



## Implementación de los programas de salud para mayores.



Staffolani, Claudio\*

Enria, Graciela\*\*

D'Andrea, Lorena\*\*\*

 [cstafol@hotmail.com](mailto:cstafol@hotmail.com)

Recibido: Julio 2013 – Aceptado: Septiembre 2013

\* Cátedra Medicina y Sociedad de Facultad de Cs. Médicas, Consejo de Investigaciones de la UNR.

\*\* Cátedra Medicina y Sociedad de Facultad de Cs. Médicas de la UNR. [g.enria@yahoo.com.ar](mailto:g.enria@yahoo.com.ar)

\*\*\*Cátedra Medicina y Sociedad de Facultad de Cs. Médicas, de la UNR. [lorenaceciliadandrea@hotmail.com](mailto:lorenaceciliadandrea@hotmail.com)

## Introducción

Los Programas de Salud han sufrido una transformación que marca el deslizamiento de una gestión normativa hacia una proactiva (Matus, 1998), en ese proceso, al menos en teoría, para muchos de ellos a cambiado sus objetivos y sus modos de acción, en otros mantienen sus antiguos vicios. El propósito de este trabajo es desarrollar herramientas teóricas que permitan mejorar la gestión de los Programas de Salud que se implementan en la población Mayor.

La evaluación de programas en nuestro ámbito tiene una historia considerable; entre lo que se ha podido rastrear figura el

Documento del Grupo Estudio Salud Asociación Médica Rosario GESAM (Santhia, et al, 1973), en el que se evalúa la implementación del Programa Materno Infantil en la ciudad de Rosario, relacionándolo con el sistema de salud existente en ese momento; en el mismo se destaca la persistencia de una alta tasa de mortalidad infantil en las áreas más empobrecidas más allá de la propuesta programática llevada adelante. Años más tarde, luego de la aplicación del Programa de Atención Primaria de la Salud (APS), Bloch, Troncoso, Richiger y Hachuel (1987) evalúan dicho Programa en el Área Programática 1 de la Ciudad de Rosario, en el que se aborda la problemática de la planificación dentro de una evaluación más amplia, tanto de aspectos administrativos como epidemiológicos-sociales. En sus consideraciones introductorias, se manifiesta las características normativas del sistema de salud provincial impuestas desde el más alto nivel técnico decisorio del Ministerio de Salud de Santa Fe en la ciudad de Rosario. Las restricciones impuestas por estas normas, según lo manifiesta el trabajo, dificultaban enormemente, ya por esos años, la posibilidad de planificar estratégicamente y obstaculizaban aún más la participación social de acuerdo a los principios y objetivos de la APS.

Como fruto de diez años de trabajo en equipo, contamos con numerosos estudios relacionados con temáticas que indagan la implementación de los Programas de Salud en nuestro territorio, podemos citar entre ellos: Tuberculosis. Historia de una lucha prolongada (Enria, 2000), Planificación estratégica en Atención Primaria de la Salud. Encuentro de los dichos, desencuentro de los hechos (Staffolani, 2006), Representaciones y prácticas de la enfermedad Tuberculosis y su trayectoria curativa (Gómez 2006), Evaluación del Programa Materno-infantil y Nutrición (Promin) Rosario (Aronna, 2004), Participación Comunitaria en Salud ¿Utopía o compromiso político? (Enria y Staffolani, 2001), La fragmentación de la comunidad como obstáculo para la atención primaria. (Enria y Staffolani, 2003), Obstáculos sociales y de organización para la planificación estratégica en la Atención Primaria de la Salud (APS) (Enria y Staffolani, 2004.), La atención primaria de la salud y la especialización Médica. Contradicciones de los discursos que dificultan la transformación de las prácticas de promoción de la salud (Carrera, Enria y D Ottavio, 2000), El ethos del funcionario público en salud. Obstáculos para el cambio (Enria y Staffolani, 2009), La incorporación del concepto de interdisciplina en los Programas de Salud (Enria y Staffolani, 2008), Programas de Salud y Género. Mujeres con Vih/Sida (Enria y Staffolani, 2010).

1680

Más recientemente, abocados al área específica de los Mayores, podemos citar una serie de trabajos realizados por este equipo que son el antecedente que contextualiza el presente estudio. En los mismos se analiza la implementación de Programas destinados a los Mayores, donde se evidencian algunas dificultades para alcanzar el logro de los objetivos, utilizando una metodología cualitativa, sobre fuentes primarias y secundarias a partir del análisis de documentos oficiales de la obra social que en Argentina hegemoniza la cobertura de salud de este grupo poblacional, el Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados (INSSJP). Uno de los elementos que surgió de este análisis es la nueva significación que adquiere el cuerpo de los Mayores a la hora de mostrar la eficacia de los Programas desplegados. Otro, es el mantenimiento de una representación social que se monta sobre un valor negativo de la vejez que impronta sobre las decisiones de las políticas. Por último, las dificultades de acceso a las actividades de los programas, razones que motivan la investigación que da origen al presente trabajo: Atención al cuidado de la salud en la vejez en la provincia de Santa Fe (Staffolani, et al, 2010), Adultos Mayores. Situación actual y perspectivas futuras (Enria, et al, 2006), Reflexiones sobre la propuesta de Atención Sociocomunitaria de PAMI (Enria y Staffolani, 2009), Cuerpo, nueva identidad y lazo social en los Adultos Mayores (Enria, et al, 2010), Ciencias sociales en Salud. El cuidado de la salud en los Adultos Mayores (Enria et al, 2010), Emergencia del cuerpo en el proceso de envejecimiento. Narraciones de la experiencia de la implementación de los Programas de salud en los Adultos Mayores (Enria et al, 2010), Proceso de envejecimiento y reconocimiento corporal (Enria et al, 2011), Política vejez y primera modernidad. Obstáculos para los Derechos Humanos de los viejos (Staffolani, 2011), Política Vejez y exclusión social (Staffolani, 2011), Nuevas perspectivas del reconocimiento corporal en Adultas Mayores. (Enria, et al, 2011).

En este trabajo abordamos los alcances y limitaciones de la implementación de las propuestas destinadas a la población de Mayores, interpretando los nudos problema sobre los que sería posible ahondar las acciones para superar los obstáculos que dificultan el alcance de los objetivos, apoyados en tres campos diferentes: la definición de las políticas, la política de recursos humanos y la población destinataria, sostenidos por el supuesto que las estructuras organizacionales preexistentes constituyen el mayor obstáculo para la implementación de las ideas transformadoras que posibiliten alcanzar las metas propuestas de salud.

## Materiales y métodos

Para el seguimiento de la gestión de los Programas nos basamos en los resultados de las investigaciones previas mencionadas *up supra* y en la información publicada por el INSSJP-PAMI de manera oficial a través del órgano interno de comunicación (Boletín del Instituto), Leyes y Resoluciones internas que explicitan las normativas de los Programas que se ejecutan dentro del mismo, mediante las cuales circula la información entre los actores que forman parte de la organización (Ley 19032, Res. N° 284-05, N° 0056/7-DE, N° 718/7-DE y N° 040/08-DE y las Disposiciones N° 1407/GPM/07, N° 178/GPM-GPS y N° 070-08). Para el análisis se siguieron los flujos enunciados y las posibles implementaciones según la propuesta de Mintzberg <sup>(1994)</sup>.

Para el abordaje del área de RRHH, se trabajó sobre la palabra de los Médicos responsables de los Adultos Mayores, denominados Médicos de Cabecera, a través de la implementación de grupos focales <sup>(Taylor y Bogdan, 1987)</sup>, delimitando el territorio a la provincia de Santa Fe, Unidades de Gestión Local<sup>1</sup> Rosario y Santa Fe. En los relatos se indagó sobre el conocimiento del Programa, describiendo el rol que asumen en la ejecución del mismo y la evaluación de los resultados.

Respecto de la población destinataria se recogieron los relatos de experiencia personal de los Mayores que tuvieron acceso y participaron de las actividades de los Programas. Para el análisis se trianguló toda la información obtenida de las distintas fuentes.

---

<sup>1</sup> UGL, oficinas que dispone el INSSJP en las ciudades más importantes para cubrir administrativamente una extensión territorial.

## Resultados

El desafío de controlar las enfermedades que diezmaron poblaciones hizo que desde diversos organismos internacionales relacionados con la problemática de la salud (OPS/OMS/UNICEF/PNUD), naciera una propuesta de intervención denominada genéricamente "Programa". A principios del siglo XX surgen los primeros Programas de salud (Tuberculosis y Lepra), que se articularon desde un paradigma normativo, imponiendo formas de acción que tanto ejecutores como pobladores debían aceptar, dada la fuerza científica de sus aseveraciones. Incursionaron siempre desde la realización de un diagnóstico precoz o desde un tamiz poblacional característico de las estrategias de alto riesgo<sup>(Rose, 1985, p. 4)</sup> y como segundo paso instituían el tratamiento, de probada eficacia, de la enfermedad considerada problema. Transcurrido el tiempo, las evaluaciones de estas intervenciones han ido mostrando escasa efectividad en el logro de sus objetivos: disminuir la prevalencia de las patologías.

Intentando transformar las propuestas iniciales, se da vida a una novedosa forma de planificación que muestra el corrimiento de las acciones desde la restauración de la salud hacia estrategias de *promoción* de la salud y *prevención* de las enfermedades. Acciones que comenzaron a ocupar un espacio, al menos desde el discurso oficial, cada vez más importante dentro del gran campo de la Salud Pública<sup>2</sup>.

De esta manera, en las últimas décadas del siglo pasado, la humanidad ha visto emerger problemáticas que no pueden ser definidas con los términos tradicionales en los que se han delimitado los problemas de Salud; sus características no revisten la idea reproducida desde Luis Pasteur, en los que se significa la salud con sentido de enfermedad, donde un único agente causal es relacionado etiológicamente como el que provoca los efectos fisiopatológicos, que dan como resultado signos y síntomas reconocidos universalmente como tal o cual patología; el que debe ser controlado mediante el aumento de la inmunidad (vacuna) y/o tratados con fármacos específicos.

Salud es considerada, ahora, de manera positiva. En todo caso hablamos de proceso de salud-enfermedad. Ferrara y colaboradores<sup>(1972, p.7)</sup>, proponen que "... el concepto de salud se expresa correctamente cuando la población vive comprendiendo y luchando ante conflictos que la interacción con el mundo físico, mental y social le imponen y cuando mediante esa lucha logra resolver los problemas...", más recientemente André Contandriopoulos<sup>(2000, p. 22)</sup>, enuncia "Salud es un concepto complejo, socialmente construido, que toma en cuenta la perpetua tensión entre adaptación a la vida y al ambiente...".

En esa búsqueda de la Salud, diversos problemas como sedentarismo, obesidad, socialización, soledad, enfermedad mental, se instalan en la comunidad desde un espectro amplio de determinantes que vuelve complejo su análisis e intervención. Así, el grupo denominado Adultos Mayores pasa a ser un problema posible de ser abordado para los organismos internacionales que lo instalan en las agendas de los países a partir de la Declaración de Cartagena de Indias<sup>(1992)</sup>. Se trata de un grupo humano que, desde fines de

---

<sup>2</sup>Atención Primaria de la Salud: es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. Alma Ata 1978 OMS/Unicef serie Salud para Todos Nº 1 OMS Carta de Ottawa, 1986: Prerrequisitos para la salud: Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.

La segunda guerra mundial, se muestra como el de mayor y más sostenido crecimiento. En Argentina representa aproximadamente el 14% de la pirámide de población (Censo Nacional 2010).

Sostener una propuesta normativa desde estos enunciados se torna difícil, dadas las complejidades de las relaciones sociales sobre las que se deberá articular y negociar; es necesario considerar las posibilidades de imponer la autoridad sanitaria para ejecutar las acciones, la elección de otras metodologías y tecnologías para abordar los problemas y la necesidad de otros diversos actores que agregan su especificidad a la intervención. No existe un agente causal identificado, se trata de mejoras en la calidad de vida de las poblaciones que desde antaño se conoce imprimen resultados positivos respecto del descenso de la mortalidad infantil, posibilitando el despliegue de una vida futura que se expresa estadísticamente con el aumento de la esperanza de vida, que conlleva al crecimiento paulatino y constante de poblaciones, Adultos Mayores, Mayores Mayores y Muy Mayores, ampliando la gama de situaciones de las que deberá darse cuenta (Formiga, et al, 2001; Marquez Capote et al, 2001; Vilacorcoles et al 2005; Begiristan Aranzasti et al, 2006).

Se trata de grupos sociales que tienen historias, culturas y prácticas particulares que hacen a la necesidad de reconocer la complejidad del problema para poder programar y planificar las intervenciones.

En su definición, a pesar de las buenas intenciones y de los marcos teóricos sostenidos, observamos que las formulaciones políticas y la ejecución de los Programas, como estrategias de acción, se planifican de manera compartimentalizada y encuentran así, numerosos obstáculos en el proceso de implementación; escollos que mellan las posibilidades de alcanzar las metas de política sanitaria propuestas.

Siguiendo a Mario Testa (1989, p. 10), entendemos a las políticas como una propuesta de distribución del poder y Estrategia como la forma de implementación de esa política. Desde esta perspectiva surge la necesidad de la negociación entre las partes, tanto entre las diferentes instancias del Estado como con la misma población involucrada, para poder dar un marco integral a dichas políticas, disminuyendo de esta manera la posibilidad de crear compartimentos estancos, que llevará a una inevitable ineficiencia y aumento de los costos tanto humanos como económicos.

Desde las evaluaciones, introducidas en la gestión de todos los programas, es posible observar la distancia entre *eficacia*, *efectividad*, *eficiencia*<sup>3</sup> de las propuestas. Reconocemos que las distancias son debidas a las dificultades que aparecen en la implementación de la estrategia poblacional, que procura controlar los factores determinantes de la incidencia, reducir el promedio de los factores de riesgo y desplazar en una dirección favorable toda la distribución de la exposición. Para abordarlo se debería abarcar tanto acciones ambientales como formas de comportamiento de la población como un todo. (Rose, 1985, p. 5)

---

<sup>3</sup> Eficacia: capacidad de alcanzar los efectos que se buscan en biología responden a acciones realizadas en condiciones controladas, habitualmente en el laboratorio de experimentación.

Efectividad: hace referencia a la extensión de las acciones a nivel poblacional en el que se reconocerán otros condicionantes.

Eficiencia: relativo a lo económico. Revela la capacidad administrativa de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo.

## Desarrollo

### La definición de las políticas

El 13 de mayo de 1971 con la firma del Presidente de facto Alejandro Agustín Lanusse y su ministro de Seguridad Social Francisco Manrique, se sancionó la Ley 19.032 por la que se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), que proponía "g... como objeto otorgar -por sí o por terceros- a los jubilados y pensionados del Régimen Nacional de Previsión y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones y a su grupo familiar primario, las prestaciones sanitarias y sociales, integrales, integradas y equitativas, tendientes a la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, organizadas en un modelo prestacional basado en criterios de solidaridad, eficacia y eficiencia, que respondan al mayor nivel de calidad disponible para todos los beneficiarios del Instituto, atendiendo a las particularidades e idiosincrasia propias de las diversas jurisdicciones provinciales y de las regiones del país". Constituyéndose en este acto la Obra Social<sup>4</sup> más grande de Argentina por la cantidad de beneficiarios, hecho que se mantiene hasta el presente.

Dentro de esta propuesta se crea (otorga dice el documento) el Programa de Atención Médica Integral (PAMI). De esta manera el Estado intenta asegurar la atención de la enfermedad a partir de un Programa específico que escinde el proceso de envejecimiento de las patologías que intervienen en él, quedando "la cura" como la vocación protagónica de las acciones y presupuestos económicos atribuidos a tal fin. Esta situación a la postre será el pilar fundacional de la construcción de la representación viejo = enfermo, a partir de la concentración de las acciones casi exclusivamente en el tratamiento de la enfermedad, y su consecuencia: la indicación de medicamentos como eje central y casi único de la terapéutica hacia la población de Adultos Mayores. Constituyéndose, de esta manera, entre las instituciones, los propios Adultos Mayores y la población toda, la representación social que significa la situación existencial del "ser viejo" con "el estar enfermos". Los viejos comienzan así a reconocerse y presentarse al resto de la comunidad que lo refuerza, como "yo soy diabético", "yo soy hipertenso", genéricamente "yo soy enfermo".

Esta forma de distribución del poder (política) consolida para el mercado un nuevo grupo consumidor: *los viejos*. Iniciando, así, un camino de formación de una práctica médica que deriva en la necesaria implementación de consulta a especialistas, los servicios complementarios de alta complejidad para la enunciación de un diagnóstico; que concluye con la indicación de una receta con polifarmacia (Enria et al, 2002). Desde el Estado se justifica, de esta manera, un alto beneficio otorgado a la industria médica y farmacéutica, que fagocita todo el presupuesto del INSSJP/PAMI, quedando sólo en enunciaciones todo lo relacionado con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

<sup>4</sup> Obra Social: en Argentina se define como Obra social una forma particular del Seguro de salud que cubre a todos los trabajadores formales y sus familias, se financia con la contribución compartida con los aportes patronales y sus prestaciones están reguladas por el Estado a través del Programa Médico Obligatorio

En el año 2005, las autoridades del INSSJP reflexionan sobre esta situación denunciada por investigadores y consumidores, definiendo un nuevo modelo prestacional denominado Sociocomunitario de Atención. En él postulan la ruptura con el sentido que significara la vejez "... como carencia de todo tipo: económica, como falta de ingresos; física, como falta de autonomía y social, como falta de roles" destacando "... que la prevención se constituye en la única herramienta eficaz frente al proceso de madurez y envejecimiento que afecta a las sociedades actuales, y al incremento de las patologías crónicas y discapacidades" (Resolución Nº 0585 INSSJP 15/05/2008).

El *proceso de madurez y envejecimiento* se constituye en el objeto de estudio y de intervención por afectar a todas las sociedades y debe ser tratado de manera diferente a la que se ha utilizado hasta el momento.

Según el responsable máximo del INSSJP en ese momento, "*el foco está puesto en la promoción, prevención y estrategias no medicamentosas. No todo termina en una receta, no todo termina en una prescripción y en una solicitud de examen complementario de diagnóstico. En más de una ocasión lo que fomentamos son terapéuticas de movimiento, de conocimiento, buscar que el médico preste el oído y el hombro*". (Editorial PAMI <http://www.pami.org.arn> 22/07/2011).

Esta nueva política implica abrir numerosos frentes, que van desde: la misma organización del sistema de salud (mejor sería denominarlo de atención de la enfermedad); sus relaciones con la industria farmacéutica (no lo abordaremos); el equipo de salud, cuya práctica se basa en la indicación de una polifarmacia para acallar los reclamos y necesidades de los beneficiarios (su cápita); y los propios Adultos Mayores que aprendieron que para cada sensación displacentera hay un medicamento, apoyados en los medios de comunicación masiva que todos los días les promueve un éxito nuevo de la industria de la cura.

Deberían entonces surgir nuevas definiciones. Si el objeto de trabajo es el *proceso de envejecimiento*, se hace necesario reconocer que se trata de una población heterogénea, donde la diversidad de situaciones, posibilidades, culturas, historias, accesos económicos, etc., proponen diferentes perfiles poblacionales de envejecimiento y de salud-enfermedad. Las formas individuales y colectivas aprehendidas a lo largo de la vida hacen a las nuevas adaptaciones en la madurez y las posibilidades de enfrentar las dificultades.

En los perfiles patológicos referidos a los Adultos Mayores, las enfermedades son clasificadas como crónicas, por el tiempo de su evolución y perpetuación, en un inexorable convivir con ellas, lo que lleva a redefinir el concepto de salud de los Adultos Mayores, dado que su perfil patológico definido fuertemente por las enfermedades crónicas, lleva a entender la salud en función de la convivencia con situaciones que si bien requieren de un seguimiento y control, no inhabilitan para la vida social.

Ahora ser, estar, sentirse enfermo se constituyen en categorías distantes de las que caracterizan las enfermedades agudas. Se trata de procesos mediados por diagnósticos de laboratorio; dónde hasta los finales catastróficos, los síntomas que limitan la vida activa no son presentes ni existentes a la percepción (Hipertensión Arterial y Diabetes), posibilitando una vida plena. La meta es el *envejecimiento saludable* cuyo indicador "es la conservación de la autonomía funcional, es decir la capacidad para percibir adecuadamente las condiciones propias y las del entorno, producir las adaptaciones necesarias, obtener y utilizar eficientemente los recursos, tomar decisiones y ejecutarlas por sí mismo" (Programa Nacional de Promoción y Prevención Sociocomunitaria, Res. 585-08: 10).

Los determinantes de los procesos patológicos invitan a considerar el medio ambiente, las relaciones familiares, la alimentación, las ocupaciones o trabajos desplegados, la historia de participación en la vida ciudadana o gremial, el sedentarismo, las posibilidades de interacción social.

Las acciones a desplegar involucran conceptos como cambios de *habitus*<sup>5</sup> que marcan distancias con lo vivido y vivenciado durante una vida, solitaria o compartida; en la que se construyeron representaciones que se expresaron en prácticas sociales, experiencia que se considera, desde la *ciencia*, deben ser cambiadas, transformadas; en pos de la Promoción de la Salud, la Prevención de las enfermedades y el control de las ya aparecidas (prevención secundaria).

En la Resolución N°0585, el Director ejecutivo del INSSJP delega en la Gerencia de Promoción Social y Comunitaria la gestión, aprobación, evaluación, asignación de recursos, así como el "emitir los actos dispositivos necesarios para la instrumentación de las Normas de Procedimiento", es decir planificar la estrategia. Así nace el *Sub-Programa Nacional de Promoción y Prevención Sociocomunitaria "prevenir para seguir creciendo"*; que plantea como objetivo programático general: "Incrementar las oportunidades de la salud integral de los afiliados, en términos de autonomía funcional, participación en el control de sus patologías, integración social y ejercicio de la ciudadanía, con la intervención en las situaciones de riesgo a las que están expuestos por vulnerabilidad social y fragilización personal durante el proceso de envejecimiento, a través de la creación de un espacio operable en relación a esos factores de riesgo mediante relaciones participativas, asociativas y vinculantes." (Programa Nacional de Promoción y Prevención Sociocomunitaria 585-08, p. 5). Planificando las acciones a través de tres programas: Programa de promoción y prevención socio comunitaria "prevenir para seguir creciendo"<sup>6</sup>, el Programa de atención progresiva del adulto mayor<sup>7</sup> y el

<sup>5</sup> *Habitus* es el concepto que permite a Bourdieu relacionar lo objetivo (la posición en la estructura social) y lo subjetivo (la interiorización de ese mundo objetivo). Este autor lo define como: Estructura estructurante, que organiza las prácticas y la percepción de las prácticas [...] es también estructura estructurada: el principio del mundo social es a su vez producto de la incorporación de la división de clases sociales. [...] Sistema de esquemas generadores de prácticas que expresa de forma sistémica la necesidad y las libertades inherentes a la condición de clase y la *diferencia* constitutiva de la posición, el *habitus* aprehende las diferencias de condición, que retiene bajo la forma de diferencias entre unas prácticas enclasadadas y enclasantas (como productos del *habitus*), según unos principios de diferenciación que, al ser a su vez producto de estas diferencias, son objetivamente atribuidos a éstas y tienden por consiguiente a percibir las como naturales (1988: 170-171).

<sup>6</sup> Programa de promoción y prevención socio comunitaria "prevenir para seguir creciendo"

Programa de detección de poblaciones vulnerables<sup>8</sup>. Cada uno de ellos con metas y sub-metas<sup>9</sup>

En su enunciación, desde la Gerencia de Promoción Social y Comunitaria, del INSSJP central (sito en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), se contempla la participación e integración de los Adultos Mayores de todo el país, a las acciones planificadas para el logro de un proceso de maduración "saludable", en términos físicos, mentales y sociales. Del análisis de estos documentos surgen las siguientes preguntas: ¿Cómo se posibilita tal acción? ¿Cuáles son los canales mediante los que se garantiza la integración, participación y el sostenimiento en el tiempo de los hábitos de vida que se intentan instituir entre los Adultos Mayores? Estos interrogantes se constituyen, a nuestro entender, en verdaderos nudos problemáticos que obstaculizan alcanzar las metas propuestas.

La descripción de estos nudos podrían sintetizarse en la misma organización burocrática del Instituto, diseñada según las premisas de la teoría clásica de la administración, con numerosos espacios estanco: nueve gerencias, tres unidades de tecno-estructura y tres unidades de apoyo, todo bajo el mando de una única autoridad ejecutiva (Mintzberg, 1994, p. 13).

Siguiendo el mismo autor, intentaremos recorrer el flujo de comunicación que debería ocurrir para llegar a las unidades operativas (Médicos de Cabecera) y de allí a los Adultos Mayores. Enunciada por la Gerencia de Promoción social y comunitaria, la propuesta deberá ser comunicada a la Gerencia de Coordinación de las Unidades de Gestión Local (UGL), quién deberá a su vez comunicarle a cada UGL (oficinas territoriales desplegadas a lo largo y ancho de la geografía Argentina en un total de 36); donde bajo una nueva estructura administrativa local, desde la Oficina de Promoción de la Salud, se difundirá a los Médicos de Cabecera, que son el primer contacto con los Adultos Mayores, una larga cadena de transmisión de mandatos, que incluye también disputas de poder territorial que hacen dificultosa la comunicación y por ende la implementación de lo programado.

Por otra parte, debe considerarse que las acciones a implementar se ejecutarán desde otra instancia burocrática diferente a la que organiza y regula la actividad de los Médicos de Cabecera, que son los responsables de la salud de los Adultos Mayores. De esta manera su actividad queda reducida a ser "notificadores" de la posibilidad. Vemos en el análisis de este flujo de gestión, como se reproduce la tradicional propuesta normativa donde el efector último cumple un rol fundamentalmente pasivo.

La instancia burocrática que tiene a su cargo la negociación con las instituciones donde se aglutinan los Adultos Mayores, desde las que se ofertan y ejecutan las

---

Objetivo: Lograr la PARTICIPACIÓN e INTEGRACIÓN sustentable del adulto mayor como ciudadano en su medio socio comunitario, a través de la implementación de actividades de estimulación de capacidades dentro del marco social, grupal y comunitario orientado a tres componentes principales: (ver **Anexo I**)

<sup>7</sup> Programa de atención progresiva del adulto mayor: (ver **Anexo II**)

<sup>8</sup> Programa de detección de poblaciones vulnerables: (ver **Anexo III**)

<sup>9</sup> Basta citar la Distribución de la población objetivo por componente (ver **Anexo IV**)

actividades físicas (de Promoción de la salud y Prevención de las Enfermedades, ejemplo programa HADOb<sup>10</sup>) es otra denominada Programa Pro-bienestar. El territorio argentino es amplio y dispar, y en las normativas tampoco se contempla la búsqueda de espacios adecuados para llevar adelante las acciones planificadas, ni el personal calificado que puedan implementar y hacer el seguimiento de tales acciones, teniendo en cuenta que la población es creciente y que además es necesario la continuidad y adecuación permanente.

En ningún momento del Programa se plantea la evaluación del proceso de implementación del mismo y menos aún el impacto sobre los procesos de salud-enfermedad, que a esta altura siguiendo a Eduardo Menéndez (1993) deberíamos denominar más apropiadamente de salud-enfermedad -atención, dado la importancia que cobra el sistema de atención en el desarrollo de los procesos de salud-enfermedad.

### Política de Recursos Humanos

Son los Médicos de Cabecera -o del primer nivel, el acceso a PAMI (ahora Programa de Adultos Mayores Integrados) considerados el contacto más inmediato con los Adultos Mayores- quienes ofrecen sus servicios en la región geográfica donde viven, "principal referente y por lo tanto, el nexo para la articulación de todos los procesos de atención relacionados con la salud de los afiliados asignados a su padrón". Según contrato: "Deberán cumplir las siguientes Funciones y Requisitos: 1. Son la puerta de entrada al ingreso del beneficiario en el sistema prestacional [...] 4. Desarrollar las acciones tendientes a la promoción, prevención, rehabilitación y educación de la salud. 5. Efectuar el seguimiento horizontal y vertical de la población a su cargo. [...] 11. Efectuar la contención de sus pacientes. 12. Participar en las reuniones que el INSSJP convoque como control y de evaluación del modelo prestacional y de su gestión en particular. 13. Transmitir la información requerida por el INSSJP en el formato físico y/o informático y periodicidad que éste determine" (ANEXO Resolución N° 284-05, p. 42). En función de estas normativas, es importante conocer cómo se implementan las acciones.

Mediante los grupos focales, de los que participaron Médicos de Cabecera de las provincias de Santa Fe, Entre Ríos y norte de Buenos Aires (Argentina), en las que se delimitó la muestra de casos analizados, logramos recoger las siguientes narraciones que expresan problemas de comunicación entre los planificadores y los ejecutores, sobre los que pivotea la estrategia de implementación del Programa HADOb diseñado para la prevención y seguimiento de las patologías ya mencionadas en la consecución de las metas propuestas.

El primer nudo problema se manifiesta al preguntar si conocen del programa:

- "no lo conozco"
- "escuché del programa"
- "está en la página del PAMI"
- "la sigla significa...", haciendo un esfuerzo para descifrarla

Ahondando en la discusión, sobre todo en aquellos que han oído hablar de él o lo leyeron de la página en internet y se sintieron motivados para innovar sus prácticas o

<sup>10</sup> HADOb.: Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad.

sólo por cumplir con el contrato firmado, como es el caso de los más jóvenes o recién incorporados al plantel de Médicos de Cabecera, se recogen las siguientes expresiones:

- *"fui a la UGL y pedí el programa pero nadie sabía decirme algo"*
- *"lo solicité a la UGL sin respuesta"*
- *"después de subir y bajar escaleras, llegué a una oficina dónde una asistente social me dijo <<esto es de aquí, no puede salir de la oficina>>"*
- *"cuando lo leí en los diarios recorrí oficinas de un piso al otro sin encontrar información"*
- *"si uno viene aquí, a la UGL; se va con la misma duda"*

Esto deja al descubierto la desorientación que provocan las disputas territoriales entre gerencias, oficinas que hacen que dentro de las mismas UGLs exista personal que desconozca los Programas, generando desconcierto y desentendimiento. Nosotros mismos hemos recorrido oficinas solicitando el Programa y su planificación sin resultados positivos. No obstante ello, todos los médicos reconocen haber sido instruidos por sus referentes de contratación sobre acciones de notificación que deben cumplimentar siguiendo el ítem 13 de sus deberes (transmitir la información requerida por el INSSJP en el formato físico y/o informático y periodicidad que éste determine):

- *"sí, notificamos beneficiarios que pueden hacer movimiento, y nos pagan un plus"*
- *"me pagan un plus por notificar los hipertensos y diabéticos"*
- *"te pagan más si se entrega la planilla que provee PAMI"*
- *"nos informaron de la gerencia de la UGL que hay que hacer estas planillas, si no lo envías te llaman para ver que pasa"*
- *"nos mandaron un instructivo para una tabla de doble entrada que había que hacer"*

Luego de explicitar en los grupos, la importancia de involucrarse como actores en el proceso de envejecimiento saludable, de su relevancia como ejecutores de la transformación de las prácticas médicas - de recetador a gestor de una vida social y funcional de calidad- , rezongan:

- *"pero si la que lo gestiona es la asistente social, nosotros sólo le enviamos la planilla con el listado de los viejos y ella los deriva según el cupo que tiene"*
- *"sólo se nos indicó seleccionar beneficiarios que están en condiciones de hacer ejercicio. Así como extender el certificado de salud que dice que esa persona puede hacer ejercicio"*
- *"en las planillas hay que clasificar a los beneficiarios por el riesgo cardíaco, dejando constancia de su aptitud física "*
- *" No tenemos ninguna injerencia, se decide en la sede central y van ingresando los viejos según las vacantes con que se cuente"*
- *" eso sí, nos llegaron notas hablando sobre la medicación"*

Consultados sobre su responsabilidad de "Efectuar el seguimiento horizontal y vertical de la población a su cargo", y hablando sobre los logros saludables que propone alcanzar el programa (efectividad), aquellos que notifican reflexionan:

- *"no se hace seguimiento, porque se ignora quienes empiezan a hacer ejercicio, por lo del cupo, cuándo inician, qué hacen y durante qué tiempo"*
- *"como no lo organizamos nosotros, los viejos tienen que esperar a que se los convoque desde la UGL, eso se hace imposible, no se puede. Cuando los viejos vienen al consultorio quedan en la lista con los demás. Si no dicen algo no me entero".*
- *" uno no se acuerda quién es quién, se atienden los problemas que trae en ese momento"*

Aquí se ve muy claramente el modo de atención, que consiste en la mera respuesta al signo o síntoma por el que reclama el consultante. No hay una aceptación de las responsabilidades contractuales asignadas para hacer el seguimiento del proceso de envejecimiento. La forma normativa aprehendida durante el ejercicio de la profesión los ha transformado en ejecutores pasivos que dan respuesta a la demanda puntual e inmediata, sin la comprensión del rol que se le ha asignado. Todo esto reforzado por una evidente dificultad en los flujos de comunicación y coordinación de acciones.

Otros destacan dificultades locales no contempladas desde las UGLs para la implementación de las actividades sociocomunitarias:

- *"Aquí no hay lugares dónde hacer algo más que caminatas"*
- *"en esta zona los nutricionistas, kinesiólogos, profesores de educación física, se pagan aparte; no integran los beneficios que brinda PAMI"*
- *"por lo que he visto, hay poca adhesión"*
- *"les dan cupo por 6 meses, después cambian a otro grupo para que todos tengan oportunidad"*.

Nuevamente vemos que al llegar a los territorios concretos donde viven los Adultos Mayores no se ha contemplado la organización y/o negociación que haga a la viabilidad de las acciones. Cuando indagamos en algunas instituciones que podrían brindar la posibilidad de desplegar las actividades de Promoción de la salud consistentes en la ruptura con el sedentarismo; en voz de sus responsables o gerenciadorees escuchamos las razones por las que no se implementan. Las respuestas fueron contundentes:

- *"Los viejos son sucios"*
- *"Tienen olor"*
- *"Nos orinan la pileta de natación"*
- *"Son lentos y ocupan por mucho tiempo los vestuarios"*

Esta mirada que refleja una representación social ampliamente extendida de una visión negativa de los viejos, se constituye también en nudo problemático para encontrar los espacios donde implementar actividades adecuadamente.

El programa es una propuesta que necesita del con-vencimiento<sup>11</sup> de todos los actores involucrados y del sostenimiento en el tiempo, que posibilita los cambios de habitus, para que los resultados se visualicen (Enria et al. 2010; 2011).

Con la sola notificación por parte del médico de las personas con posibilidades de incorporarse a las acciones propuestas por el programa a las UGLs, ubicadas en localidades estratégicamente definidas en función de la concentración poblacional, no alcanza, es necesario lograr la implementación. Muchos Adultos Mayores viven en localidades distantes de las sedes, dónde no hay personal preparado para la práctica tanto de convocar a los Adultos Mayores como de desarrollar las estrategias adecuadas para todas y cada una de las personas que requieren de esa intervención. Generalmente se encuentran en esas funciones personas con poca o nula preparación específica para realizar esa importante y central tarea que posibilitaría el logro de los objetivos del programa, que de esta manera se desdibuja, quedando sólo el registros en planillas que muestran un como si.

<sup>11</sup> Con-vencer, utilizado con el significado y sentido de vencer juntos

## Población destinataria

El mensaje de la necesidad de iniciar un camino que rompa con el sedentarismo para combatir la obesidad y disminuir el riesgo de Hipertensión Arterial y Diabetes, es comunicado por los Médicos de Cabecera y propalado por los medios de comunicación audiovisuales y escritos. La percepción del riesgo proclamado es heterogéneo y hará eco sólo en aquellos que estén en condiciones de recibirlo, otros con problemáticas asociadas a situaciones de mayor inmediatez y vulnerabilidad quedarán excluidos (Douglas, 1996).

Presa de estas comunicaciones queda la población beneficiaria. Como en todas las experiencias es posible encontrar grupos muy motivados, con experiencias anteriores de participación ciudadana que se involucran por ellos mismos, desde los Centros de Jubilados, las Vecinales, invitados por amigos ya integrados que encuentran entusiasmo, bienestar y socialización en los espacios donde se estimula el movimiento o en los diversos talleres que se proporcionan. Pero un importante número de Mayores no acceden a los programas, por desconocimiento, por dificultades de distancia y/o económicas, por problemas de socialización. Son éstos, los más vulnerables, los que no alcanzan ni siquiera a enterarse de la existencia del Programa y de los modos de acceso.

Las preguntas serían, en aquellos que acceden a participar del programa, ¿Cómo acceden? ¿Qué actividades realizan? ¿Se evalúa la calidad de las prestaciones? ¿Cuál es la eficacia de las acciones en términos de alcanzar los objetivos planteados por el Programa, y la satisfacción de los beneficiarios? (Donabedian, 1984).

La descripción de este proceso, podemos sintetizarla de la siguiente manera: Los Centros de Jubilados reciben ofertas de diversos profesionales (Psicogerontólogos, Recreólogos, Terapistas Ocupacionales, Profesores de Educación Física, Kinesiólogos, etc.), que acercan su Currículum Vitae sumado a alguna propuesta de actividad destinada a los Mayores, la misma es referida a la Unidad de Gestión Local. Desde allí se autoriza el contrato por seis meses para la realización de la oferta a los asociados.

Trabajar el movimiento de los Mayores requiere una formación especializada: los Profesores de Educación física se preparan para trabajar en escuelas, con niños y adolescentes de hasta 18 años; los Kinesiólogos para recuperar las habilidades perdidas; los Terapistas Ocupacionales para actuar en situaciones de discapacidad (aunque esta Profesión es la que más ha abordado los problemática de los Mayores). En Argentina no existe hasta el momento una oferta amplia de formación específica para quienes debería trabajar con casi cinco millones de viejos distribuidos en el amplio territorio nacional.

En algunas ciudades se contratan los servicios de gimnasios en las zonas céntricas, y hasta se paga el traslado de los beneficiados, pero sigue siendo para unos pocos. El desafío es la formación de los recursos humanos necesarios para dar la cobertura adecuada que garantice la "Salud para Todos".

Y para los que no acceden, ¿desde dónde y cómo se evalúa la estrategia? Tampoco existe ninguna evaluación sobre la eficacia de los procesos implementados, ni de la eficiencia.

## Discusión

Una propuesta que cambia el paradigma de viejo-enfermo a proceso de envejecimiento que propugna la dignificación de una madurez saludable sostenida por acciones no medicamentosas basadas en la ruptura del sedentarismo, la socialización y el reconocimiento de los Mayores como ciudadanos con potencialidades de aportar su experiencia a la sociedad, queda entrampada en la estrategia de implementación.

El primer gran escollo es la *comunicación* entre las diversas áreas responsables de la gestión: tanto centrales como locales. La información que llega a las Unidades de Gestión Local se administra desde dos dependencias diferentes. Una es la que indica a los Médicos de Cabecera la notificación de los posibles beneficiarios del Programa a través de las "planillas" que se deben elevar al área central, reduciendo su accionar a la indicación y la evaluación de los efectos del Programa en términos de disminución de las cifras de tensión arterial y regulación de la diabetes, así como la adecuación de peso-talla, situación que se manifiesta sólo en el reconocimiento individual a través de la indicación de lo que debe hacer.

La otra es la encargada de organizar, negociar y otorgar los espacios donde realizarán las actividades los Mayores. Ambas gestiones funcionan por canales independientes, se trata de una autoridad central, mayoritariamente desconocida (en su doble sentido) la encargada de la ejecución. Situación que no posibilita el encuentro que haga viable un seguimiento y evaluación de los procesos en términos de participación, pertinencia de las actividades, capacidades de los responsables, satisfacción de los usuarios, eficacia, eficiencia y efectividad.

No obstante ello, por carta se sanciona a los Médicos de Cabecera que no cumplen con la función contratada de desarrollar acciones de promoción, prevención, rehabilitación y educación de la salud; efectuar el seguimiento de la población a su cargo. Y se premia con un sobresueldo *per capita* sólo por transmitir la información requerida por el INSSJP en el formato físico y/o informático y periodicidad que se determina.

El obstáculo descrito no mella las buenas intenciones de la "política construida" que se ha propuesto transformar la "coyuntura dinámica" (Matus, 1984) que identificó la renovación de la propuesta del INSSJP/PAMI. La dificultad de saldar las estructuras preexistentes es todavía un desafío, ya que pensamos que es éste el determinante fundamental que obstaculiza un mejor despliegue e implementación de las ideas transformadoras y la disponibilidad de recursos económicos.

La idea renovada de la Promoción de la Salud es el enclave fundamental. Desde nuestro entender ésta debe ser comprendida como un encuentro de saberes: los de la comunidad y el científico. Adoptando los postulados de la planificación estratégica, los Programas son espacios de negociación, que necesitan para su implementación del reconocimiento del contexto local (culturas, representaciones y prácticas sociales, estructura de las instituciones, luchas territoriales por el poder).

En el diseño e implementación de las intervenciones es imprescindible la participación activa de la comunidad involucrada, de esta manera se posibilita la aceptación de las actividades innovadoras y del personal que las ejecuta facilitando y direccionando las acciones. Transformar la eficacia demostrada en situaciones controladas en efectividad poblacional es el desafío que deben enfrentar los ejecutores de los Programas al implementar las normas en un territorio.

## Anexo I

### Componentes principales de la implementación de actividades de estimulación de capacidades dentro del marco social, grupal y comunitario.

- **Envejecimiento Activo:** Promover las capacidades personales que favorecen el desempeño en la vida cotidiana.
- **Educación para la Salud:** Difusión del conocimiento para el auto cuidado en aspectos biológicos, psicológicos, funcionales y sociales.
- **Derechos y Ciudadanía:** Estimulación de la vida comunitaria y el ejercicio de la ciudadanía.

Queremos lograr la participación e integración del beneficiario como ciudadano en su medio socio comunitario, a través de la implementación de actividades de estimulación de sus capacidades.

Ofrecemos a nuestros afiliados distintas actividades para:

- **Estimular el movimiento:** Gimnasia, yoga, caminatas, actividades acuáticas, danzas, deportes, actividades recreativas.
- **Desarrollar habilidades, expresividad, productividad y creatividad:** Teatro, música, artes plásticas, fotografía, artesanías, huertas y jardinería, arte culinario.
- **Estimular y mejorar el funcionamiento de la memoria:** Talleres de estimulación de la memoria, computación, uso de nuevas tecnologías, alfabetización, aprendizaje de idiomas y periodismo.
- **Cursos sobre hábitos saludables y auto cuidado:** Sobre alimentación saludable, para conocer patologías (hipertensión arterial, diabetes, obesidad, etc), sobre uso adecuado de sistemas de autocontrol (mediciones de glucemia, técnicas de aplicación de insulina, controles de peso, síntomas y señales tempranas de descompensación, etc), talleres de intercambio de experiencias y vivencias.
- **Cursos para conocer más sobre sus derechos y ciudadanía:** Sobre derechos de los adultos mayores, estimulación de la vida comunitaria y ejercicio de la ciudadanía, espacios de reflexión sobre temas de género y familia, talleres sobre violencia familiar, trabajo solidario intergeneracional, voluntariado.

## Anexo II

### Programa de atención progresiva del adulto mayor:

- **Prevención:** Con la colaboración, seguimiento y supervisión de equipos interdisciplinarios, (médico social), se lanzó durante el corriente año el Programa Nacional HADOB, contra la Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad. El objetivo central es la mejora de la calidad de vida de los afiliados, haciendo especial hincapié en la prevención de la salud y la promoción de hábitos saludables en lo relativo a alimentación y actividades terapéuticas no medicamentosas.
- **Club de día:** Se implementarán ámbitos de participación, prevención e inclusión social de asistencia personalizada y organizada por un equipo interdisciplinario, de estancia diurna, actividades de estimulación y alimentación, mediante el fortalecimiento institucional de organizaciones comunitarias y gestión asociada con gobiernos locales. Son espacios de pertenencia y contención social para adultos mayores con exposición a diferentes grados de vulnerabilidad social y fragilización. (En etapa de análisis y selección de prestadores).
- **Atención domiciliaria:** Con el objetivo de brindar apoyo, cuidados progresivos y gestionar recursos institucionales, familiares y comunitarios para afiliados con distintos grados de dependencia y vulnerabilidad social, se brinda un subsidio para el pago de un cuidador domiciliario de acuerdo al nivel de autonomía funcional del beneficiario para la colaboración de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- **Subsidios económicos:** El propósito es paliar situaciones de crisis socio sanitaria a través de la contención técnico profesional de equipos interdisciplinarios y la prestación de servicios asistenciales u otorgamiento de recursos económicos orientados a cubrir necesidades básicas de subsistencia a afiliados de alta y media vulnerabilidad. Existen dos programas: Asistencia Social de Urgencia y Social Integral.
- **Residencias propias:** Albergan afiliados autoválidos, sin patologías clínicas y/o psiquiátricas invalidantes, expuestos por vulnerabilidad social y fragilización personal durante el proceso de envejecimiento, a los cuales se les brinda apoyo y cobertura de necesidades básicas, participación e integración mediante relaciones asociativas y vinculares, con el fin de otorgar contención social y que permanezcan durante una estadía prolongada.
- **Internación geriátrica:** El objetivo es brindar asistencia integral y personal de carácter transitorio o permanente a afiliados mayores de 60 años, dependientes o semidependientes y/o con grave deterioro psicofísico que requieran cuidados intensivos personales y especializados que no puedan ser brindados por el grupo familiar, como tampoco ser encuadrados en otras alternativas prestacionales y que requieran de cobertura parcial o total por carencia de recursos materiales del mismo y/o su grupo de convivencia.

Subsidio de contención familiar - Decreto 599/06: Que en el mismo se sostuvo que atendiendo a las finalidades tuitivas de la seguridad social debe garantizarse a los derechohabientes y deudos del beneficiario la libertad de elegir la modalidad de sepelio o la distribución de los gastos que el fallecimiento del causante origine, sin mas restricciones por parte de la administración que el reconocimiento de una suma fija.

El ANSES instrumenta dicho subsidio mediante Resolución 583/06 y sus modificatorias.

El monto del subsidio consiste en una suma fija de \$ 1.000,00.

El derecho al cobro prescribe al año de ocurrido el fallecimiento del beneficiario.

Cuando fallece un afiliado titular, el trámite se realiza en ANSES, que abona el subsidio junto con los haberes devengados que no hayan sido cobrados por el jubilado fallecido. Cuando se trata de un familiar a cargo, el trámite se realiza en la agencia de Pami correspondiente.

**Anexo III****A - Programa de detección de poblaciones vulnerables.****Objetivos:**

- Brindar atención Socio Sanitaria a aquellos beneficiarios pertenecientes a poblaciones socialmente vulnerables residentes en localidades con bajos niveles de accesibilidad a prestaciones médicas y sociales.
- Promover el fortalecimiento local a fin de desarrollar acciones con un enfoque interdisciplinario e intersectorial acorde a las necesidades del lugar y en el marco de los derechos y acciones ciudadanas.
- Incrementar la articulación intra e interinstitucional a fin de coordinar acciones y optimizar recursos en pos del bienestar integral de la población.

**B - Probienestar****Objetivos:**

- Elevar la calidad de vida de los afiliados que se encuentren en situación de vulnerabilidad sociosanitaria: beneficiarios con ingresos escasos para acceder a condiciones de vida dignas y suficientes para conservar o mejorar su estado de salud y no cuenten con sostén económico familiar. Se brinda Beneficio de Complemento Alimentario y se distribuyen a través de los Centros de Jubilados adheridos.

**C - Asistencia Socio Sanitaria**

- Sin la realización de trámite alguno, acceden a este subsidio de \$45 mensuales, todos aquellos afiliados con jubilación y/o pensión nacional, con riesgo sociosanitario y que cumplan con los siguientes requisitos:
- Contar con 65 o más años de edad.
- Ser beneficiarios de haberes previsionales cuyo monto no supere los \$799.99 (pesos setecientos noventa y nueve, con noventa y nueve centavos).
- No percibir por parte del Pami ningún otro subsidio o prestación social.

**Anexo IV****Distribución de la población objetivo por componente**

Componente	Subcomponente	Incidencia
Envejecimiento activo	Movimiento	40%
	cognición	15%
	socio afectividad, habilidades, expresividad	10%
	productividad y creatividad	15%
Educación para la salud		10%
Derechos y ciudadanía		10%
<b>Total oferta básica</b>		<b>100%</b>

## Bibliografía

- (1) Aronna A. *Evaluación del Programa Materno-infantil y Nutrición (Promin) Rosario*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Rosario. Centros de Estudios Interdisciplinarios. 2004.
- (2) Aronna, A et al. (1994). *Condiciones Ambientales en Salud en la Ciudad de Rosario*. Rosario. Fundación Banco Municipal. 283 p
- (3) Berigistain Aranzasti, J. M<sup>a</sup>; Larrañaga Padilla, I.; Gaminde I., (2006). Asistencia sanitaria y envejecimiento de la población: presente y futuro, *Osasunaz*, 2006, núm 7, p. 151-167.
- (4) Bourdieu, P. *La distinción*, Taurus. Madrid, 1988. 608 p.
- (5) Carrera L, Enria G, D Óttavio A. La atención primaria de la salud y la especialización Médica. Contradicciones de los discursos que dificultan la transformación de las prácticas de promoción de la salud ¿Categorías opuestas o complementarias?, *Educación Médica*, 2000, vol. 7, núm. 4, p. 132-139.
- (6) Contandriopoulos, A-P. La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales, *Cuadernos Médico Sociales*, 2000, núm. 77, p. 19-33.
- (7) Di Cesare, L. Gestionar con calidad y humanidad [en línea]. Boletín del INSSJP, Editorial de la página web del INSSJP-PAMI, 7 de Julio de 2011. [www.pami.org.ar/](http://www.pami.org.ar/)
- (8) Donabedian, A. *La calidad de la atención médica*, Prensa Médica Mexicana, México DF, 1984. 194 p.
- (9) Douglas, M, *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*, Paidós, Barcelona, 1996. 173 p.
- (10) Enria G, Staffolani C. La fragmentación de la comunidad como obstáculo para la atención primaria. *Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio*, 2003, p. 31-35.
- (11) Enria, G. *Tuberculosis. Historia de una lucha prolongada*, Tesis de Maestría, CEI-UNR, 2000.
- (12) Enria, G.; D'Andrea, L. y Staffolani, C. "Proceso de envejecimiento y reconocimiento corporal". 6to Congreso Latinoamericano y del Caribe COMLAT-IAGG, Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría (Buenos Aires), 2001.
- (13) Enria, G.; D'Andrea, L. y Staffolani, C. "Emergencia del cuerpo en el proceso de envejecimiento. Narraciones de la experiencia de la implementación de los Programas de salud en los Adultos Mayores", VI Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata (La Plata). 2010.
- (14) Enría, G.; Fleitas, M. y Staffolani, C. "El médico de protagonista a protagonizado", IV Congreso Internacional de Medicina General, Sociedad de Medicina general de la República Argentina (San Luis). 2002.
- (15) Enria, G.; Staffolani, C. El desafío de la educación para la salud como herramienta de transformación social. *Convergencia - Ciencias Sociales*, 2005, vol. 12, núm. 38, p. 335-351.
- (16) Enria, G.; Staffolani, C. El ethos del funcionario público en salud. Obstáculos para el cambio. *Biophronesis*, 2009, vol. 1, núm. 4, p. 1-25.
- (17) Enria, G.; Staffolani, C. Extensión Universitaria o desde la Comunidad a la Universidad. Rosario, *Facultad de Ciencias Médicas de la UNR*, 2006, vol. 1, núm. 21, p. 59-63.
- (18) Enria, G.; Staffolani, C. La incorporación del concepto de interdisciplina en los Programas de Salud. *Sabia Universidad de Sonora*, 2008, núm. 6, p. 26-30.
- (19) Enria, G.; Staffolani, C. La promoción de la salud en el ámbito médico y en los integrantes de la comunidad: análisis y propuestas educativas. *Medicina General*, 2005, núm. 80, p. 774-777.
- (20) Enria, G.; Staffolani, C. Obstáculos sociales y de organización para la planificación estratégica en la Atención Primaria de la Salud (APS). *Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio*, 2004, p. 29-34.
- (21) Enria, G.; Staffolani, C. Participación Comunitaria en Salud ¿Utopía o compromiso político?, *Fundación Dr. J. Roberto Villavicencio*, 2001, p. 28-34.
- (22) Enria, G.; Staffolani, C. Programas de Salud y Género. Mujeres con Vih/Sida, *Estudios Sociales de la Universidad Hermosillo Sonora México*, 2010, vol. XVII, núm. 35, p. 276-292.

- (23) Ferrara, F.; Aceval, E.; Paganini, J. M. *Medicina de la Comunidad*. Intra Médica, Buenos Aires. 1972. 414 p.
- (24) Formiga, F. et al. Diferencia según la década de edad del impacto de la hospitalización en enfermos de edad avanzada, *Medicina Interna*, 2001, vol. 18, núm. 11, p. 61-62.
- (25) Gómez, M, Representaciones y prácticas de la enfermedad Tuberculosis y su trayectoria curativa. Tesis de Maestría). Centros de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Nacional de Rosario. 2006.
- (26) INSSJP/PAMI. *ANEXO Resolución N° 284-05. Menú prestacional del 1er. Nivel de atención ambulatoria de servicios y prácticas incluidas*. Buenos Aires. PAMI-INSSJP Boletín PAMI: año 1: n°102, 1° de agosto de 2005.
- (27) Márquez Capote, E. et al. El paciente geriátrico en la unidad de cuidados intensivos, *MEDISAN*, 2001, vol. 5, núm. 4, p. 41-48.
- (28) Matus, C. *Estrategia y Plan, Siglo XXI*, México, 1998. 195 p.
- (29) Menéndez, E. *Familia, participación social*, Universidad de Guadalajara, México. 1993, 256 p.
- (30) Mintzberg, H. *Diseño de las organizaciones eficientes*, El Ateneo, Buenos Aires. 1994, 264 p.
- (31) OMS. *Carta de Ottawa Conferencia internacional organizada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y de la Asociación Canadiense de Salud Pública*. Ottawa, OMS, 1986. 4 p.
- (32) OMS/UNICEF. *Atención primaria de la salud. Informe conjunto del Director de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*. Ginebra – Nueva York. OMS-UNICEF. 1978. 55 p.
- (33) Poder Ejecutivo de la República Argentina, *Ley Nacional N° 19032. Creación del INSSJP*, 1971.
- (34) Rose, G. *Individuos enfermos y poblaciones enfermas*. En: El Desafío de la Epidemiología, Pub. Científica núm 505. OPS/OMS. 1988, p 990-909
- (35) Santhia, M. et al. *Sistema de salud del área Rosario: Análisis de algunos aspectos de la población y la salud (Documento N° 1)*, Rosario: Grupo de Estudios en Salud de la Asociación Médica, 1973. 124 p.
- (36) Staffolani, C. *Planificación estratégica y Atención Primaria de la Salud. Encuentro de los dichos, desencuentro de los hechos*. Tesis de Maestría. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Entre Ríos. 2006.
- (37) Taylor, S. y Bogdan, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós, Barcelona, 1987. 343 p.
- (38) Temporetti, F. et al. *Salud mental en la Infancia. Estudio Epidemiológico de la población de 3 a 13 años en la ciudad de Rosario*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2008. 112 p.
- (39) Testa, M. (1989). Pensamiento estratégico y lógica de Planificación, el caso de Salud, OPS, Buenos Aires. 1989, 304 p.
- (40) Vila-Córcoles, A. et al. Vacunación antigripal y mortalidad general en población mayor de 65 años, *Medicina Clínica*, 2005, Vol 125, núm 18, p 689-691.