

ACCESIBILIDAD A LA SALUD DE PERSONAS MAYORES: REFLEXIONES EN TORNO A UNA EXPERIENCIA DE RECREACIÓN Y MOVIMIENTO EN UN CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES¹

Leticia Spinosa²

Karina Duran³

Nadia Narvaja⁴

Marisol Castiñeira⁵

Maria Ysabel Campos Santos⁶

Paula Yamone⁷

Micaela Andreatta⁸

¹ Cítese como: Spinosa, L., Duran, K., Narvaja, N., Castiñeira, M., Campos Santos, M. Y., Yamone, P., & Andreatta, M. 2024. Accesibilidad a la salud de personas mayores: reflexiones en torno a una experiencia de Recreación y Movimiento en un centro de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estudios sobre jurisprudencia, publicación especial: El rol de la justicia en el acceso efectivo a la salud. Debates actuales sobre salud y derechos humanos, pp. 198-217

² Licenciada en Comunicación Social con orientación Científica por la Universidad Nacional de Moreno (UNM). También es Magíster en Comunicación y Especialista en Gestión de las Comunicaciones por la Universidad Nacional de Lomas de Zamora (UNLZ), donde integra el Programa en Comunicación Comunitaria y Educomunicación de la Facultad de Ciencias Sociales. Actualmente, se desempeña como Jefa de Residentes en el Área Programática del Hospital General de Agudos José María Penna, en la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS).

³ Licenciada en Antropología Social y Cultural por la Universidad Nacional de San Martín. Diplomada en Géneros, Participación y Política por la Universidad Nacional de General Sarmiento y Diplomada en Educación Sexual Integral por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Actualmente es Residente de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud del área programática del Hospital General de Agudos José María Penna, y maestranda en Salud Pública por la Universidad Nacional de Rosario

⁴ Licenciada en Nutrición de la Universidad Nacional de la Matanza. Maestranda en Antropología Social y Política de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Residente de tercer año de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) del área programática del Hospital General de Agudos José María Penna.

⁵ Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y estudiante de Abogacía (UBA). Maestranda en Género, Sociedad y Políticas de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Es egresada de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) y fue jefa de residentes de la misma, en el Área Programática del Hospital General de Agudos José María Penna. Actualmente, integra la Residencia Interdisciplinaria de Sistemas de información en Salud (RISIS), en la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria (DGSISAN), dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

⁶ Licenciada en Enfermería por la Universidad Nacional de La Plata. Egresada de la especialidad de Enfermería en Cuidados Críticos de Adulto por la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) y del Profesorado Universitario por la Universidad de la Ciudad de Buenos Aires. Actualmente es residente del segundo año de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) del Área Programática del Hospital de Agudos José María Penna.

⁷ Licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Buenos Aires. Egresada de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud. Actualmente, se desempeña en las áreas de consumos problemáticos de sustancias y de derechos de las niñeces.

⁸ Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Se encuentra realizando una formación en Psicodrama Grupal en la Escuela de Psicodrama Grupal Pavlovsky. Residente de tercer año de la

1. INTRODUCCIÓN

El presente artículo tiene como objetivo la sistematización de una reflexión colectiva por parte de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS)⁹ del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en torno a la construcción de accesibilidad a la salud en personas mayores a partir de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).¹⁰ Dicha reflexión surge desde nuestra experiencia de promoción de la salud¹¹ para personas mayores a través de un taller de Recreación y Movimiento coordinado y sostenido durante trece años por el Equipo Gerontológico¹² de un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) del barrio de Constitución, en la zona sur de la ciudad.

Nuestras prácticas se desarrollan en el marco del subsistema de salud público de la CABA, donde rige la Ley Básica de Salud (Ley N° 153/1999). Ésta se caracteriza por su concepción integral de la salud, entendida no como mera ausencia de enfermedad sino como “la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente” y plantea “el acceso y utilización equitativa de los servicios, que evite y compense las desigualdades sociales y zonales” (Art. 3). Esta ley organiza el sistema de salud de la CABA en torno a la estrategia de Atención Primaria de la Salud, jerarquizando el primer nivel de atención,¹³ definido como “todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias” (Art. 18).

Nos centramos para nuestro análisis en los aspectos simbólicos de la accesibilidad, considerando la “importancia de la dimensión cultural [en tanto] conjunto de vivencias, creencias, pensamientos, saberes y representaciones de salud de una población [...] que rescatan la posibilidad de que el imaginario social y las representaciones pueden constituirse en barreras de acceso a los servicios” [así como en facilitadores de la

Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) del área programática del Hospital General de Agudos José María Penna.

9 La RIEPS forma parte de las Residencias del Equipo de Salud del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Prevé la formación de profesionales de diferentes disciplinas del campo de la salud y de las ciencias sociales, en Educación y Promoción de la salud y la prevención de enfermedades, en el marco de la Salud Pública / Colectiva y la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS).

10 La APS es un concepto muy difundido desde la Conferencia de Alma Ata de 1978. A partir de allí ha sido redefinida en diversas ocasiones y con distintos énfasis en función de los intereses de los diversos actores del campo de la salud, muchas veces antagónicos (Rovere, 2012).

11 La promoción de la salud es una estrategia que se dirige a promover la vida en sus múltiples dimensiones mediante el fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas para transformar las condiciones de vida y de trabajo que subyacen a los problemas de salud (RIEPS, 2022).

12 Conformado por profesionales de trabajo social, kinesiología, medicina general, psicopedagogía, promotores de salud y las residencias de trabajo social, psicopedagogía y RIEPS.

13 El primer nivel de atención está conformado por los Centros Médicos Barriales y los Centros de Salud (anteriormente denominados Centros de salud y acción comunitaria (CeSAC)). El segundo nivel lo conforman los Hospitales Generales de Agudos y el tercer nivel los Hospitales especializados y/o de alta complejidad.

accesibilidad] (Garbus, 2012; 21). Tomamos la noción de “usuarios-guía” de Bezerra Gomes (et al, 2023), según la cual las personas usuarias no son objetivadas como “casos” sino incorporadas como analizadoras de los servicios y de su salud (Garbus, 2012).

Comes et al. (2006) invitan a pensar la accesibilidad como categoría relacional, considerando los sentidos y prácticas del personal de salud y de las personas usuarias. En esta ocasión, las personas participantes del espacio nos guiaron a comprender el significado que encuentran en su participación, en relación con su proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC).¹⁴ Para ello, realizamos cuatro entrevistas semiestructuradas a personas mayores que asistieron al taller de Recreación y Movimiento durante el año en curso. Por otro lado, nos nutrimos de conversaciones informales que hemos establecido con otros miembros del Equipo Gerontológico a lo largo de nuestro recorrido, así como del proyecto escrito elaborado por el equipo, lo cual nos ha permitido abrir nuevos interrogantes y enriquecer nuestras reflexiones. De esta metodología provienen todos los testimonios citados en este artículo. Mantuvimos la confidencialidad de las personas que participaron, modificando sus nombres.

2. DISCUSIONES TEÓRICAS EN TORNO AL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD

A partir de la década del ‘50 y en pleno desarrollismo, desde la Salud Pública¹⁵ se comenzó a pensar en la “accesibilidad” como problema y se desarrollaron distintos modelos que permitieran medirla (Garbus, 2012). A grandes rasgos, pueden diferenciarse aquellos modelos que proponen un alcance acotado, lo cual es generalmente abordado a través de encuestas, contribuyendo a abordajes cuantitativos; y modelos con un alcance amplio (Ballesteros, 2015). Estos últimos son más complejos y su especificidad excede el objetivo de nuestro trabajo, pero nos importa destacar su consideración de los aspectos culturales y simbólicos de las personas usuarias de los servicios de salud como aspectos clave, aunque con diferente énfasis y relativa importancia.

Ante la complejidad que revisten las categorías de acceso y accesibilidad para el análisis de las prácticas concretas de salud, buscamos trascender estas nociones a partir de algunas propuestas que permiten arrojar luz sobre lo que elegiremos denominar accesibilidad. A diferencia de aquellas miradas que se reducen al análisis de la oferta, la propuesta de Comes et al. (2006) permite visibilizar la complejidad de la construcción de accesibilidad mediante el encuentro entre personas usuarias y profesionales de la salud. Los sentidos, discursos y prácticas de la población usuaria se vuelven de este modo elementos claves a analizar: “al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro

¹⁴ Entender a la salud como un proceso de salud, enfermedad, atención, cuidado (PSEAC) supone alejarse de la perspectiva biológica y tener en cuenta las condiciones sociales de la comunidad, en las que inciden múltiples determinantes.

¹⁵ La Salud Pública es a es un concepto social y político, abarca el conjunto de actividades sociales y políticas destinadas a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria (OMS, 1998).

entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso” (Comes et al, 2006; 202). La autora propone diferenciar la accesibilidad inicial de la accesibilidad ampliada. La primera suele ser entendida como “la posibilidad que tienen los usuarios de ingresar al sistema” (205) en consonancia con lo que Garbus (2012) denomina acceso, analizada desde la unilateralidad de la oferta de servicios de salud. La accesibilidad ampliada, en cambio, da cuenta de cómo la dignidad en la atención aporta a la accesibilidad, “en tanto cuando se respetan los derechos, se facilita la construcción y solidificación del vínculo entre población y servicios [...] lo que permite que [...] se mantenga a lo largo del tiempo” (Comes et al., 2006; 205). Con base en esta propuesta analítica relacional, hacemos foco en el análisis de los sentidos que las personas usuarias y otros trabajadores de la salud construyen a través de sus relatos. Siguiendo a Comes, y en consonancia con los aportes de Didier Fassin (2002), creemos que una categoría ineludible para repensar la promoción de la salud es la de dignidad. No solo aquella entendida como la atención guiada por el respeto a los derechos de las personas, en particular aquellos estipulados en la Ley Básica de Salud (Ley N° 153/1999)¹³⁶, sino en consonancia con la calidad de vida como factor “perceptible en términos de autonomía, emancipación o realización personal” (Fassin, 2002; 19). Quizás, esto permite descentralizar el centro de salud, llevar el foco a las personas y ampliar la mirada a sus prácticas de vida. Por esto, consideramos que la accesibilidad implica tener en cuenta ambas nociones de dignidad, tanto en la atención a partir del respeto a los derechos de la población usuaria de los servicios, como en la consideración de la dignidad de las personas más allá de dicho encuentro. Aún así, consideramos que lejos de una cuestión individual o de la díada usuario/profesional, el complejo proceso de accesibilidad se materializa con la participación real de la comunidad en la producción de su salud y su cuidado.

En esta línea, podemos sumar los aportes de Bezerra Gomes, que entiende la producción de cuidado como el objeto del campo de la salud, y recupera el enorme potencial afectivo que se presenta en la cotidianidad del trabajo: “interacción, comunicación, aprendizaje, tacto, sensibilidad...” (2023; 14). Desde nuestras prácticas de promoción de la salud es pertinente trascender la pregunta por la accesibilidad, para centrarnos en cómo producimos cuidado desde nuestro rol de residentes de educación y promoción de la salud.

3. ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y PERSPECTIVAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento poblacional ha cobrado relevancia política en la agenda pública internacional: la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el periodo 2021-2030 como la Década del Envejecimiento Saludable, dado que se trata de un fenómeno global con consecuencias sociales ineludibles.¹⁶ En nuestro país, la denominada esperanza de

¹⁶ <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

vida es de 74,90 para varones y de 81,44 para mujeres, y según proyecciones del INDEC en el año 2040 será de 78,44 para varones y 84,72 para mujeres, y se estima que seguirá creciendo en los próximos años (INDEC, 2013).

Desde un enfoque poblacional, se observa un fenómeno urbano y femenino, ya que las personas mayores residen en su mayoría en ciudades y la mayor mortalidad se da en varones, lo que da cuenta de un proceso de feminización de la vejez. La Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores realizada por el INDEC en el año 2012 evidencia un mayor porcentaje de mujeres en relación al de varones en todos los grupos etarios y muestra un crecimiento de esta proporción a medida que se avanza en la edad (INDEC, 2014).

Ante esta realidad, existen distintas perspectivas sobre la vejez y el envejecimiento que se han desarrollado a través de los años. Es habitual que se asocie a la vejez con la enfermedad, lo inútil, lo descartable, como una carga social, reproduciendo una desvalorización de la experiencia y saberes que las personas mayores aportan al desarrollo social y cultural (Ludi, 1997). Como respuesta a estas nociones de sentido común, se han desarrollado distintos modelos de envejecimiento. Entre algunos, destacamos el de envejecimiento exitoso, envejecimiento saludable y envejecimiento activo. El primero es entendido como la “habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad y comprometido con la vida por medio del mantenimiento de vínculos y de la participación social” (Brigeiro, 2005; 103). Por su lado, el envejecimiento saludable es una propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 1998, que tiene que ver con la posibilidad de desarrollar hábitos saludables desde edades tempranas. Luego, en 2002, la misma OMS enunció la noción de envejecimiento activo para enfatizar la relevancia de la participación continua en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos (Alvarado García y Salazar Maya, 2014). Cabe mencionar que estas nociones, si bien hacen énfasis en la importancia de la actividad y la participación social, pueden resultar individualizantes, sin tener en cuenta cómo las condiciones estructurales determinan de manera específica las formas particulares de vivir y enfermar, es decir, los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados singulares.

Ante estas limitaciones, el Enfoque de Curso de Vida [(ECV) Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida, s/f)] propone un paradigma novedoso e integrador que comprende la salud integral como resultado de influencias biológicas, psicológicas y sociales y que promueve un abordaje interdisciplinario de la vejez. Desde esta mirada, se aborda el envejecimiento desde la identidad narrativa de los sujetos, lo que supone una construcción de significados que otorga sentidos a la experiencia de vida particular. Destaca así el modo en que cada persona entiende los cambios que vivencia a partir de un contexto determinado (Iacub, 2011).

El taller de Recreación y Movimiento que analizamos contribuye a mitigar las concepciones de vejez que la diferencian en “normal” o “exitosa”: por un lado, al entenderla como un proceso complejo que abarca aspectos físicos, biológicos, psicosociales y emocionales, condicionado por el contexto y la cultura en el que interacciona la persona (Ludi, 1997); y por otro, al fomentar espacios de inclusión social en pos de la promoción de la salud. En consonancia con el ECV, pone en discusión cómo la historia, los condicionantes estructurales y los cursos de vida individuales moldean diferentes vejezes. En línea con este enfoque y retomando a Fassin, resulta pertinente su crítica a la esperanza de vida como indicador poblacional. El autor enfatiza sobre cómo las vidas pueden ser sufrientes a pesar de su duración en el tiempo:

[...] la esperanza de vida, entonces, debe entenderse como una expectativa de vida, es decir, la proyección de un futuro en el curso de una existencia [...] por un lado, ¿cuántos años podemos esperar vivir? Por el otro, ¿qué podemos esperar de la vida? El paso de la primera a la segunda formulación desplaza radicalmente la perspectiva [...] Ya no se habla entonces de cantidad, sino de calidad; tampoco ya de longevidad, sino de dignidad (Fassin, 2002; 56. El destacado es nuestro).

4. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES: RECREACIÓN Y MOVIMIENTO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

El taller de Recreación y Movimiento se enmarca en el Programa Gerontológico de Salud del Ministerio de Salud del Gobierno de la CABA y está especialmente diseñado para construir accesibilidad a la atención integral de la salud de las personas mayores. El espacio del taller forma parte de una propuesta más amplia del Equipo Gerontológico del centro de salud que tiene como objetivos generales:

[...] generar acciones tendientes al logro de la atención integral de los adultos mayores dentro del CeSAC, propiciar la formación de una red interinstitucional que permita optimizar recursos destinados a los adultos mayores, fomentar espacios de inclusión social para los adultos mayores, resolver las necesidades de asistencia, fomentando la prevención de enfermedades y la promoción de la salud y fomentar la utilización saludable del tiempo libre (Proyecto del Equipo Gerontológico, CeSAC 10, 2014).

Si bien el espacio está orientado a la población adulta mayor, es abierto a la comunidad en su totalidad. Entre sus acciones, cobran protagonismo actividades de prevención y promoción de la salud. Para eso se destina el tiempo necesario a las planificaciones de las mismas, así como a la elaboración de material didáctico y el acondicionamiento del espacio físico: el SUM138 del CeSAC, donde se realiza el taller.

Esta actividad se encuadra en la normativa internacional y nacional vigente, especialmente en la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, ratificada en la Ley Nº 27.360/2017; una ley que garantiza su protección a nivel nacional y las reconoce como sujetos de derecho. Establece, a su vez, que la edad por la cual una persona debe ser considerada mayor es a

partir de los 60 años y define el abuso y el maltrato contemplando las distintas aristas de dicha problemática. El objeto de la Convención es “promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad” (Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2017, Capítulo I, Artículo 1). En su artículo 22, se plantea que la persona mayor tiene derecho a la recreación, la actividad física, el esparcimiento y el deporte. A su vez, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el artículo 12 expresa que los Estados Parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (ONU, 2016).

A nivel local, la Ley Básica de Salud N° 153 (Ley 153/1999) de CABA define al primer nivel de atención como “todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias” (art. 18), siendo un antecedente para la creación de dispositivos preventivo-promocionales orientados a la población adulta mayor. Por su parte, la Ley de Prevención y Protección Integral contra Abuso y Maltrato a los Adultos Mayores (Ley N° 5420/2015) establece que el Poder Ejecutivo de la Ciudad debe impulsar acciones orientadas a estos fines. Entre ellas, el “empoderamiento de los Adultos Mayores a través de cursos y espacios de encuentro cuya finalidad sea reforzar su autoestima y autonomía, hacerles conocer sus derechos, promover sus potencialidades, reforzar o crear lazos y redes, evitar el aislamiento y constituirlos en partícipes principales en la toma de decisiones” (Art. 10).

En 2022, se redactó el Proyecto de Ley Nacional de Recreación, que hace referencia al derecho a la recreación como la posibilidad de acceso a prácticas diversas basadas en lo lúdico, cuya orientación es la participación activa, colectiva y placentera que surge de la vivencia del tiempo libre. En este sentido, la recreación es una práctica para todas las personas en la que se integran múltiples dimensiones (social, histórica, política, económica, ambiental, espiritual y cultural). De esta manera, el ejercicio del derecho a la recreación tiene que ver con la posibilidad de las personas de acceder a programas recreativos adecuados a su edad, así como el ejercicio de prácticas corporales y expresiones artísticas de cultura. A partir de los principios de indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos, es posible concebir que la ausencia de espacios y dispositivos de recreación repercuten en el ejercicio de otros derechos, así como su efectivización posibilita el ejercicio de varios en función de la interdependencia (Proyecto de Ley Nacional de Recreación, 2022).

Este es el marco legal que justifica la necesidad de construir espacios de recreación para la población adulta mayor. Aún así, puede surgir la pregunta:

¿por qué en el marco de un centro de salud? ¿Cómo contribuye un taller de recreación y movimiento a la accesibilidad a la salud?

5. PRÁCTICAS Y CONCEPTUALIZACIONES DE LAS PERSONAS MAYORES EN TORNO A SU PARTICIPACIÓN EN EL TALLER

Una de las particularidades del CeSAC es que se encuentra en un predio compartido con otras instituciones dependientes también del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, entre ellas un centro de día y un hogar de residencia permanente, ambas destinadas a personas mayores. Teniendo en cuenta los objetivos del Equipo Gerontológico, nos preguntamos sobre los motivos por los cuales las personas mayores concurren habitualmente al centro de salud a participar del espacio de taller. María cuenta que ella también viene al centro de día. Otros y otras participantes habitan en el hogar residencial y con solo cruzar una calle interna llegan al SUM del CeSAC donde se realiza el taller. Aún así, muchos otros viven en barrios aledaños, a varias cuadras del centro de salud y llegan caminando o en transporte público:

Hay cerca de mi casa ahora, pero no quiero, vengo hasta acá con la psicóloga al centro de salud. Me gusta. Hago un viaje, no me importa. Vengo acá porque me hallo bien acá (María, 68 años).

Testimonios como este dan cuenta de los recorridos que las personas hacen por las distintas instituciones en búsqueda de atención integral. Muchas de ellas cuentan con la cobertura del Programa de Asistencia Médica Integral para Jubilados y Pensionados (PAMI):

Venía anteriormente [...] pero una vez que me jubilé [...] tenía turnos totalmente en días que estábamos ocupadísimos, entonces de esa manera me fui a PAMI [...] tengo mi médica de cabecera en PAMI, y bueno acá cuando tengo alguna cosa me siguen atendiendo [...] acá también tengo mi historia clínica para cualquier cosa, hago eso (María, 68 años).

A partir de este testimonio, observamos que la búsqueda de atención trasciende el subsector público de la salud. A su vez, María acude cotidianamente al primer nivel de atención, pero se atiende en el segundo nivel cuando requiere atención especializada: “Sí, en el Penna [...] Por ejemplo, me estoy tratando oftalmología que acá no hay. Y estoy así, en el Penna y acá”.

De esta forma, además, algunas personas generan vínculos más estrechos con la institución:

Estuve con el médico clínico, con la nutricionista, trabajo social, cada uno su rubro, su especialidad. Me atendieron muy bien. Más aún cuando estaba formando parte del grupo, sí que para mi eso me apegó más como una familia” (el destacado es nuestro) [...] para mi es una... justamente es una necesidad. Porque lo tomé como mi lugar, mi espacio. [...] Yo tengo muchos problemas entonces para mi es eso, es venir a mi espacio, desenchufarme, disfrutarlo y compartir (Laura, 77 años; el destacado es nuestro).

Yo me hallo muy bien acá en el centro de salud hace ya van a ser 12 años que vengo, serían 14 con la pandemia que hubo (María, 68 años; el destacado es nuestro).

Como dijimos, el espacio que se construye es intergeneracional, pero, además, está fuertemente atravesado por la diversidad social y cultural, la cual es positivamente valorada por las personas que participan:

Hay personas de diferentes culturas. Eso es muy importante, es como un encuentro en donde... a veces por ejemplo nos ponen música, hoy pusieron música latina, por ejemplo. Pero también a veces está la cumbia, tango, rock, folclore, cantamos inclusive música de nuestra época.

Entonces es como que nos hace revivir, y te hace trabajar la memoria también todo eso. Como te digo, es un encuentro de culturas diferentes y eso es lindo. Entonces vos entendés al otro, o sea, el otro también forma parte de tu entorno, le das importancia porque está en tu grupo, es algo lindo [...] Después hay de diferentes culturas, estratos sociales nosotros trabajamos toda la vida y ahora somos jubilados, pero me parece que hay algunos que ni siquiera son jubilados, gente que no tiene recursos o que viven acá. Nosotros tenemos casa, pero hay gente que vive acá. Después hay gente boliviana, peruana, paraguaya, con otra cultura. Es cuestión de adaptarse (Laura, 77 años. El destacado es nuestro).

Además, observamos que se valora especialmente la construcción de espacios grupales y participativos:

Una de las cosas que aprendés de eso es que una persona mayor tiene que establecer un grupo, y yo también lo hacía ya con personas que eran de mayoría de edad cuando yo era más joven. Y lo aprendemos también acá, a adaptarse y convivir con los demás. Eso es lo lindo del grupo (Héctor, 64 años).

Además, esta valoración enfatiza la importancia de la gratuidad de este tipo de prestaciones para facilitar el acceso de quienes no podrían pagar por estos servicios:

La verdad que sí, lo valoramos mucho. Ojalá que sigan existiendo y que haya más, en otros lugares, para otras personas que también lo necesitan. Hay muchos como nosotros. Que por ahí no lo saben o no tienen las posibilidades. Nosotros si tuviéramos que ir a pagar [...] en un centro para ir a hacer esto, no lo podríamos pagar (Laura, 77 años).

Desde la cotidianidad de nuestro trabajo como profesionales de salud, abocadas exclusivamente a las tareas de Promoción de la salud, observamos que muchas veces, la especificidad y la relevancia de esta área de trabajo no es debidamente reconocida. A partir de la Declaración de Alma Ata (URSS, 1978) se reconoce que la Atención Primaria de la Salud integra la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Sin embargo, se la suele asociar, desde el sentido común y desde las perspectivas biomédicas hegemónicas, a la consulta clínica individualizada. Así, resulta especialmente interesante lo que surge de los relatos con relación a la “atención”:

Vengo acá al Centro de Salud porque tenemos mucha atención, están preparadas para [...] recibirnos, son psicólogas, psicopedagogas y bueno, tenemos muchas

actividades. La atención es buenísima (en relación al Taller de recreación y movimiento) (María, 68 años; el destacado es nuestro).

El nivel de atención está también ligado a la afectividad y emocionalidad que se ponen en juego en el espacio, y al lugar que encuentran las y los participantes en el desarrollo de su subjetividad. Con relación al rol del equipo de salud:

Nos entienden, hablamos, conversamos sobre las cosas que nos pasan, por eso me encanta venir (María, 68 años).

En cuanto al equipo, encontré un equipo de salud maravilloso (Laura, 77 años).

Sí, te olvidás. Entonces como que te ayuda. Aparte hay como una empatía con las chicas, entonces todo eso hace que uno se sienta como bien, y cuando uno sale al menos respiraste por un momento algo bueno. Y eso es algo que valoramos (Héctor, 64 años).

Los y las participantes encuentran un espacio de cuidado, de producción de salud integral, un cuidado que se nombra como “atención”. De todos modos, en la valoración que las personas entrevistadas hacen del Equipo Gerontológico es importante identificar que quienes realizamos las entrevistas somos residentes que hemos formado parte del Equipo en distintos momentos de nuestra trayectoria formativa, lo que evidentemente podría condicionar las respuestas.

El espacio de Recreación y Movimiento se percibe como una necesidad, como “un espacio de disfrutar libremente”, de “desenchufarme, disfrutarlo y compartir”. “Me gusta, soy activa, me divierto” (Laura, 77 años).

Un lugar que produce alegría, satisfacción, encontrarme con gente con quien tengo simpatía o no, hablar con alguien diferente que no sea de tu entorno, con algunos más que con otros. compartir, compartimos cosas alegres, para momentos tristes esta la vida diaria (Laura, 77 años).

De acá mismo me voy a casa, feliz, le cuento a mi esposo lo que hicimos, que bailamos, cantamos, le cuento todas las actividades que hicimos, porque hacemos de todo, me voy contenta, siempre llego a casa, feliz, entonces es una ayuda a muchas personas, al menos para mí, estoy chocha, me siento muy feliz y agradecida (María, 68 años).

Los distintos testimonios dan cuenta de que, si bien es un espacio vinculado principalmente a la alegría, es ante todo un lugar donde se sienten libres para expresar las distintas emociones que atraviesan en su cotidianidad.

El espacio es vivenciado como un quiebre, como una ruptura con la vida cotidiana, que se manifiesta problemática. Y así lo expresan:

Entonces esto nos viene bien [...] porque sabemos que también nos va a aliviar el estrés [...] Es como una salida de escape. Te olvidas, aunque sea por un momento, de los problemas (Héctor, 64 años).

Necesito este espacio porque es una descarga para mí (Laura, 77 años).

Estos relatos tienen vínculo directo con las nociones que quienes integran el Equipo Gerontológico tienen en torno a la autonomía y la dignidad de las personas mayores. Ellas construyen el espacio como propio porque se brinda esa posibilidad. En relación a esto, el Proyecto de Ley Nacional de Recreación, mencionado anteriormente, establece que “será función de la persona que coordine los procesos el garantizar, acompañar y posibilitar que las personas encuentren la posibilidad de ser protagonistas de su propia experiencia tomando decisiones y generando propuestas”.

El espacio del taller es asumido como propio por quienes participan, muchos de ellos, participan hace años y perciben la grupalidad que se genera como una familia:

Uno forma como una empatía con las personas. Y como ya estoy acostumbrado con los abuelos, es como estar con un grupo familiar, donde nos conocemos todos. También tenemos nuestras diferencias, pero bueno, uno sabe sobrellevar ciertas cosas, entonces la paso bien (Héctor, 64 años).

A través del relato de los y las protagonistas de este espacio se evidencia cómo se hace efectiva su accesibilidad a los servicios de salud, tal como establece La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Las personas mayores tienen derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía (Art. 12, a). Este derecho no compete solamente a esta instancia, sino que forma parte de las trayectorias de vida de todas las personas. El envejecimiento no debe ser un obstáculo para el disfrute de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades (Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2017, Preámbulo).

Finalmente, podemos advertir que desde la perspectiva de las y los participantes, el taller promueve un envejecimiento tanto activo, como saludable. Es decir, la optimización de oportunidades de bienestar físico, mental y social por medio de la participación en una actividad social, con el objetivo de promover calidad de vida aportando también a sus familias:

Estás todo el tiempo quieto sin hacer nada, en la cama tirado, o encerrado, eso te afecta la salud. [...] El taller se relaciona con la salud tanto física como psíquica. Yo por lo menos vengo por las dos cosas. Porque me hace bien psíquicamente pero además también físicamente. Los martes que vamos a la plaza, a hacer ejercicio, al aire libre, hace bien (Laura, 77 años).

Trato de estar siempre activo, caminar, test de memoria, todas estas cosas que tienen que ver con el tema de la salud. [...] La salud es lo más importante, más importante que el dinero, más importante que todo. Sin eso, no viviría. Y le doy mucha importancia, por eso me estoy haciendo chequeos siempre, para tratar

que no me sorprenda, porque si uno va demasiado tarde después el médico no puede hacer nada. Trato al menos cada año de hacerme un chequeo, del corazón, del tema de la vejez (Héctor, 64 años).

En estos testimonios aparece la importancia del taller como parte de la rutina de cuidados de la salud, vinculado a los controles médicos. Así, la promoción del envejecimiento activo y saludable emerge con la puesta en valor de un enfoque integral del bienestar. En un contexto difícil, el Taller de Recreación y Movimiento es encuentro, compañía y escucha:

Para mi es fundamental porque en la actualidad la vida está muy acelerada y con la economía, con todas estas cosas que estamos pasando, genera mucho estrés, sobre todo los mayores, estamos con problemas. Entonces esto nos viene bien, por eso también participamos, porque sabemos que también nos va a aliviar el estrés (Héctor, 64 años).

Más allá de la planificación de las actividades específicas para cada día, el taller es un lugar de esparcimiento donde se promueve la grupalidad y se fortalecen los lazos sociales, aspectos relevantes en el acceso a la salud. Los recorridos que llevaron a cada participante son diversos: “y así fue como entré, como se dice, jugando” (María, 68 años).

6. INTERDISCIPLINA: HACIA LA INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN CLÍNICA Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

El Equipo Gerontológico está integrado por dos trabajadoras sociales, tres promotores de salud, un kinesiólogo, una médica generalista, estudiantes y residentes.¹⁷ Es decir, que está conformado por muchas personas de diversas edades, pero todos ellos menores de 60 años. Esto ofrece un ámbito muy diverso e intergeneracional, en línea con la recomendación que incorpora la Ley Nº 5420/2015 de CABA de implementar actividades intergeneracionales (Art. 10), sumado a la apertura y participación de personas menores de 60 años. Además, se trata de un equipo constituido interdisciplinariamente, que incorpora como objetivos secundarios, “facilitar el acceso a los distintos servicios de salud, identificar patologías asociadas al envejecimiento patológico, promover hábitos saludables a través del intercambio de saberes entre el equipo de salud y las personas mayores de la comunidad, fortalecer los lazos sociales existentes y de estimular capacidades cognitivas y creativas” (Proyecto del Equipo Gerontológico, CeSAC 10, 2014). En este sentido, en el marco del equipo se realizan actividades asistenciales, a partir del abordaje de entrevistas y consultas con Servicio Social; la detección y seguimiento de situaciones problemáticas complejas; la derivación a especialistas o tratamientos en caso de necesidad, así como la articulación con el segundo y tercer nivel de atención a partir de la atención primaria. Asimismo, suelen pensarse y planificarse jornadas comunitarias

¹⁷ Además de nosotras (RIEPS), por el equipo pasan residentes de Trabajo Social, Psicopedagogía y estudiantes de medicina de distintas universidades que llegan para realizar sus prácticas durante su último año de estudio de grado.

para el Día internacional de toma de conciencia del abuso y maltrato hacia la vejez (15 de junio) y el Día internacional de las personas mayores (1 de octubre).

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2017) establece en términos de salud, que los Estados Parte:

[D]eberán diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social (Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2017, capítulo III, Artículo 19).

Si bien la asistencia clínica individual suele pensarse y abordarse de manera disociada de las actividades promo-preventivas en salud, la experiencia del Equipo Gerontológico da cuenta de la potencia que tiene un proyecto que incluye e integra ambas dimensiones del abordaje de la salud de la población, en este caso, de las personas mayores. Lo que observamos es una retroalimentación e integración de ambos espacios, que permite responder a una pregunta que posiblemente pueda formularse al encontrarse con esta experiencia: ¿por qué un espacio recreativo y de juego en el ámbito de la salud?

Si bien no entrevistamos a profesionales del equipo, nuestra propia participación nos ha permitido toparnos con historias como la de Marta, a partir de conversaciones informales con profesionales de planta e integrantes del Equipo Gerontológico. Según relata la médica generalista del equipo, Marta (77 años) es una mujer que recibía atención clínica con ella y al inicio del vínculo se encontraba atravesando un cuadro depresivo. La médica pudo identificar los cambios en su situación de salud mental al tiempo de participar de los espacios colectivos, como el de Recreación y movimiento.

Son los testimonios de las personas usuarias los que permiten, asimismo, visualizar una articulación entre la atención clínica individualizada y los espacios grupales de promoción y prevención de la salud. Lo que identificamos es una retroalimentación entre ambas modalidades de atención. En muchos casos, llegar al CeSAC en búsqueda de atención clínica es la puerta de entrada al espacio grupal:

Yo vine por el tema de los medicamentos, ¿viste que dan medicamentos? Y bueno, me recetaron unos medicamentos. Vine, hice la fila, pero en eso vi unos cartelitos para hacer test en la sangre, y subí acá a este piso y acá me comentaron de los talleres (Héctor, 64 años; el destacado es nuestro).

Yo acompañaba a mi hijo a hacer terapia acá de adicción. Esperando, vi los carteles, entonces me llamó la atención [...] esperando, viendo los carteles, dije “ah, vengo”. Y por eso empecé a venir (Laura, 77 años; el destacado es nuestro).

Otras veces, y en el sentido inverso, es la participación en el grupo lo que genera acceso a la atención clínica: la alimentación de un vínculo cotidiano con el personal de salud facilita el acceso a turnos. Como ejemplo, luego de algunos meses de asistir a los talleres

impulsados por el Equipo Gerontológico, Laura (77 años) inició sesiones individuales de terapia psicológica en el mismo centro de salud.

La constitución interdisciplinaria del equipo permite el fortalecimiento de las redes entre distintos profesionales hacia dentro del CeSAC, así como la integración de la atención individual (tratamiento y rehabilitación) con las actividades grupales de promoción de la salud comprendida en términos integrales.

7. REFLEXIONES FINALES

Tradicionalmente, en el marco del sistema de salud las actividades destinadas a las personas mayores están vinculadas a la enfermedad y a la atención en consultorio, mientras la recreación y el movimiento son ofertadas por otros sectores. No obstante, creemos que el taller de Recreación y Movimiento es un ejemplo de otra promoción del cuidado, al complementar la atención clínica con espacios de promoción que incentivan la participación, el compartir, la circulación de saberes y sentimientos, así como la promoción de la actividad física y cognitiva, lo que impacta en la calidad de vida y la dignidad de las personas mayores.

A lo largo del trabajo mostramos distintas formas de entender la atención en salud, y pudimos registrar una retroalimentación entre la atención clínica individualizada y los dispositivos grupales de promoción de la salud.

Advertimos que desde la perspectiva de los y las participantes no pareciera haber una dicotomía entre el concepto de atención y el de promoción, como se suele percibir desde la gestión o del trabajo en salud. Los sentidos que las propias personas le otorgan a la salud son disímiles. Por un lado, algunas la asocian al autocuidado y a la atención clínica. Por el otro, se reconoce una mirada más integral, al incluir a la salud física y a la psíquica.

Si bien en este artículo proponemos algunas reflexiones, consideramos que están en constante movimiento y retroalimentación con nuestras prácticas en salud. Este trabajo pretende ser un punto de partida para próximas investigaciones. Ser un aporte a repensar e idear otros modos de abordaje, tanto a nivel institucional como desde la micropolítica, en torno a la accesibilidad a la salud de las personas mayores.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarado García, A. M. y Salazar Maya, Á. M. 2014. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.

Ballesteros M. S., Freidin B. 2015. "Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la encuesta Nacional de Factores de riesgo 2009". En: *Salud colectiva*; 11(4): 523-535.

Bezerra Gómes, et al. 2023. "Micropolítica del trabajo en salud: contrabando de ideas para explotar los pensamientos sobre la salud y para hacer las prácticas más intensas".

En: Merhy, E.E (Coord.), Micropolítica del trabajo en salud: teoría, métodos y aplicaciones. Serie Salud & Centroamérica. 1a Ed. Porto Alegre/Brasil; Managua/Nicaragua.

Brigeiro, M. 2005. ““Envejecimiento exitoso” y “tercera edad”: Problemas y retos para la promoción de la salud”. En: Investigación y Educación en Enfermería, 23(1), 102-109.

Carballeda, A. J. M. 2001. “La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud”. En Revista Margen N° 23.

Comes, Y., et al. 2006. “El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios”. En: Anuario de Investigaciones, 14, 201-209.

Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida, Ministerio de Salud de la Nación. (s/f.). El enfoque por curso de vida. Repensar las intervenciones en salud.

Fernández, E. M. 2019. “Personas mayores y sus motivos para participar de un taller grupal de estimulación de la memoria en Parque Patricios, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2012-2019)”. Tesis de maestría, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud - Fundación H. A. Barceló. Facultad de Medicina. Maestría en Gerontología Clínica.

Fassin, Didier. 2002. ¿Cuánto vale una vida? O cómo pensar la dignidad humana en un mundo desigual. Ed. Siglo XXI.

Garbus, P. 2012. “Accesibilidad a la atención en salud. La revisión teórica de una categoría tan clásica, como de moda”. En: Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca, 22(1), 15-25.

GCBA-RIEPS. 2022. Dispositivos de Intervención en Prevención, Promoción, Educación y Comunicación para la Salud.

Iacub, R. 2011. Identidad y envejecimiento. Cap 4: “La perspectiva psicoanalítica sobre la vejez” (pp. 195- 208). Ed. Paidós.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). 2013. Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040: Total del país (1a ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

2014. Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores, 2012.

Ludi, M. 1997. Llegar a viejo. Editorial de la Universidad Nacional de Entre Ríos.

Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2022. Subsecretaría de Planificación Sanitaria. Gerencia Operativa de Epidemiología. Análisis de Situación de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Organización Mundial de la Salud. 1978. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS.

Proyecto Equipo Gerontológico, CeSAC 10. 2014. Programa gerontológico de salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

World Health Organization. 1998. Promoción de la salud: glosario (No. WHO/HPR/HEP/98.1).

Rovere, M. 2012. Atención primaria de la salud en debate. Saúde em Debate, 36, 327-342.

Testa, M. 1996. "Atención ¿Primaria o Primitiva de la Salud?". En: M. Testa (Ed.), Pensar en Salud (pp. 161-176).

Marco normativo

Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 1999. Ley 153: Ley Básica de Salud de la CABA.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2015. Ley 5420 de Prevención y Protección Integral contra Abuso y Maltrato a los Adultos Mayores.

Congreso de la Nación Argentina. 2009. Ley 26.529: Ley de Derechos del Paciente.

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. 2017. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Organización de las Naciones Unidas 2016. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.- 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos.

Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural.

Congreso de la Nación Argentina. 2017. Ley 27.360: Ley sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Proyecto de Ley Nacional de Recreación. 2022. Diputados Argentina.