo largo de diversas gestiones político-partidarias, las entrevistas expresan tensiones entre la Unidad Gerontológica y la Secretaría de Salud de la que depende, por varios factores. Uno de ellos podría ser falta de reconocimiento evidenciada su demorada formalización. Otro factor de menosprecio podría hallarse en la ausencia de geriatras en el Partido de General Pueyrredón, lo que daría cuenta de una carencia de inversión en este servicio.

Para revertir esa histórica invisibilización, desde el inicio, se requirió capacitar expertos en Geriatría, los cuales en el presente pueden llevar adelante esa empresa en el ámbito local. Como dato alentador, los relatos subrayan que ese proceso formativo se replica de forma concatenada en otros partidos de la RSVIII, materializándose dos Unidades Gerontológicas, una en Pinamar y otra en Quequén.

Otro factor de desvalorización de la Unidad Gerontológica del MGP es la discontinuidad de la presencia de sus profesionales porque responden a diferentes divisiones del MGP. Esa situación perjudica la consolidación de un equipo estable e interdisciplinario para asistir a su población objetivo.

Respecto a la concepción de las vejez, en la Unidad aparece una perspectiva coherente en relación a las premisas internacionales, nacionales y provinciales en un enfoque de derechos (tercera concepción de las vejez). Al igual que la Unidad homónima del HIGA, entiende a la persona mayor en su capacidad para poder hacer lo que propicia su cuidado y el aplazamiento de la progresión de la dependencia.

“Cuando no se enfoca desde el nivel primario, secundario, terciario a un adulto mayor frágil, las complicaciones, los costos aumentan...En cambio, si hubiera un médico de cabecera que dice ´ éste

⁸⁰ Gerardo, Unidad Gerontológica del MGP, comunicación personal, 2023.

es frágil, lo voy a mandar al equipo interdisciplinario', es mucho más barato, sobre todo porque te adelantás al problema.... porque en realidad los frágiles son los que hacen el agujero económico en el sistema. Eso no lo digo yo, eso está escrito a nivel mundial.”⁸¹

Sin embargo, esta óptica encuentra escollos en su instrumentación puesto que el organigrama funciona de manera fragmentada. Las derivaciones hacia la Unidad Gerontológica no cumplen con un sistema de referencia-contrarreferencia, sino que las personas mayores frágiles llegan desde sectores puntuales, y no desde los centros primarios de atención de la salud tal lo planificado.

“La primera derivación fue de algunas áreas como Trabajo Social, administrativos, que se enteraban que estábamos y veían al 'vieji-to' que consideraban que no se lo estaba atendiendo como correspondía, y lo mandaban [a la Unidad]. Luego, de a poco, muy de a poco, empezaron a mandar los colegas, pero es más raro...”⁸²

Los entrevistados de este cuerpo reconocen cierta reticencia de parte de sus colegas de la medicina a ese proceso puesto que “generalmente, consideran que ellos lo pueden hacer. Pero nosotros somos especialistas en Geriátrica y no lo podemos hacer, no tenemos un equipo”.⁸³

Otro indicio de esa precaria coordinación se plasma en la afluencia aleatoria de personas mayores que tienen cierta fragilidad, utilizan alguna ayuda técnica (bastones, andadores) o bien que son saludables y se integran en actividades recreativas y sociales. Ellas concurren de las cercanías, del barrio en el que se localiza la Unidad Gerontológica (Villa Lourdes) y en menor medida del barrio Centro. Algunos casos arriban de Playa Serena y Sierra de los Padres porque buscan continuar atendiéndose con profesionales que las asistieron en el pasado cuando ejercían en otros dispensarios médicos. Lo deseable sería que existan múltiples equipos de abordaje interdisciplinario de personas mayores y que “...geográficamente los equipos estuvieran estratégicamente distribuidos”.⁸⁴

81 Gerardo, Unidad Gerontológica del MGP, comunicación personal, 2023.

82 *Idem.*

83 *Idem.*

84 *Idem.*

A modo de balance, sería preciso hallar instancias de articulación entre los tres organismos locales analizados. Es una finalidad que aún no se ha cumplimentado de acuerdo a los testimonios recabados que recalcan el papel central del PAMI en el cuidado de personas mayores y las restricciones en la concertación política, así lo reseña un referente:

“... yo creo que lo que ofició siempre en contra es que nunca hubo igual color partidario... Acá tenés una gran área que trabaja vejez, que es Desarrollo Social. Y nosotros estamos en [Secretaría de] Salud, tampoco hay interacción... Vos le mandás un caso problemático a las trabajadoras sociales y tiene que no tener nada [ninguna cobertura de salud] la persona. Si llega a tener PAMI, no lo ven, pero el problema lo tiene igual...”⁸⁵

La impronta de la pandemia en la gestión de la salud de personas mayores

La pandemia por COVID-19, marcó la agenda política en el corto y mediano plazo y su impacto en el grupo etario estudiado ha sido manifiesto. No solo se trataba de resolver los problemas emergentes, sino también de “permitir resolver problemas preexistentes... problemas no visibilizados de la vida en sociedad de las personas mayores expuestas por razones socioeconómicas a vulneración de derechos”.⁸⁶ La precariedad habitacional, el hacinamiento en viviendas particulares y colectivas, el aislamiento y la desprotección de ancianidades en hogares unipersonales, han sido señalados como factores de riesgo a atender dada su magnificación con la llegada del virus.

En ese sentido, la formulación y aplicación de protocolos, y la fiscalización de residencias de cuidado se definieron como prioridades para todas las entidades de salud. Uno de los desafíos fue afrontar las consecuencias del proceso denominado “síndrome geriátrico”, definido por una entrevistada como “...el aumento de la inmovilidad, la inestabilidad que provocaba más caídas, pérdida del equilibrio, pérdida de la masa muscular, disfunciones y, por supuesto, todo lo que afectó a la salud mental (pánico, temor)”.⁸⁷ A ello, adicionar efectos del edadismo como “...el aislamiento, no el aislamiento por pandemia, el aislamiento por razones culturales y sociales, por prejuicio y por abandono”.⁸⁸

85 Gerardo, Unidad Gerontológica del MGP, comunicación personal, 2023.

86 Tomás, DINAPAM, comunicación personal, 2023.

87 Adriana, Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, comunicación personal, 2023.

88 Tomás, DINAPAM, comunicación personal, 2023.

En esas circunstancias, la gestión en estos cuerpos institucionales se orientó al cuidado de su población beneficiaria. La mayor dificultad identificada en testimonios de las autoridades tiene que ver con la falta de profesionalización de agentes de cuidado y, la persistencia y agudización del pluriempleo que afectaba sobre todo a enfermeras como símbolo de su fragilidad laboral y como vehículo de contagio en las residencias en las que se desenvolvían. Algunas acciones de mitigación puestas en marcha desde la DINAPAM fueron: la diagramación de capacitaciones virtuales, la implementación de licencias por pluriempleo y el diseño de un Registro Nacional de Cuidadores y Cuidadoras Domiciliarias, el fomento de actividades físicas, lúdicas, recreativas, talleres de formación y capacitación en el acceso a tecnologías para las personas mayores a través de plataformas virtuales.

Por su parte, la Dirección de Redes y Regiones Sanitarias detecta tres cambios durante la pandemia. El primero es un crecimiento en el proceso de gobernanza de la salud, porque “(...) hizo rever a muchos actores la necesidad imperiosa de una coordinación del Estado como garante de una regionalización en respuesta a las necesidades de la gente..., la necesidad de un gobierno centralizado y que esa gobernanza la asuma el Estado”.⁸⁹ La creación del Sistema de Gestión de Camas (SIGECS) en tanto único registro de camas de internación disponibles en los tres subsectores del sistema de salud, ha sido el ejemplo de ese testimonio. Acompaña a ese cambio un segundo proceso, el de digitalización de la historia clínica que, en principio, se utilizó para la detección, monitoreo y vigilancia de casos COVID pero que es el “germen para la digitalización completa del sistema de salud en la provincia de Buenos Aires”.⁹⁰ El tercer proceso es la modificación de las líneas de cuidado de la salud, pasando de un modelo de atención que responde a la demanda espontánea de enfermos hacia el refuerzo de la estrategia de APS al dotar de una “responsabilidad geodemográfica en donde los equipos de salud asuman el cuidado nominal de los ciudadanos y ciudadanas, y que ese equipo haga cuidado longitudinal a largo plazo de la salud de esas personas”.⁹¹ La pandemia es, entonces, la confirmación de la primacía que asume el escalón primario como puerta de entrada al sistema de salud para que deje de ser curativo y pase a ser preventivo.

En esta coyuntura mundial, el cometido de las regiones sanitarias en general y de la RSVIII, en particular, se concentró en la gestión de camas de hospital, derivaciones,

89 Diego, Dirección de Redes y Regiones Sanitarias de la provincia de Buenos Aires, comunicación personal, 2023.

90 *Idem.*

91 Diego, Dirección de Redes y Regiones Sanitarias de la provincia de Buenos Aires, comunicación personal, 2023.

supervisión del cumplimiento de protocolos por casos sospechosos y confirmados de la enfermedad, recepción y distribución de insumos y puesta en práctica del programa de vacunación. La coyuntura motivó la integración forzada por la emergencia. “En un principio fue con una ‘lógica de retén’ nadie pasaba de un municipio al otro, pero se empezó a ver que, si no había vasos comunicantes y un sistema permeable, ninguno lo iba a pasar bien”.⁹² Se realizaron reuniones intersectoriales (sector público, privado y obras sociales) para definir estrategias de actuación, pese a ello, en la voz de una entrevistada, las expectativas se diluían en lo que cada agente podía resolver por su parte. Entonces, “(...) quedó más marcada la debilidad de las regiones sanitarias porque se puso en claro, ¿y usted, para qué está? Nunca fue regidora ni una bajada política, no pudo liderar”.⁹³

Otros entrevistados coinciden, en líneas generales, en señalar la repercusión de la pandemia en el papel que profesa la RSVIII. “No solo tiene más presencia, sino que también se ha logrado, y ahí sí ayuda un poco la pandemia, ser actores sanitarios dentro de los distritos”.⁹⁴

En la pospandemia, “queda una capacidad instalada en lo que hace a la experiencia transitada, aunque cambian necesidades. Hay que trabajar mucho al interior de las instituciones, tiene que haber alianzas interinstitucionales...”.⁹⁵ Pero lograr una malla de alianzas conlleva la continuidad de políticas públicas, las cuales en la RSVIII se ven coartadas por las distinciones en las banderas partidarias de las gestiones. Como ejemplo de esa inconsistencia, Mar del Plata reviste particular complejidad porque conviven diversas y contrapuestas facciones y sectores de salud. Este horizonte es uno de los retos también pendientes para la integración del sistema de salud argentino. A pesar de tales cuestiones, fuera de la ciudad cabecera, la presencia de la RSVIII se expresaría de manera mucho más activa, “en las otras localidades más distantes y menos complejas a través de los programas que bajan de Nación a Provincia y de ahí a Municipio”.⁹⁶

92 Gastón, RSVIII, comunicación personal, 2023.

93 Verónica, Secretaría de Salud del MGP, comunicación personal, 2023.

94 Gastón, RSVIII, comunicación personal, 2023.

95 Silvina, Hospital Houssay, conversación personal, 2023.

96 Pablo, Unidad Gerontológica del MGP, comunicación personal, 2023.

Reflexiones de cierre

Uno de los procesos inexorables en la transición demográfica es el envejecimiento.⁹⁷ Su abordaje en tanto problema de salud pública permite pensar políticas para gestionar sociedades cada vez más longevas, las cuales demandan servicios de cuidados a largo plazo. A pesar de que este proceso atraviesa a todo el globo, este artículo buscó comprender qué particularidades asume concretamente en la RSVIII definida como polo geronte, atendiendo al rol del Estado nacional, provincial y municipal en lo que respecta a la salud de las personas mayores.

La propuesta de la identidad geosanitaria en tanto concepto ordenador ha permitido analizar a las vejeces de la RSVIII a partir de sus dimensiones política y cultural. Este enfoque atendió no solo a la normativa, a las instituciones y sus cambios, sino también a la resignificación que los actores de esas entidades hacen sobre ellas. Sus concepciones de las vejeces, el ejercicio de su rol a lo largo del tiempo y el devenir de sus vínculos institucionales está permeado por una visión retrospectiva de su gestión en las organizaciones que representan. Por lo cual, resulta difícil mirarse a sí mismos como parte de una coyuntura cambiante. No obstante, su apertura crítica logró evidenciar la recepción positiva de paradigmas internacionales que amplían derechos y jerarquizan a las personas mayores, pero a la vez, desnudó ciertas dinámicas institucionales arraigadas y estructurales que persisten en la labor cotidiana e impiden la aplicación de estos lineamientos. Esta discordancia entre la teoría y su práctica es interpretada más enfáticamente entre los profesionales que mayor contacto tienen con la población a la que atienden. Pese a esa cercanía, no surgen en los testimonios acciones concretas que apuntalen la redefinición de la política pública en función de la interacción con los sujetos a los que se dirigen.

Si bien se ha constatado la existencia de diversos actores vinculados a provisión de atención de salud a personas mayores y la relevancia adquirida por las regiones sanitarias en fase de pandemia, las políticas públicas están subsumidas en el papel protagónico del PAMI. Esa repartición se ocupa de los programas asistenciales y sociales, el acompañamiento y los cuidados dedicados a este grupo etario, aunque pierde la dimensión de los problemas locales al no articular con la RSVIII. En esa atmósfera, la región sanitaria es utilizada por la gestión pública de modo instrumental, como una mera división político-administrativa del Estado y sin definir el criterio geográfico que se utiliza para su conformación, lo que desdibuja su impronta en tanto política sanitaria, hace perder su especificidad y reproduce la actual fragmentación de la atención de la salud.

97 Otero, 2007.

Reconstruir la identidad geosanitaria de la RSVIII desde las dimensiones política y cultural rebasa los límites de ese recorte territorial y requiere la superposición con otras regiones que delinear actores de salud también dedicados al cuidado de personas mayores e incluso la consideración de las voces de estas últimas en el diseño y la implementación de políticas de Estado.

Fecha de recepción: 16 de febrero de 2025

Fecha de aprobación: 14 de noviembre de 2025

Lista de fuentes primarias

Boletín Oficial de la provincia de Buenos Aires (<https://www.boletinoficial.gba.gob.ar/>)

Boletín Oficial de la República Argentina. Resolución de la Secretaría General-Asamblea Legislativa (<https://www.boletinoficial.gob.ar/>)

Entrevistas

Infoleg (<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/>)

Ley 7 016/65 de Regionalización sanitaria de la Provincia de Buenos Aires y sus decretos (805/67 y 3.377/06).

Plan Estratégico Institucional del PAMI (2024-2027)

Portales del Diario La Capital, 0223 y Que Digital

Secretaría de Salud del Municipio de General Pueyrredon (<https://www.mardelplata.gob.ar/salud>) y Municipio de General Pueyrredon

Bibliografía

Bohoslavsky, E. y Soprano, G. (eds.) (2010). *Un Estado con rostro humano: Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 hasta la actualidad)*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento y Prometeo Libros.

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), OPS y OMS. (1995). *El adultomayoren América Latina". Sus necesidades y sus problemas médicos sociales*. México DF: CIESS. Recuperado de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/733154/id218018.pdf>

CEPAL. (2022). *Observatorio Demográfico 2022* (LC/PUB.2022/13-P). Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bits-treams/b11d609e-f264-4828-bfe0-7358942e69f5/content>

Cid-Ruzafa, J. & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127-137. <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57271997000200004>

Cimatti, V., y Danel, P. (2014). El proceso de producción de políticas de cuidados a mayores dependientes, en clave de intervención en lo social. *Rumbos TS.*, (10), 135-143. Recuperado de <https://revistafacso.ucecentral.cl/index.php/rumbos/article/view/102>

Cogley, R. (2009, abril). Mar del Plata ¿Polo geronte a principios del siglo XXI? Ponencia presentada en 12º EGAL. Montevideo, Uruguay.

Crojethovic, M. (2021). *Actores e instituciones en las políticas de salud I y II. Módulo 1 y Módulo 2. Diplomatura Gestión de las Políticas de salud en el Territorio*. Los Polvorines: UNGS

Facio Montejó, A. (1992). *Cuando el género suena, cambios trae: una metodología para el análisis de género del fenómeno legal*. San José, C.R: ILANUD.

Findling, L., Lehner, M. P., Cirino, E., Champalbert, L. y Encinas, L. (2016, junio). Los senderos de cuidados en dos generaciones de mujeres de Buenos Aires. Ponencia presentada en el II Congreso de la Asociación Argentina de Sociología. Villa María, Córdoba, Argentina.

Garrocho, C. y Vilchis Mata, I. (2021). Las age-friendly cities facilitan la movilidad de los adultos mayores. *Korpus*, 21(I /2), 295-316. <https://doi.org/10.22136/korpus21202135>

González, D., Sosa, Z. y Reboiras Finardi, L. (2021). *Las dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Textos seleccionados 2009-2020*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado de <https://hdl.handle.net/11362/46730>

Jauregui, J. & Rubin, R. (2012). Fragilidad en el adulto mayor. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 32(3), 110- 115. Recuperado de https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachs/8040.pdf

MSAL y OPS (2023). *Indicadores básicos*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/indicadores>

Manzano, F. (2016). La teoría de la transición demográfica y su inexactitud para América Latina. Período 1950-2000. *Revista de Geografía (Recife)*, (33), 29-47. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistageografia/article/view/229248>

Marradi, A., Archenti, N. & Piovani, J. (2007). *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Emecé.

Mieles Barrera, M., Tonon, G. y Alvarado Salgado, S. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, 74, 195-225. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/view/3648>

Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Revista de Salud pública de México*. 49(1), 63- 70. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n1/a09v49n1.pdf>

Naciones Unidas (2003). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002*. Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

OMS (1949). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Diario Oficial*, LVI (32), 1-23.

OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista española de geriatría y gerontología*. 37 (Extra 2), 74-105. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-13035694>

OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>

Organización de las Naciones Unidas. (1956). *The Aging of Populations and its Economic and Social Implications*. Nueva York: Department of Economic and Social Affairs.

Otero, H. (2007). El crecimiento de la población y la transición demográfica. En S. Torrado (comp.), *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario* (pp. 339- 367). Buenos Aires: EDHASA.

Paasi, A. (2002). Bounded spaces in the mobile world: Deconstructing regional identity. *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geographie*, 93(2), 137- 148. <https://doi.org/10.1111/1467-9663.00190>

Pássera, G. (2009). *Diseño para la creación de la Unidad Gerontológica del Partido de General Pueyrredón* (Trabajo final inédito de la Especialización en Gerontología Sanitaria Aplicada). Fundación Universitaria Iberoamericana (FUNIBER), Universidad de León, España.

Paz, A. y Ramírez, C. (2019). Riesgo(s) en disputa: el poder de definir el futuro deseable. En Fundación Soberanía Sanitaria (ed.), *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización* (pp. 89- 100). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta Limón.

Peláez, E. y Peláez, M. (2021). La transición demográfica y su impacto en la brecha de género en la seguridad social. En L. Pautassi y M. Navarro (comps.), *Feminismos, cuidados e institucionalidad: homenaje a Nieves Rico* (pp. 479-494). CABA: Fundación Medifé Edita.

Pérez Brignoli, H. (2022). La transición demográfica. En H. Pérez Brignoli (comp.), *América Latina en transición demográfica (1800-2050)* (pp. 21-48.). Buenos Aires: Teseo.

Redondo, N., Massa, C., Belliard, M., Williams, I. y Jaroslavsky, C. (2016). Esperanza de vida saludable según prevalencia de limitaciones permanentes, Argentina 2009-2010. *Revista Argentina de Salud Pública*, 7(28), 27-33. Recuperado de <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/168/121>

Rodríguez Carvajal, G. y Meras Jáuregui, R. (2022). Consideraciones sobre el concepto «salud»: Una propuesta cubana. *Medicentro Electrónica*, 26(1), 122-130. Recuperado de: <https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3147/2838>

Roqué, M. (2021). El cuidado de las Residencias de Larga Estadía en época de pandemia. En M. Roqué y R. Iacub (dir.), *Residencias Cuidadas Guía de recomendaciones para los equipos de trabajo de las Residencias de Larga Estadía*. (pp 7-14). Buenos Aires: Biblioteca PAMI.

Roqué, M. (2023). Ni abuelas, ni viejas locas, ni brujas. Derechos Humanos de las mujeres mayores. En D. Barrancos (comp.), *Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación. Mujeres y LGBTI+ en Argentina: organización y conquista de derechos* (pp. 479-505). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial MinGéneros.

Ruiz Olabuénaga, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Salgado-de Snyder, V. y Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Revista de Salud Pública de México*, 49(4), s515-s521. Recuperado de <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4792/4640>

Saltalamacchia, H. (1997). *Los datos y su creación*. Caguas, Puerto Rico: Kryteria.

Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.

Scribano, A. y Zacarías Ortiz, E. (2008). El proceso metodológico de la investigación cualitativa. En A. Scribano, *El proceso de investigación social cualitativo* (pp. 23-45). Buenos Aires: Prometeo.

Sunkel, G. & Ullmann, H. (2019). Las personas mayores de América Latina en la era digital: superación de la brecha digital. *Revista de la CEPAL*.127, 243- 268. Recuperado de <https://hdl.handle.net/11362/44580>

Tobar, F. (2015). Módulo 1. Salud y cuestión social. En M. Chiara (comp.), *Cuaderno de trabajo. Gestión territorial integrada para el sector salud* (pp.11-19). Los Polvorines: UNGS.