

SOSTENIBILIDAD URBANA SOCIAL



Mar del Plata **entre todos**
Monitoreo Ciudadano

Si consideramos el Sistema de Indicadores de la Red Mar del Plata Entre Todos, puede observarse que los indicadores vinculados a temas sociales han sido considerados en diversos capítulos dentro de la Dimensión de Sostenibilidad Urbana (educación, salud, vivienda y uso de suelo, inequidad, cultura, empleo, transporte, etc.)

Sin embargo, en el Segundo Informe la Red se propuso, además, hacer una primera descripción acerca de lo que sucede en algunos de los sectores más vulnerables de la ciudad. Para ello, en el presente capítulo se incluyen cuatro apartados: Niñez, Tercera Edad, Accesibilidad y Adicciones.

Si bien los especialistas han realizado una descripción inicial para cada uno de los temas, resulta necesario aclarar que no se pretende agotarlos en esta edición, sino visibilizarlos para poder profundizarlos en próximas ediciones.

Niñez

Autora: Cintia Montes

Agradecimiento Especial: Graciela Marx, Mariela Gómez y Gabriela Arias.

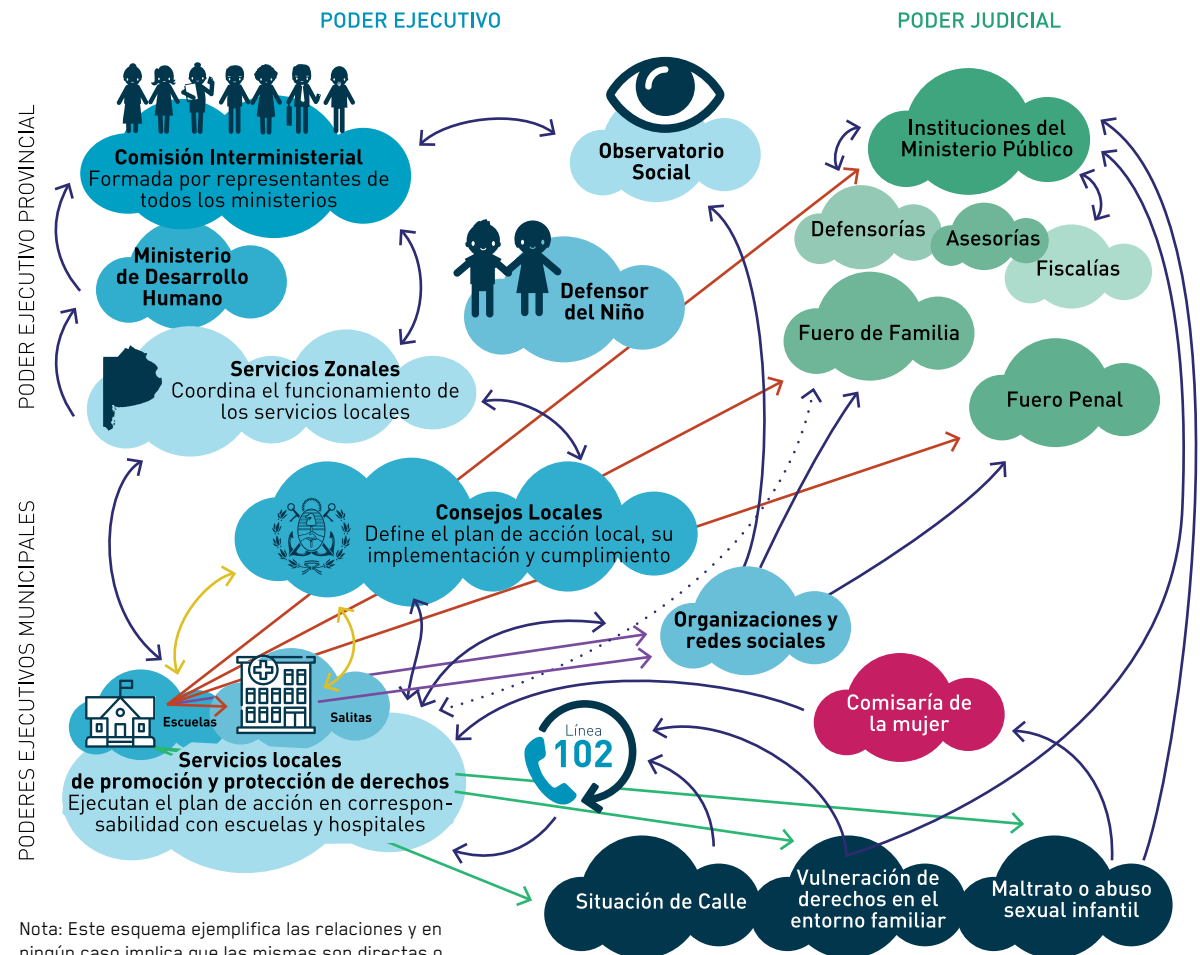
La ley Nacional N° 26.061, las Leyes Provinciales N° 13.298 y N° 13.634 y sus modificatorias, como así también sus decretos reglamentarios y resoluciones administrativas, han diseñado un sistema de Promoción y Protección Integral de derechos de los niños administrativo, dando lugar al poder judicial solo para el control de legalidad de, única y exclusivamente de las medidas de abrigo. Este sistema es definido como un conjunto de organismos (administrativos y judiciales), entidades y servicios que coordinan, ejecutan y controlan las políticas públicas en materia de infancia con la finalidad de brindar adecuada protección a los derechos de los niños y asegurar el pleno acceso a los mismos.

Entre sus puntos centrales, la Ley N° 26.061 establece la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes y sostiene la igualdad de toda la infancia, sin distinción o discriminación por motivos de sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, nacionalidad, posición socioeconómica, etc. Define el principio rector del Interés Superior del Niño como la máxima satisfacción integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos. Busca el fortalecimiento de los vínculos entre padres e hijos; por lo tanto, la separación de los niños de sus familias debe ser una medida que se instrumente como último recurso, sólo aplicable de forma excepcional en casos de violaciones graves de los deberes familiares.

A grandes rasgos, éste sistema instituye la autoridad de aplicación en sede administrativa (Ministerio de Desarrollo Humano) y crea los organismos administrativos y judiciales indispensables para la implementación de la ley.

Los organismos administrativos creados son los Servicios Locales de Promoción y Protección de Derechos (SLPPD), los Servicios Zonales de Promoción y Protección de Derechos (SZPPD), los Consejos Locales de Promoción y Protección de Derechos, el Observatorio Social Legislativo, entre otros. Los primeros son puestos en funcionamiento por los municipios que adhirieran a la ley, y los segundos dependen del Ministerio de Desarrollo Humano provincial, con facultades de supervisión y coordinación sobre los Servicios Locales.

Gráfico 19.a.1 ↓
Circuito de intervenciones ante vulneración de derechos de los niños



Nota: Este esquema ejemplifica las relaciones y en ningún caso implica que las mismas son directas o exclusivas entre los diferentes actores

Este sistema es definido como un conjunto de organismos, entidades y servicios que coordinan, ejecutan y controlan las políticas públicas en materia de infancia con la finalidad de brindar adecuada protección a los derechos de los niños y asegurar el pleno acceso a los mismos.

En este contexto el eje de las intervenciones tiende al fortalecimiento de la función familiar, a través de la ejecución e implementación de políticas públicas específicas que permitan remover los inconvenientes y dificultades que pudieran presentar las familias en su función originaria de crianza y desarrollo de los niños.

Se establece un procedimiento de actuación, caracterizado por la búsqueda de consensos y compromisos de los actores directos de la situación planteada. Los Servicios Locales disponen medidas, formulan propuestas para facilitar a los padres o responsables legales, el ejercicio de los deberes y derechos con relación a ellos, resaltándose el carácter consensuado de las decisiones que en cada caso se adopten.

Se espera que ambas esferas, la administrativa y judicial, se controlen mutuamente, intentando dejar atrás viejas prácticas en las que sobre la figura del juez recaían todas las decisiones. En conjunto, establecen un modelo de intervención que reconoce a los niños el derecho a ser considerados partícipes de su propio desarrollo, protege sus derechos a acceder a las políticas públicas universales y propicia el derecho a la convivencia familiar, con lo cual se obliga al Estado a promover todas las políticas y medidas necesarias para alcanzar esos propósitos.

Frente a este nuevo paradigma, hacer foco en las familias en las que viven los niños adquiere un nuevo sentido. En especial, aquel que desde las políticas públicas anuda al niño en forma definitiva con su grupo familiar, y concibe que abogar por el cumplimiento de sus derechos conlleva necesariamente la promoción de acciones directas para garantizar que los adultos de referencia se encuentren en condiciones de garantizar y exigir su cumplimiento. (López et al, 2012)

De todos modos, reserva bajo el nombre de medidas excepcionales de protección aquellas que pueden tomar los órganos administrativos tendientes a la restitución de derechos vulnerados, señalando que la misma puede ser el resultado no solo de la acción de padres y familiares, sino también de otras personas, así como también del Estado y la sociedad.

La Provincia de Buenos Aires adhiere a la ley N° 26.061 promulgando la ley N° 13.298 de la "Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños", que en su artículo 35 bis establece que cuando los derechos sean amenazados o vulnerados, la autoridad administrativa local está autorizada a adoptar "medidas excepcionales", brindando al NNYA un ámbito alternativo al grupo de convivencia. Estas medidas son limitadas en el tiempo y solo se pueden prolongar mientras persistan las causas que le dieron origen. A su vez, esta decisión debe ser comunicada al juez para su control de legalidad. Si dicha situación persistiera, y no fuera posible el regreso de los NNYA con su familia nuclear o ampliada, entonces el juez recurrirá a la alternativa de la adopción, vía declaración del estado de adoptabilidad.

Finalmente, el decreto 300/05 será el que defina de manera concreta el procedimiento que deberá llevarse adelante en estos casos. De este modo, determina que, cumplidos los plazos establecidos, serán los órganos del Sistema Ejecutivo los que, dando cuenta del trabajo realizado con los NNYA y sus familias de origen, las estrategias implementadas, la articulación con programas e instituciones, y los resultados obtenidos, fundamenten la necesidad de que continúe la separación entre los niños y su medio familiar de origen. Esto es lo que, luego en la vía judicial, permite avanzar hacia otras alternativas, entre las que se encuentra la adopción.

Quedan también bajo la esfera judicial las intervenciones en materia de violencia, maltrato y abuso sexual infantil. Esto no quiere decir que prescindan de los organismos del Poder Ejecutivo, sino que las intervenciones tendrán mayor impronta del Poder Judicial, recuperando el trabajo previo que desde otra instancia se haya realizado, o será derivado luego para un mayor seguimiento o implementación de alguna medida en el entorno comunitario de la familia.

En resumen, la estructura del SPPDN reconoce tres instancias de acción e intervención integradas pero diferenciadas entre sí:

La Ley define el principio rector del Interés Superior del Niño como la máxima satisfacción integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos.



El eje de las intervenciones tiende al fortalecimiento de la función familiar.

Se espera que ambas esferas, la administrativa y judicial, se controlen mutuamente, intentando dejar atrás viejas prácticas en las que sobre la figura del juez recaían todas las decisiones.

En la base del mismo se encuentran un conjunto de Políticas Públicas Básicas y Universales definidas como necesarias para el pleno desarrollo del niño, niña y adolescente: educación, salud, desarrollo social, educación, cultura, recreación, participación.

Como segunda instancia se define un conjunto de políticas específicas, que conforman las Medidas de Protección de Derechos. Las mismas están dirigidas a restituir los derechos vulnerados y la reparación de sus consecuencias por acción u omisión del estado, la sociedad o la familia o bien por la propia conducta del niño. La protección integral abarca medidas dirigidas al niño o al grupo familiar tales como el otorgamiento de una ayuda económica, la inclusión en una institución educativa, el cumplimiento de un tratamiento médico o la permanencia en un programa de fortalecimiento de la familia.

La última instancia del sistema son las Medidas Especiales y Excepcionales. Son aquellas que deben adoptarse cuando agotadas todas las posibilidades de implementar medidas de protección integral y por razones vinculadas al interés superior del niño, éste debe separarse temporal o permanentemente de su grupo familiar primario o de convivencia.

¿Quiénes pueden detectar las vulneraciones de derechos a los niños, niñas y adolescentes?

El nuevo sistema de promoción y protección de los derechos del niño y adolescente promueve la participación social, es decir la corresponsabilidad, Estado – Sociedad Civil – Familia, donde prevalezca el Interés Superior del Niño.

El nuevo sistema de promoción y protección de los derechos del niño y adolescente promueve la participación social, es decir la corresponsabilidad, Estado – Sociedad Civil – Familia, donde prevalezca el Interés Superior del Niño.

La Ley Provincial N° 13.298 involucra de manera transversal todas las áreas del Estado provincial, como así también alcanza a comprometer a la sociedad civil para que adopte una actitud activa frente a las necesidades manifestadas en ciertos sectores de la comunidad.

Respecto al Estado Provincial, la ley prevé que exista una coordinación interministerial, para lo cual conforma la Comisión Interministerial, que se presenta como el espacio de encuentro y coordinación entre los diversos sectores gubernamentales, cuyo objetivo base se define alrededor de la coordinación de políticas y optimización de recursos para asegurar el pleno goce de derechos mediante la elaboración de orientaciones y directrices de la política integral de derechos de los niños.

A nivel central se crea una nueva institucionalidad generada alrededor de los servicios zonales y locales de Promoción y Protección de Derechos del Niño, que son unidades técnico operativas ubicadas en la base del sistema: los primeros son de carácter provincial mientras que los segundos son de carácter municipal. Mar del Plata cuenta con 11 Servicios Locales, al menos tres equipos específicos de toma de medida de abrigo y uno de atención de casos complejos.

Lo interesante del principio de corresponsabilidad es que nos coloca a todos los ciudadanos en igualdad de condición y en posibilidades de acción ante la vulneración de los derechos de los niños, de las problemáticas que les afectan y en cuanto a la responsabilidad de contribuir respecto del cumplimiento de las legislaciones en materia de infancia.

Lo interesante del principio de corresponsabilidad es que nos coloca a todos los ciudadanos en igualdad de condición y en posibilidades de acción ante la vulneración de los derechos de los niños, de las problemáticas que les afectan y en cuanto a la responsabilidad de contribuir respecto del cumplimiento de las legislaciones en materia de infancia.

La pregunta acerca de quiénes pueden detectar vulneraciones en el cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, implica situar no sólo a los efectores institucionales sino también a la sociedad civil.



De esta manera, un enfoque integral de derechos para la infancia, desde este marco político e institucional nos propone y obliga a superar miradas e intervenciones sectoriales, aisladas, para avanzar hacia un escenario de co-responsabilidad, identificando los distintos actores vinculados en el trabajo con niños, niñas y adolescentes, y donde los mismos sean partícipes, sean escuchados y formen parte del diseño de las estrategias de trabajo.

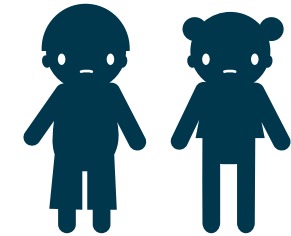
A partir de este encuadre, es importante pensar cómo construimos nuestras prácticas concretas, con qué dispositivos, entre quiénes, cuáles son los vínculos que establecemos con los niños y adolescentes, con sus familias, con su comunidad, con las organizaciones institucionales.

De ahí que la pregunta por quiénes pueden detectar vulneraciones en el cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, implica situar no sólo a los efectores institucionales sino también a la sociedad civil. De manera que al momento de pensar en los actores que llevarán adelante acciones en materia de protección y promoción de los derechos tenemos que considerar que no es posible reconocerlos solo desde una guía institucional o un protocolo de autoridades. Es necesario una inserción e involucramiento en el territorio, recreando técnicas, creando lazos, estando especialmente perceptivos y abiertos.

Cualquier persona que se relacione con los niños y niñas puede ayudar a que se respeten sus derechos y que sean ejercidos. Todos tenemos la responsabilidad y el deber de hacerlo.



Muchos niños, niñas y adolescentes son víctimas de vulneraciones de derecho donde las más frecuentes son el maltrato, el abandono y/o situación de calle, el vivir la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, incidiendo de manera directa en el acceso al derecho a la salud y a la educación.



A grandes rasgos podemos encontrar instituciones ubicadas en el territorio, organismos gubernamentales, administrativos, distintos organismos de la sociedad civil, entre otros, como principales actores y principales detectores o receptores ante alguna situación de vulnerabilidad.

Las distintas instituciones, organizaciones de base y participantes en general, le dan también mucha importancia al aporte que puede hacer la comunidad y sus organizaciones en la detección precoz de vulneraciones de derechos de los niños/as y adolescentes, ya que es en el espacio comunitario, es decir en el barrio, donde se desarrollan y donde pasan la mayor parte del tiempo. De manera que cualquier persona que se relacione con los niños y niñas puede ayudar a que se respeten sus derechos y que sean ejercidos. Todos tenemos la responsabilidad y el deber de hacerlo.

¿Cuáles son las vulneraciones de derecho más frecuentes?

Muchos niños, niñas y adolescentes son víctimas de vulneraciones de derecho donde las más frecuentes son el maltrato, el abandono y/o situación de calle, el vivir la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, incidiendo de manera directa en el acceso al derecho a la salud y a la educación.

Para las distintas vulneraciones de derecho existen distintos caminos que debemos tomar para colaborar, evitando que se produzcan mayores vulneraciones o aportando para evitar que estas dañen más a los niños, niñas y adolescentes. Como ya se mencionó, esto no sólo es deber de las instituciones, sino de toda la sociedad.

Maltrato y abuso sexual Infantil

La violencia contra niños, niñas y adolescentes es de por sí un fenómeno complejo. Si consideramos además, que en la mayoría de los casos el maltrato es intrafamiliar, la complejidad es mayor aún. Quien maltrata suele ser a su vez uno de los adultos/as más significativos en la vida del NNyA, en la mayoría de los casos progenitor o adulto a cargo de su cuidado, razón por la cual resulta imprescindible prestar especial atención al abordaje que se realiza desde los distintos organismos. (Subsecretaría de Promoción y Protección de Derechos y Secretaría de Niñez y Adolescencia de la Provincia de Buenos Aires, 2013).

En coincidencia con lo planteado por Jorge Volnovich (2002), el abuso sexual infantil supone la explotación de una relación de poder sobre los niños para la gratificación sexual de un adulto o de otro niño significativamente mayor. El factor que lo determina es la relación de poder y la incapacidad de los niños en dar un consentimiento.

En el caso del maltrato infantil, tal como lo plantea Volnovich (2002), aunque todas las personas tenemos una cierta idea de lo que es, resulta difícil precisar profesionalmente este concepto. Como lo señala el autor, se considera que para definir el maltrato infantil es necesario manejar dos enfoques complementarios: el de deficiencia y el de bienestar.

El modelo de la deficiencia focaliza la conducta del maltratador y los daños sufridos por los niños. Entendiendo por maltrato toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras el niño se encuentra bajo la custodia de los padres, persona o institución que lo tenga a su cargo. Este modelo facilita la toma de decisiones legales sobre si los responsables de los niños pueden o no mantener la tutela y la convivencia con el niño.

Y un segundo modelo, el del bienestar como derecho del niño, define al maltrato como acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y bienestar, que amenacen o interfieran su desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores puedan ser personas, instituciones o la propia sociedad. Las ventajas de este modelo radican en que no se limitan a situaciones extremas y también explicita que el maltrato puede ser institucional o social. Este es el enfoque que se considera útil para la prevención del maltrato.

Por estas razones Volnovich considera conveniente y necesario mantener el primero de los modelos para las decisiones judiciales, mientras el segundo puede utilizarse para el trabajo preventivo y para el diseño de la intervención.

La violencia contra NNyA puede expresarse directamente o indirectamente, ya que los NNyA que son testigos de violencia también son "niños golpeados", debido a que presentan la misma sintomatología psicológica que los que sufren maltrato directo.

Existen factores como la edad, el sexo/género, discapacidad, que desempeñan un papel importante en la victimización. Por lo general, son los y las niños/as pequeños/as quienes corren mayor riesgo de maltrato físico, mientras que las mayores tasas de abusos sexuales se dan entre quienes alcanzan la pubertad o la adolescencia. (SPPDD y SNAPBA, 2013).

El abuso sexual precisa de respuestas inmediatas y calificadas, ya que es un delito. Los niños, niñas y adolescentes no suelen mentir acerca del tema (salvo raras excepciones) y uno de principales elementos de prueba del abuso sexual, es el relato hecho por el NNyA. Cuando se toma conocimiento de la existencia de abuso sexual se deben implementar acciones destinadas a detenerlo y a proteger la integridad física y psicológica de quienes lo sufren. Asimismo, se debe procurar la denuncia e investigación del hecho, evitando en la mayor medida posible el sometimiento al niño o a la niña a situaciones estresantes o lesivas a su integridad psíquica, consecuencias de un abordaje inapropiado o segmentado, es decir, la revictimización de NNyA.

Existen distintas maneras de revictimizar tanto a NNyA víctimas como testigos de violencia y maltrato. La primera, se da generalmente en los ámbitos judiciales o policiales, cuando la distancia entre las expectativas de las personas y la realidad institucional es muy grande y la víctima se siente maltratada y/o humillada por el mismo sistema que debería protegerla y garantizar sus derechos. La otra se da en la comunidad, cuando no le creen o no le dan la importancia debida a la situación de violencia y/o desatienden sus necesidades de protección y ayuda o la atención de los organismos es insuficiente.

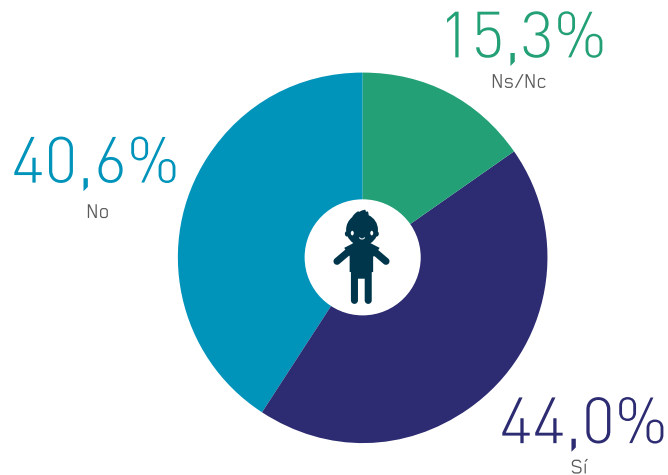
Según los datos proporcionados por el Registro Estadístico Unificado de Niñez y Adolescencia (REUNA) de la Secretaría de Niñez y Adolescencia de la Provincia de Buenos Aires: 5 de cada 10 intervenciones por vulneración de derechos tienen origen en violencia o maltrato infantil, y 6 de cada 10 NNyA que han sido separados de sus padres reconocen como causa la violencia.

Las guías y protocolos reunidos en la Guía de intervención de la Provincia de Buenos Aires Basta de Violencia (SPPDD y SNAPBA, 2013) coinciden en señalar que en todos los procedimientos deberán respetarse los siguientes principios procesales: de emergencia (celeridad para articular el proceso de abordaje de la

Las guías y protocolos coinciden en señalar que en todos los procedimientos deberán respetarse los siguientes principios procesales: de emergencia, de accesibilidad y respeto, de integralidad y de utilidad procesal.

situación tomando medidas para su resguardo); de accesibilidad y respeto (facilitar la atención de las víctimas, contemplando su estado emocional, el respeto a su intimidad, sus tiempos y condiciones de expresión, brindando confianza, seguridad y contención); de integralidad (brindar información pertinente sobre derechos, asistencia y beneficios sociales, así como procedimientos); y de utilidad procesal (el testimonio y los datos vertidos por los NNYA en todo ámbito donde transita, pueden ser utilizados como prueba). Y destaca el sustituir la práctica de derivación de casos entre instituciones por la construcción de relaciones de corresponsabilidad e interdependencia entre las mismas con el objeto de promover, proteger y restituir derechos en forma integral.

Gráfico 19.a.2 ↓
¿Usted sabe cómo actuar o a quién dirigirse si tiene conocimiento de alguna vulneración de derechos de un niño?



n=1406

Fuente: EPC Mar del Plata Entre Todos, 2016.

En Mar del Plata

En la ciudad, la Secretaría de Desarrollo Social informa a través de la página web de la Municipalidad de General Pueyrredon la existencia de los siguientes centros especializados en atención de la Niñez y Adolescencia.

102: Equipo de atención al niño en riesgo

El número telefónico 102 es un servicio permanente (funciona las 24 horas) de recepción de consultas o pedidos de intervención ante situaciones que pueden considerarse de urgencia a través de líneas gratuitas.

A partir de la consulta telefónica, los diversos efectores realizan una primera escucha/evaluación y de acuerdo al caso orientan o determinan líneas concretas de acción.

Además el conocido 102 cuentan con otros números fijos, para evitar saturaciones en las líneas:
 499 6639 o 6640

Centros de Promoción y Protección de Derechos de Niños, Niñas y adolescentes (CPDeN)

El Servicio de Protección de Derechos de la Niñez de General Pueyrredon está compuesto por once equipos interdisciplinarios que funcionan en distintos barrios de Mar del Plata y Batán. Cada servicio está integrado por un profesional de la abogacía, la psicología y el servicio social. El equipo está habilitado para intervenir en aquellas situaciones donde los derechos de niños, niñas y adolescentes se encuentran amenazados o vulnerados.

Esta tarea la realizan en coordinación con los efectores, instituciones (escuelas, centros de atención primaria de la salud, ect), y organizaciones (ONG, organizaciones comunitarias, comedores, centros de días, programas de cuidado, ect) de la comunidad de cada NNYA, teniendo como eje el principio de corresponsabilidad.



*Servicio gratuito:
 Equipo de atención
 al niño en riesgo
 las 24 horas*

Ver CPDeN en el Mapa 19.a.1

Sedes:

- Sur
- Santa Rita
- Dorrego
- Belgrano
- Apand
- Camet
- Centro
- Batán
- Cerrito y San Salvador
- Paula Albarracín
- La Herradura

Servicio Zonal (PBA)

Organismo que representa al estado provincial. Su función consiste en unificar el mecanismo de articulación y seguimiento de la aplicación de la ley, tanto con los Servicios Locales, como con otros efectores dependientes del municipio o con los que el mismo organismo tenga convenio (por ejemplo: ONG, centros de día, programas para la atención de NNyA, entre otros). Se erige como instancia de revisión respecto de los acuerdos celebrados entre el niño y sus representantes legales en el ámbito del Servicio Local de Promoción y Protección de Derechos (Arts. 15. 16.5. 18.4 22. 37.9 Decreto 300).

Casas del Niño

Son instituciones que favorecen la organización familiar y garantizan a niños y niñas de 45 días a 11 años los elementos básicos para su desarrollo físico, emocional e intelectual - nutrición, salud, educación y juego-. El ingreso de los niños a este tipo de dispositivos puede darse a partir de la demanda espontánea de las mismas familias, como también de los Servicios Locales u otras instancias de autoridad e intervención, a los fines de afianzar el acompañamiento de los procesos de crianza y de evitar así la toma de medidas de protección de mayor envergadura.

Ver Casas del Niño en el Mapa 19.a.1

- Casa del Niño Paula Albarracín.
- Casa del Niño Ricardo Gutiérrez
- Casa del Niño Grillito.
- Casa del Niño Centenario
- Casa del Niño Bichito de Luz
- Casa del Niño La Ardillita

Casas de Abrigo

Son instituciones de alojamiento transitorio o permanente que funcionan como instancia alternativa a aquellos grupos de convivencia familiar donde los derechos se encuentren vulnerados. Llevan adelante medidas de protección especial, como son el abrigo y la guarda institucional. Trabajan de manera coordinada con el Poder Judicial, el Servicio Zonal de Protección de Derechos del Niño, la Niña y los Adolescentes y los Servicios Locales, como así también con diversas organizaciones a los fines de elaborar estrategias conjuntas, que posibiliten que luego de la medida de protección excepcional, el niño pueda volver a su familia de origen u entorno comunitario.

De no ser posible, y luego de agotarse todas las estrategias, los equipos técnicos de las instituciones, en articulación directa con las autoridades de aplicación comenzarán el proceso de declaración de adoptabilidad, y la vinculación con familias adoptivas.

Es de destacar que, bajo el nuevo paradigma legislativo, tiende a evitarse la institucionalización de NNyA por largo tiempo, por lo que existen diversos mecanismos de procedimiento para que cada instancia cumpla con lo requerido, respetando así la temporalidad establecida en las leyes.

Si bien, existen 4 Hogares convivenciales dependientes del municipio, la ciudad cuenta con otras instituciones de este tipo cuya dependencia remite a ONG, mixtas (por diferentes instancias de articulación municipio-provincia-nación), o privadas dependientes de comunidades religiosas. Sin embargo, todas implican la supervisión del Servicio Zonal y la articulación con las instancias del Poder Judicial. Es decir, que el ingreso de los niños a las mismas se da en todos los casos vía alguna autoridad de aplicación, lo que



otorga legalidad a la medida, y las garantías necesarias tanto a los NNyA como a sus familias, de que va a cumplimentarse el debido proceso.

Ver Casas de Admisión en el Mapa 19.a.1

Sedes que dependen del municipio:

- Casa de Abrigo Doctor Carlos Arenaza.
- Casa de Abrigo Ramón Gayone.
- Hogar Convivencial Casa de los Amigos.
- Hogar Convivencial Francisco Scarpati.

ONG y organizaciones de la sociedad civil

Hay un buen número de organizaciones sin fines de lucro, que en la ciudad llevan adelante programas de promoción y protección de derechos, atención concreta ante problemáticas como maltrato y abuso sexual infantil, propuestas lúdicas, como de cuidado y acompañamiento a la crianza.

Como puede verse su espectro de acción es diverso, como también sus articulaciones con las autoridades de aplicación.

Llevan adelante diversas estrategias de intervención que acompañan a los organismos del estado en la atención de situaciones que pueden afectar a los NNyA.

También pueden incluirse en este apartado a las diversas organizaciones de la sociedad civil, que también llevan adelante este tipo de tareas, desde comedores, a centros comunitarios y culturales, que ofician en la detección de derechos vulnerados como en la gestión y articulación para que diversas políticas públicas o beneficios lleguen a quienes más lo necesitan.

Tanto las ONG como las organizaciones, pueden establecer convenios de cooperación las diversas instancias dependientes de los niveles del estado, como asociarse a instituciones educativas (universidades) o de otro tipo, a partir de las que poder ampliar sus posibilidades de acción.





Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la Municipalidad de General Pueyrredón.

Consejo Local de Niñez

El Consejo Local de Niñez del Partido de General Pueyrredon es un órgano público creado por la ley 13.298, que tiene entre sus principales funciones elaborar un diagnóstico de la situación de niñez y adolescencia en Mar del Plata – Batán, monitorear las políticas públicas existentes y elaborar un plan de acción intersectorial.

El Consejo Local de Niñez del Partido de General Pueyrredon es un órgano público, que tiene entre sus principales funciones elaborar un diagnóstico de la situación de niñez y adolescencia en Mar del Plata – Batán, monitorear las políticas públicas existentes y elaborar un plan de acción intersectorial.

Se trata de un espacio diverso y plural, compuesto por representantes de diversas áreas del Estado municipal, provincial y nacional, la UNMDP, la Defensoría del Pueblo del Partido de General Pueyrredon, la Defensoría Pública del Ministerio Público de la Defensa del Departamento Judicial Mar del Plata, ONG, asociaciones civiles, organizaciones sociales, espacios comunitarios, HCD, Consejo Escolar, organizaciones gremiales, colegio profesionales, colectivos religiosos y organismos de derechos humanos.

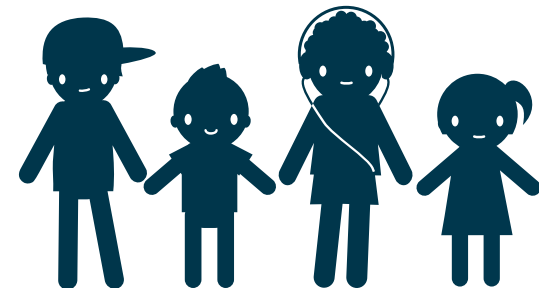
Fue creado en el año 2009 a través de la ordenanza municipal N° 18.897, modificada por la ordenanza N° 19.116 y cuyos miembros desarrollan tan importante tarea ad honorem. Se reúnen los terceros martes de cada mes en el recinto del HCD a las 18 horas y se organizan en 2 comisiones de trabajo, de promoción y protección de derechos respectivamente. Actualmente se están desarrollando talleres de promoción de derechos para niños, niñas y adolescentes, se está creando un protocolo de intervención policial que involucre a niños, niñas y adolescentes y se está diseñando una herramienta para avanzar con el diagnóstico, entre otras cuestiones.

Se reúnen los terceros martes de cada mes en el recinto del HCD a las 18 horas y se organizan en 2 comisiones de trabajo, de promoción y protección de derechos respectivamente.

Por otro lado, el Consejo Local de Niñez forma parte de una Red de Consejos Locales de toda la Provincia de Buenos Aires, cuyos propósitos más importantes son cultivar, acompañar y fomentar la creación y funcionamiento de los Consejos Locales de Niñez en los distintos municipios de la provincia, y por el otro generar un diagnóstico de orden provincial de la política pública de la infancia, que permita proponer en base a las realidades de cada localidad, programas y proyectos de responsabilidad estatal, que den respuesta a las necesidades reales de los municipios. Dicha red está siendo acompañada por la Comisión Provincial por la Memoria.

El Consejo Local de Niñez forma parte de un Red de Consejos Locales de toda la provincia de Buenos Aires, cuyos propósitos más importantes son cultivar, acompañar y fomentar la creación y funcionamiento de los Consejos Locales de Niñez en los distintos municipios de la provincia, y por el otro generar un diagnóstico de orden provincial de la política pública de la infancia.

Consejo Local de Niñez



Tercera edad

Autor

Dr. Cleto Ciocchini (HPC)

Observación y análisis de la situación actual de salud de la Tercera Edad en la ciudad de Mar del Plata

El envejecimiento poblacional es una realidad conocida. Existe preocupación mundial por esta causa, debido fundamentalmente al desafío social y económico al que deberá adaptarse la sociedad. Hay un aumento del riesgo de adquirir enfermedades e incapacidades, y con ello la necesidad de implementar políticas para mantener condiciones de vida y de asistencia socio sanitarias adecuadas para las personas ancianas.

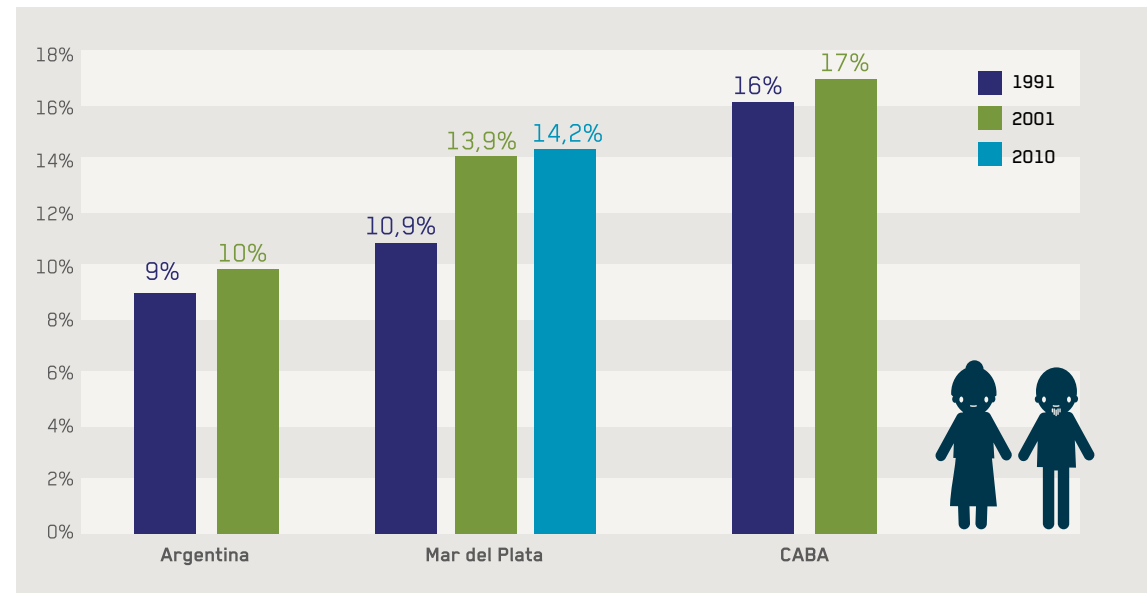
La atención de los mayores requiere, desde el campo de la salud, realizar acciones múltiples e integradas, y preparar recursos humanos y servicios, que ayuden a las personas a conservar el máximo tiempo posible la mayor autonomía.

Según la ONU, como consecuencia de la baja natalidad y el aumento de la esperanza de vida, el planeta pasará a tener en 2.050 unos 9.200 millones de habitantes. Es decir que habrá unos 2.500 millones más de personas que en la actualidad. En el 2050, una de cada 4 personas será mayor de 60 años.

En Argentina, según el censo del 2001, los mayores de 65 años representaron casi el 10% de la población, mientras que en 1991 eran el 9%; en la ciudad de Buenos Aires fue del 17% en el 2001 y el 16% en 1991. En el Partido de General Pueyrredon, este grupo poblacional pasó de 10,9% en 1991 a 14,2% en el censo 2010¹. Además, según el mismo censo, para Mar del Plata se desprende que el 47,71% son hombres y 52,29% son mujeres, diferencia que va creciendo a mayores edades, al igual que en países desarrollados (Centro de Información Estratégica Municipal del Municipio de General Pueyrredon, 2013).

La atención de los mayores requiere, desde el campo de la salud, realizar acciones múltiples e integradas, y preparar recursos humanos y servicios, que ayuden a las personas a conservar el máximo tiempo posible la mayor autonomía.

Gráfico 19.b.1 ↓
Porcentaje de mayores de 65 años en Mar del Plata, CABA y Argentina, 1991-2001-2010.



Fuente: INDEC.

A su vez, dentro de la ciudad de Mar del Plata existen diferencias según la zona que uno analice, destacándose la zona céntrica como la que presenta una pirámide poblacional más envejecida¹.

1. Ver Capítulo 1 "Aspectos Territoriales" de este informe.

Datos específicos de Adultos Mayores para la Ciudad de Mar del Plata

La Encuesta de la Deuda Social Argentina (UCA) – Serie Bicentenario 2010-2016² es representativa de los centros urbanos de más de 80.000 habitantes.

Según el Informe sobre las Condiciones de Vida de las Personas Mayores de Mar del Plata (Cicciari (2017), el 25,8% tiene más de 60 años mientras en todo el país es del 22,5%. Luego de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Mar del Plata es la ciudad más envejecida del país.

Del análisis fundamentalmente de este trabajo y sus datos se va a desarrollar este informe dado la relevancia y falta de otros estudios similares.

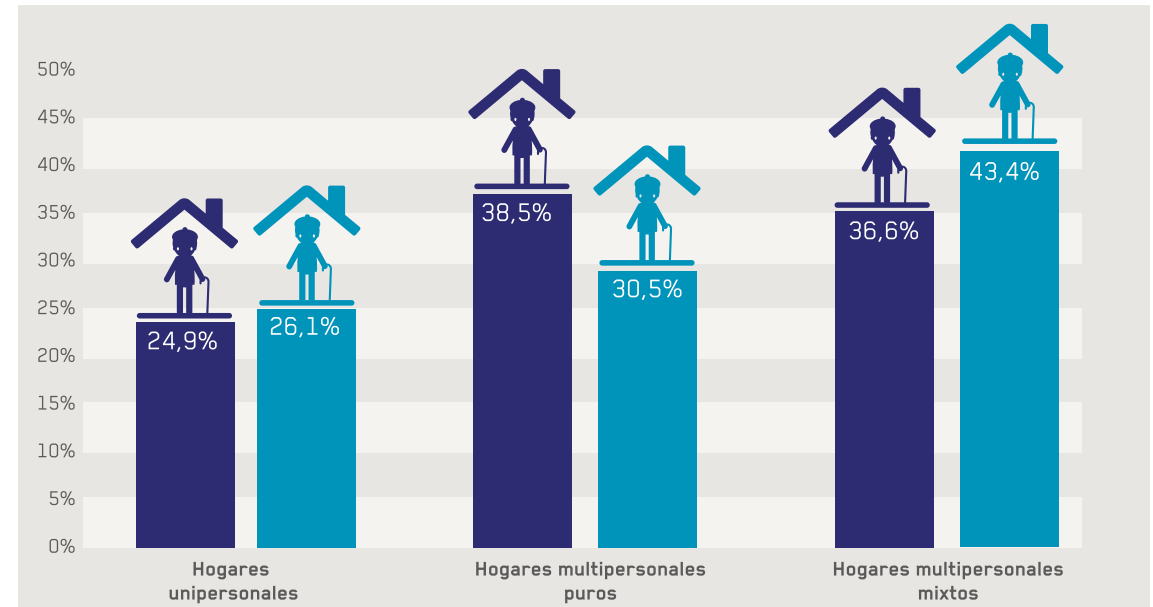
Características sociodemográficas de la población de personas mayores de Mar del Plata

Del total de personas mayores, el 73,7% pertenece al grupo de edad de 60 a 74 años mientras que el 26,3% tiene más de 75 años. El 24,9% vive en hogares unipersonales, el 38,5% lo hace en hogares multipersonales puros (donde solo conviven personas mayores) y el 36,6% en hogares multipersonales mixtos (donde conviven personas mayores y otras generaciones). Esto diferencia a Mar del Plata del total nacional, donde se registraron 30,5% de personas que habitan en hogares multipersonales puros y 43,4% que viven en hogares multipersonales mixtos.

Luego de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Mar del Plata es la ciudad más envejecida del país.

Gráfico 19.b.2 ↓ Tipo de residencias de mayores de 60 años

■ Mar del Plata
■ Argentina



Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

El 72,9% de las personas mayores de la ciudad tiene un nivel de hasta secundario incompleto (menor que el promedio nacional).

El 43,7% pertenece al estrato socioeconómico muy bajo, comparado con el 39% a nivel nacional, y solo el 9,3% de las personas mayores se encuentra en el estrato socioeconómico medio-alto (comparado con el 18% a nivel nacional).

² La EDSA Bicentenario 2010-2016 tiene un diseño muestral probabilístico de tipo polietápico estratificado y con selección aleatoria de viviendas, hogares y población (5700 hogares cada año) representativa de los centros urbanos con más de 80.000 habitantes. La misma fue tomada como fuente principal de los datos contenidos en este capítulo.

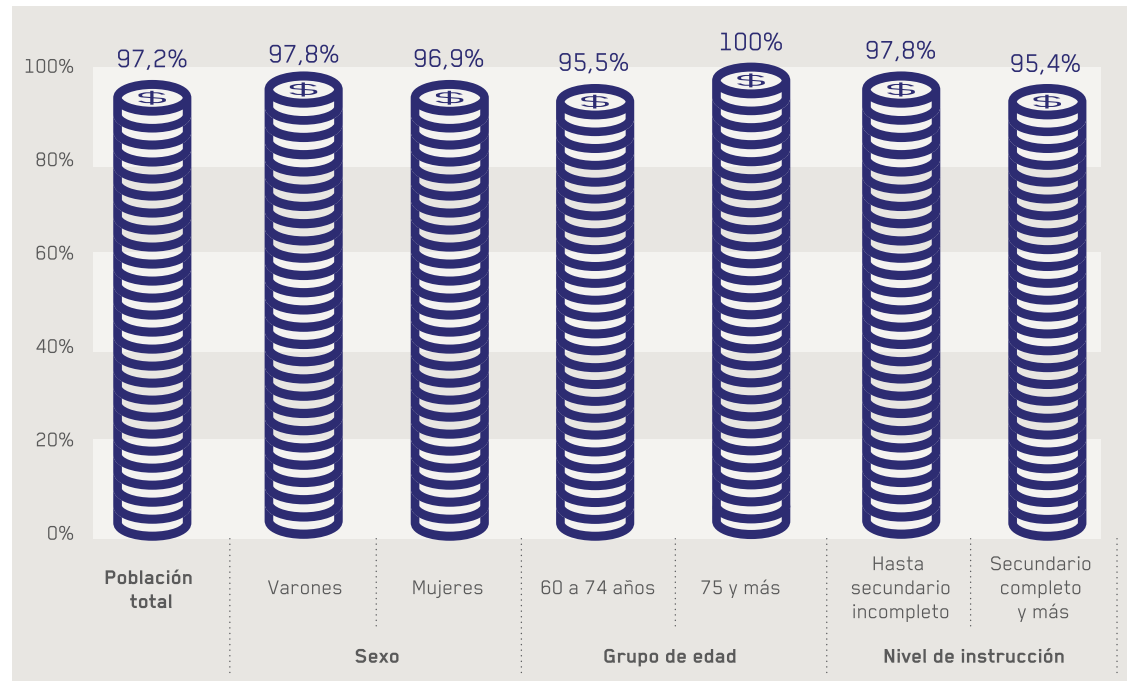
Condiciones de vida de las personas mayores de Mar del Plata

1. Situación previsional de las personas mayores

La población de personas mayores (varones de más de 65 años y mujeres de más de 60 años) de Mar del Plata que posee una cobertura previsional ya sea por jubilación y/o pensión es del 97,2%.

Gráfico 19.b.3 ↓

Percepción de ingresos por jubilación y/o pensión según sexo, grupos de edad y nivel de instrucción. Mar del Plata, años 2010-2016. En porcentaje de varones de 65 años y más y de mujeres de 60 años y más.



Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

La población de personas mayores de Mar del Plata que posee una cobertura previsional ya sea por jubilación y/o pensión es del 97,2%.

2. Capacidad de subsistencia de las personas mayores

Uno de los problemas más relevantes del envejecimiento son los cambios fisiológicos que pueden afectar el estado nutricional. Las deficiencias sensoriales, mala salud bucodental, dieta monótona de baja calidad, aumentan el riesgo de desnutrición. La pérdida progresiva de visión y audición, así como la artrosis, en muchos casos limitan la movilidad y afectan la capacidad para ir a comprar alimentos y preparar comidas. Además, cambios psicosociales y ambientales, como el aislamiento, la soledad, la depresión y la falta de ingresos, también puede tener efectos importantes en la dieta (OMS, 2015)

La insuficiencia de ingresos en las personas mayores de Mar del Plata es del 31,8% (casi una de cada 3 personas) y la inseguridad alimentaria³ es del 6,3%. Estas cifras afectan mayormente a varones y a quienes tienen menor nivel educativo alcanzado.

3. Situación habitacional y de entorno urbano de las personas mayores

Siguiendo con los resultados presentados por la encuesta de la UCA (2016), el hacinamiento medio de las personas mayores en la ciudad es del 0,7%, el déficit de conexión de red de agua corriente es del 1,1%, el déficit de recolección de residuos es del 1,1%, el déficit de alumbrado público es de 0,7%, lo cual puede considerarse como favorable en líneas generales. El déficit de conexión de red cloacal es del 8,6%. Asimismo, el déficit en la conexión a la red de gas es del 10,1% de los hogares. El déficit de espacios verdes de recreación y esparcimiento en el barrio alcanza al 17,4%.

Estos datos se pueden comparar también con la encuesta realizada por el Observatorio de la Ciudad de la Universidad FASTA (2017) donde se plantean las limitaciones que tienen los adultos mayores en lo que hace a la movilidad en veredas, calles, espacios públicos y transporte público.

3. Inseguridad Alimentaria se refiere a la reducción involuntaria de la porción de comida y/o percepción de experiencias de hambre por problemas económicos durante los últimos 12 meses.

De un estudio sobre caídas realizado en la ciudad de Mar del Plata, la caída en la vía pública es para los adultos mayores un problema relevante. Del análisis de los riesgos intervinientes surge el factor ambiental como el más importante (Escudero y Scharovsky, 2007).

4. Condiciones de salud de las personas mayores

El 22,8% de las personas mayores de Mar del Plata refiere tener déficit de estado de salud percibido, entendiéndose como tal la percepción personal de poseer numerosos problemas de salud y/o padecer enfermedades crónicas o graves, desde una visión que integra la dimensión física, biológica y psicológica de la salud. Este déficit de salud percibido es mucho más elevado dentro del grupo de 60 a 74 años (27,5%) en comparación a los mayores de 75 años (10,7%) y se conoce como proceso de aceptación y naturalización del estado de salud.

El 22,8% de las personas mayores de Mar del Plata refiere tener déficit de estado de salud percibido, siendo mucho más elevado dentro del grupo de 60 a 74 años (27,5%) en comparación a los mayores de 75 años (10,7%)

La autopercepción del estado de salud es el primer indicador que debe analizarse al evaluar la población anciana. Evidentemente, puede estar condicionada por las diferentes formas de entender la salud y por factores de tolerancia individual. Es un indicador obviamente subjetivo y por ello puede sobre o subestimarse, sin embargo su importancia es definitiva ya que la salud representa para el 86,4% de las personas mayores la principal preocupación y por otro lado hay suficientes evidencias que demuestran que un estado de salud deficiente autopercibido es un claro marcador de temprana mortalidad (Macías Nuñez, 2015).

Otro indicador es la realización de una consulta médica en el último año, siendo el resultado para el período 2010-2016 del 23,8% y mayor aun en varones, en mayores de 75 años y en quienes tienen menor nivel de instrucción.

La autopercepción del estado de salud es el primer indicador que debe analizarse al evaluar la población anciana. Es subjetivo y por ello puede sobre o subestimarse, sin embargo su importancia es definitiva ya que la salud representa para el 86,4% de las personas mayores la principal preocupación.

El otro indicador médico en este informe es la no realización de ejercicio físico, entendiéndose como tal a la no realización del mismo al menos una vez a la semana. Este indicador fue del 66%, siendo mayor en los sectores que tienen nivel educativo más bajo (71,2% vs 52,1%)

5. Bienestar subjetivo de las personas mayores

El sentimiento de “sentirse solo” afecta al 19,8% de las personas mayores.

El malestar psicológico (déficit de las capacidades emocionales a través de la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva) afecta al 23,8% de las personas mayores.

El déficit de apoyo social afectivo (percepción subjetiva de no tener a alguien que le demuestre afecto, amor y cariño cuando lo necesite) afecta al 14,1%.

El déficit de apoyo social informacional (percepción subjetiva de no contar con alguien que lo aconseje, lo ayude o informe en temas personales cuando lo requiera) afecta al 34,9%, siendo mayor en las personas mayores de 75 años y en quienes tienen niveles educativos más altos.

El déficit de apoyo social instrumental (percepción subjetiva de no contar con otras personas cuando necesita ayuda en tareas cotidianas o domésticas) afecta al 35,1%. Mucho más frecuente en mujeres (43,8% vs 20,2%).



23,8 %

realizaron una consulta médica en el último año



19,8%

de las personas mayores se “sienten solas”

y al 14,1%

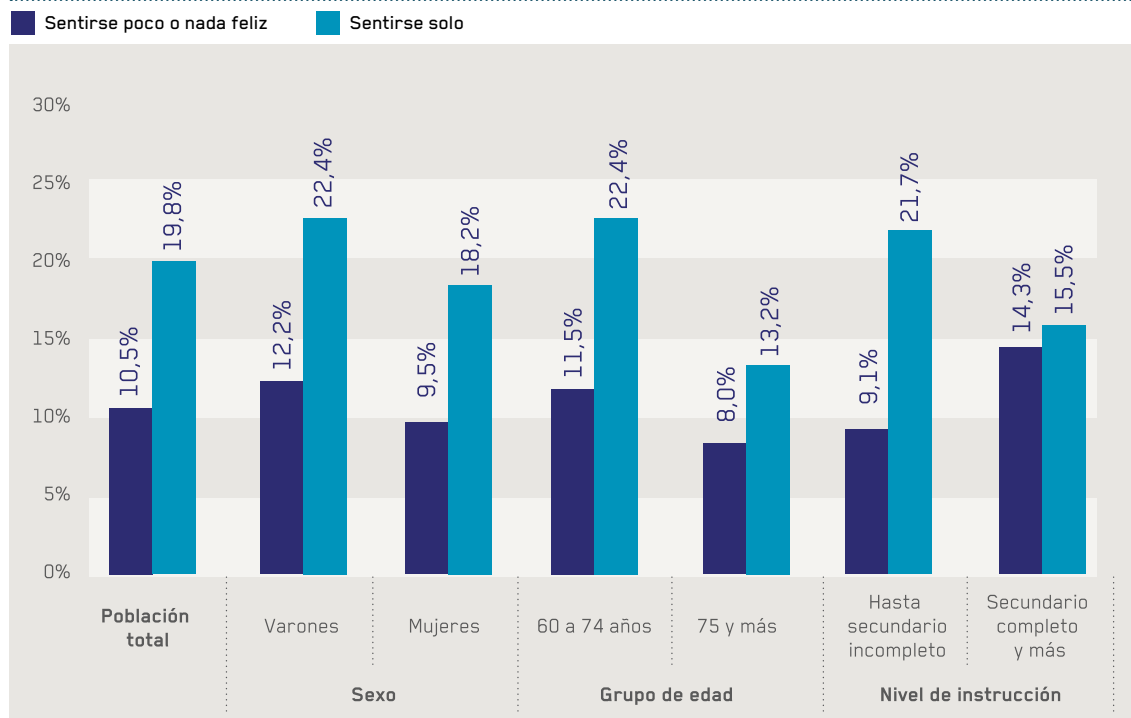
le afecta el déficit de apoyo social afectivo.

Según estos datos, es llamativa la falta de una red social de cuidados y la necesidad de intervención de especialistas en asistencia social para este fin, así como la necesidad de formación de cuidadores domiciliarios que puedan brindar apoyo a familias con ancianos dependientes. De esta manera, se lograría bajar la necesidad de internación en instituciones geriátricas.

Es llamativa la falta de una red social de cuidados y la necesidad de intervención de especialistas en asistencia social para este fin, así como la necesidad de formación de cuidadores domiciliarios que puedan brindar apoyo a familias con ancianos dependientes.

Gráfico 19.b.4 ↓

Sentimiento de felicidad y de soledad según sexo, grupo de edad y nivel de instrucción, Mar del Plata, años 2010-2016. En porcentaje de varones de 65 años y más y de mujeres de 60 años y más.



Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

6. Percepción de satisfacción de necesidades

El déficit de satisfacción de las necesidades económicas afecta al 46,8%. Afecta sobre todo a varones (66,7%) y personas con niveles educativos bajos (57,3%).

El déficit de satisfacción de las necesidades recreativas afecta al 26,1%.

El déficit en la satisfacción de las necesidades de atención en salud afecta al 18%.

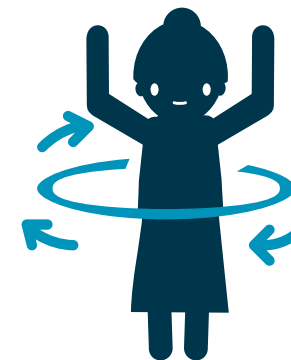


El déficit de satisfacción de las necesidades económicas afecta al 46,8%.

7. Sociabilidad y la valoración social de las personas mayores

La participación en reuniones recreativas o lúdicas es del 41,1%, siendo claramente mayor en mujeres (52,2%) en los mayores de edad y en quienes tienen niveles educativos más altos. Por otro lado, la concurrencia a espacios recreativos como clubes sociales y/o deportivos o centros de jubilados es solo del 3,1%.

La participación en reuniones recreativas o lúdicas es del 41,1%, siendo claramente mayor en mujeres (52,2%), en los mayores de edad y en quienes tienen niveles educativos más altos.



Área de Mayores. MGP

El Área de Mayores, dentro de la Dirección de Adultos Mayores de la Municipalidad de General Pueyrredon tiene como objetivos primordiales la generación de espacios socio recreativos para personas mayores, que contribuyan a mantener, preservar y profundizar sus redes sociales de apoyo.

Al mismo tiempo, las acciones son tendientes a divulgar los derechos de las personas mayores, así como promover aspectos saludables y promocionar un modelo de envejecimiento activo y participativo.

Las actividades que se realizan son:

- Programa Huellas de Mar del Plata.
- Taller de expresión plástica.
- Taller de expresión corporal.
- Taller de coro.
- Taller de teatro.
- Taller de guitarra.
- Taller de memoria lúdico recreativo.
- Taller de computación.
- Taller de canto.
- Palabrereros que dicen y abren caminos.
- Feria artesanal de mayores.
- Ciclo de expresiones de mayores.
- Actividades comunitarias.



Foto: rawpixel.com / Freepik



Fuente: Delegación de Adultos Mayores - Defensoría del Pueblo Pcia de Bs As.

Geriatría

Historia y definiciones.

El término Geriatría se incorpora a la literatura médica en 1909, año en que Nasher publica en el New York Medical Journal un artículo titulado "Geriatrics: The disease of the old age and their treatments", en el que solicitaba una medicina distinta a la tradicional para la mejor atención de los pacientes ancianos. En los años cuarenta del siglo XX, concretamente en el Reino Unido es cuando realmente se inicia la geriatría como ciencia práctica. La definición más abarcativa es la de la British Geriatric Society: "rama de la medicina que se ocupa no sólo de la prevención y asistencia de las enfermedades que presentan las personas de edad avanzada, sino también de su recuperación de función y de su reinserción en la comunidad".

La tecnología de la especialidad se construye a través de una actitud y filosofía asistencial predefinida y apoyada en 3 instrumentos:

1. Valoración Geriátrica Integral: proceso diagnóstico multidimensional, interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar problemas médicos, evaluar capacidades funcionales y psicosociales. Es la verdadera tecnología de la especialidad. Múltiples estudios demuestran la superioridad sobre la evaluación tradicional, con una mayor precisión diagnóstica y reducción de la mortalidad, la estancia media hospitalaria, las tasas de incapacidad residuales y el número de fármacos.
2. La interdisciplina: supone la integración y coordinación de diferentes profesionales trabajando con un objetivo común.
3. La existencia de niveles asistenciales: coordinación entre los distintos sectores de atención.

¿Cuándo se considera que paciente es geriátrico?

Cuando reúne al menos tres características del siguiente listado:

- ➔ En general mayor de 75 años.
- ➔ Con asociación de enfermedades.
- ➔ Con enfermedades a menudo no informadas y presencia de síndromes geriátricos.
- ➔ Con enfermedades que tienden a la incapacidad.
- ➔ Con consumo de tres o más medicamentos por día.
- ➔ Con condiciones funcionales que limitan la capacidad de autosuficiencia.
- ➔ Con condiciones mentales que afectan el área cognitiva o afectiva.
- ➔ Con condiciones sociales que dificultan el control y seguimiento de las enfermedades presentes.

Se trata de un concepto clave ya que no puede asumirse que todas las personas mayores de 65 años requieren de una asistencia geriátrica especializada.

Errores conceptuales más frecuentes:

- Identificar a la geriatría con la asistencia de todas las personas mayores.
- De manera gráfica, se puede ser paciente geriátrico por debajo de los 65 años y no serlo por encima de los 75, aunque es más frecuente lógicamente esto último.
- Identificar Geriatría exclusivamente con la asistencia de enfermos crónicos.
- La razón principal de su existencia es la prevención de la incapacidad, evitando o demorando que las distintas enfermedades que presentan las personas mayores evolucionen hasta esta situación.
- Confundir las distintas situaciones de enfermedad y el nivel asistencial que corresponde a estas. Tan erróneo es no ingresar en el hospital a un paciente con una grave incapacidad, que presenta una hemorragia digestiva, como pretender que un enfermo con diagnóstico de demencia severa ocupe una cama en una unidad de cuidados intensivos.
- Desvirtuar, por exceso o por defecto, la relación entre lo médico y lo social. Tan peligroso es un extremo como el otro. Es fundamental la participación de un/a asistente social en el equipo interdisciplinario.

Las personas mayores presentan dos, tres, cuatro o incluso más enfermedades diferentes, algunas agudas, otras crónicas, algunas transitorias, otras que requerirán tratamiento de por vida.

Características de la presentación de enfermedades en ancianos:

- Pluripatología
- Polifarmacia.
- Más complicaciones y discapacidades
- Mayor angustia
- Presentación inespecífica
- Síndromes geriátricos. Los clásicos son Las Cuatro "I" que describió B. Isaccs: Inmovilidad, Incontinencia, Inestabilidad y caídas, Incompetencia intelectual (demencia y delirium)

¿Qué es un Síndrome Geriátrico?

Es aquel que se presenta como un problema, pero es producido por múltiples causas subyacentes, sumatorias o concomitantes.

Sus características comunes son:

- Elevada incidencia y prevalencia en la población anciana.
- Se presentan como un conjunto de síntomas y signos derivados de múltiples causas.
- Generan un verdadero impacto en la calidad de vida e incrementan la dependencia de otras personas.
- Aumentan las necesidades de asistencia sanitaria y apoyo social.
- Favorecen el aislamiento social y la institucionalización.

En muchos casos su aparición es prevenible y susceptible de tratamiento.

... "los síndromes geriátricos frecuentemente resultan de múltiples deterioros que sobrepasan las capacidades compensatorias individuales y los hacen vulnerables a insultos adicionales. El incremento de la vulnerabilidad resultado de deterioros en múltiples sistemas define fragilidad". (Tinetti et al. 1995)

Fragilidad

El término fragilidad ha variado a lo largo del tiempo. Las diversas definiciones han incluido distintos focos, entre los que se encuentran: función física, cognitiva y factores psicológicos y psicosociales. Existen dos enfoques, el que lo define como un síndrome u otro como variedad de alteraciones asociadas al envejecimiento.

Es un estado asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica que se traduciría en el individuo en un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos y que se manifiesta en mayor morbilidad y mortalidad.

Otra definición más práctica es: capacidad reducida del organismo a enfrentar el estrés.

También existen criterios o factores de riesgo para definirla:

→ Criterios socioeconómicos:

vivir solo, viudez reciente, edad mayor a 80, bajos ingresos, bajo nivel de educación.

→ Criterios médicos:

enfermedades crónicas, alteraciones de la marcha, déficits sensoriales, mala autopercepción de salud, caídas, polifarmacia, internaciones frecuentes, malnutrición.

→ Criterios funcionales:

dependencia a AVD y AIVD.

→ Criterios cognoscitivos/afectivos:

deterioro cognitivo, depresión.

La finalidad de tener en cuenta la fragilidad entonces sería modificar factores de riesgo en una etapa temprana y realizar intervenciones efectivas para evitar mayor dependencia y mejorar calidad de vida.



Fenómeno del Iceberg

En geriatría es habitual la presencia de enfermedades no conocidas ni por el paciente ni por su médico, llamadas “alteraciones iceberg”. Estas enfermedades son, con frecuencia, origen de incapacidades no explicadas por los trastornos previamente documentados. Este concepto funcional obliga a medir la enfermedad a través de sus consecuencias y no solo a partir de las causas que lo generan.

La presencia de determinada enfermedad no permite conocer per se cuál es el grado de relación entre esa enfermedad y el grado de incapacidad padecido. En la misma línea, la existencia de una incapacidad concreta no siempre es la consecuencia obligada de la alteración del órgano razonablemente responsable de ésta.

El desconocimiento de estas enfermedades tiene diversas causas, en ocasiones debido al propio paciente, pero otras al tipo de historia clínica realizada por el médico. Algunas enfermedades no son referidas por el anciano, ya sea por pudor (incontinencia urinaria), por incapacidad de valorar los síntomas (depresión, deterioro cognitivo) o bien por achacarlos al propio envejecimiento.

Un estudio inglés comparó los diagnósticos existentes en las historias clínicas de los médicos de familia con los obtenidos tras la práctica de una valoración geriátrica exhaustiva. Las principales enfermedades no informadas fueron la depresión, el deterioro cognitivo, la incontinencia urinaria y las enfermedades de los pies.

Es necesario entonces una valoración integral en todos los ancianos que presenten diferentes grados de incapacidad y en aquellos cuya mala situación funcional no esté explicada por sus enfermedades conocidas.

Es necesario entonces una valoración integral en todos los ancianos que presenten diferentes grados de incapacidad y en aquellos cuya mala situación funcional no esté explicada por sus enfermedades conocidas.



Foto: awpixel.com / Freepik

Accesibilidad

Arq. Esp. Nora Demarchi UNMDP

“Erradicar la pobreza está en el corazón de la Agenda 2030, y también lo está el compromiso de no dejar a nadie atrás”, “La Agenda ofrece una oportunidad única para poner al mundo camino a un desarrollo más próspero y sostenible. En muchos sentidos, refleja la razón por la que se creó el PNUD”, Administrador Achim Steiner.

El derecho a la ciudad. Accesibilidad al medio físico. De la eliminación de barreras al Diseño Universal

Plantear la importancia de la interacción entre la persona con discapacidad y el medio físico, resulta vital, reconociendo a la primera como un individuo más, desde el enfoque de la diversidad social y analizando al segundo por su adecuación funcional a los diferentes usuarios, es decir, un diseño urbano, edilicio, comunicacional y de transporte que permita la circulación, el uso, la orientación e información a todos los habitantes, independientemente de su grado de movilidad, condición sensorial y de comprensión. En consecuencia, el abordaje se efectúa desde la perspectiva del usuario y las herramientas arquitectónicas y legales que norman la Accesibilidad al Medio Físico, desde la ya superada eliminación de barreras urbano-arquitectónicas, pasando por la Accesibilidad y reconociendo el nuevo paradigma, el Diseño Universal. Aunque lamentablemente en el hacer, aún conviven los tres modos de entender el uso de la ciudad, asistencialismo, integración o inclusión. Al efecto, se manifiesta que “La no accesibilidad de los entornos, bienes, productos y servicios constituye, sin duda, una forma sutil pero muy eficaz de discriminación. Convergen así los aspectos accesibilidad y de no discriminación”⁴.

4. Ley N° 51, año 2003, España “De igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.”

Introducción

Al abordarse el tema de la Accesibilidad al Medio Físico, no solo debe considerarse involucrados a los técnicos o profesionales “hacedores” de espacios urbanos, edificios y servicios. Al ser la ciudad un espacio para la interacción de quienes la habitan, todos somos sus protagonistas y por ende agentes de construcción social, comprometidos y partícipes, de una forma u otra, en la conformación urbana y sus modos de uso, ya que los usuarios son el componente social del diseñador.

Desde esta postura abarcativa, se considera al ambiente físico, como el que aúna situaciones y prácticas que rodean a una persona e influye en su desenvolvimiento y en su existencia misma. Este entorno está construido como una estructura de oportunidades o de limitaciones, ya que el medio físico está presente en las diversas prácticas sociales, laborales, educativas y culturales que se entrecruzan en la ciudad. Por ello es que no se pueden establecer relaciones por fuera de la interacción sujeto-contexto u hombre-ambiente, binomio de influencia mutua, ya que es el hombre quien diseña ambientes para el hombre, y luego es esa misma estructura urbana la que puede actuar como una barrera o un facilitador para el usuario en la realización de actividades sociales y las acciones cotidianas en el ámbito doméstico.

Vista esta relación desde una mirada transversal y atento a que la problemática de la discapacidad asume tal grado de complejidad que requiere de un abordaje desde diferentes campos del conocimiento, en todos ellos se pone de manifiesto en forma explícita o implícita y en mayor o menor grado la incidencia del medio físico para el desarrollo biopsicosocial de las personas con discapacidad, generando diferentes respuestas, atento a que el ambiente construido resulte o no, accesible.

Desde el campo de la salud, la Organización Mundial de la Salud – OMS- a partir de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud -CIF- (2.001), propone identificar y elaborar un perfil de la persona con discapacidad y su desempeño, incluyendo datos de su contexto particular, estableciendo así que las limitaciones de funcionamiento varían según los Factores Ambientales que rodean a la persona. Los parámetros utilizados en esta clasificación son: las funciones y estructuras cerebrales,

La no accesibilidad de los entornos, bienes, productos y servicios constituye, sin duda, una forma sutil pero muy eficaz de discriminación. Convergen así los aspectos accesibilidad y de no discriminación”.

Se considera al ambiente físico, como el que aúna situaciones y prácticas que rodean a una persona e influyen en su desenvolvimiento y en su existencia misma.

las actividades y la participación. Se manifiesta de este modo, la importancia que se asigna al medio social y al medio físico, ya que, considerados estos factores contextuales como facilitadores, es posible mejorar el funcionamiento individual.

En el campo educativo y laboral es innegable que una de las trabas para lograr el desenvolvimiento potencial, económico, social e individual (PNUD) de las personas con discapacidad, está determinado por el ambiente físico, que a través de las barreras arquitectónicas, urbanísticas, el transporte y la comunicación, define un medio social "no apto para todos". Dichas barreras físicas le impiden a este amplio y heterogéneo grupo social, desarrollar actividades propias con el mismo derecho de todo ciudadano, como educarse y capacitarse con una expectativa laboral. Muchas veces, los esfuerzos realizados en este sentido por las personas con discapacidad y su núcleo familiar se ven frustrados ya que pese a que el puesto de trabajo resulta acorde con las condiciones particulares de la persona está localizado en un edificio que presenta barreras físicas para el acceso y uso de sus instalaciones. Por otro lado, se impide a todos sus trabajadores acceder en igualdad de oportunidades a las actividades para las que se encuentran capacitados porque la ciudad no brinda un transporte público accesible para trasladarse a bajo costo, en franca vulneración de sus derechos, generando inequidad en sus posibilidades de desarrollo y autovalidación.

En el campo educativo y laboral es innegable que una de las trabas para lograr el desenvolvimiento potencial, económico, social e individual de las personas con discapacidad, está determinado por el ambiente físico, impidiendo a este amplio y heterogéneo grupo social, desarrollar actividades propias con el mismo derecho de todo ciudadano, como educarse y capacitarse con una expectativa laboral.

Algunos conceptos

Corresponde aclarar que no pretende esta presentación ser un manual técnico, ya que para ello existe material específico, pero es menester exponer algunos conceptos para acordar qué se entiende por: Discapacidad: conforme lo expresa la Organización Mundial de la Salud OMS, es un "término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)" Esta definición aporta un gran cambio al concepto de discapacidad: se pasa de una concepción estática, en la que sólo se tenía en cuenta la condición de salud de la persona, a una concepción dinámica, en la que también los factores ambientales y personales jugarán un rol esencial.

La Discapacidad como problemática social

Barreras físicas: se denomina así a todo impedimento u obstáculo que impida el acceso y uso de bienes y servicios a todas las personas en condiciones de autonomía y seguridad. Las barreras físicas incluyen las barreras urbanas, arquitectónicas, en la comunicación y en el transporte.

Barreras en la comunicación: son los impedimentos que presentan los sistemas de comunicación, en sus formas de emisión, transmisión y recepción de mensajes, (visuales, orales, auditivos, táctiles o gestuales) para ser comprendidos por todas las personas.

Accesibilidad: es la cualidad de un bien o servicio que permite su acceso, circulación, comprensión y uso con independencia de la condición física, psíquica o sensorial del usuario, en forma segura y con la mayor autonomía posible.

Diseño Universal: por "diseño universal", "diseño inclusivo" o "diseño para todos" se entenderá el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El "diseño universal" y el "diseño inclusivo" no excluirán los dispositivos de facilitación para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten⁵.

Ayudas Técnicas: son los Instrumentos, dispositivos o herramientas que permiten, a las personas con movilidad y comunicación temporal o permanente reducida, realizar actividades que, sin dicha ayuda no podrían ser realizadas o requerirían de un mayor esfuerzo para su ejecución. Actualmente las TICs (Tecnologías de la información y comunicación), efectúan un aporte fundamental y exponencial para la autonomía personal de las personas con discapacidad.

Domótica: ("domo automático" o "casa automática") son los instrumentos y dispositivos incorporados en el medio físico que posibilitan que funciones que se realizan en forma manual, puedan hacerse mediante automatismos, reduciendo o eliminando los esfuerzos para su realización.

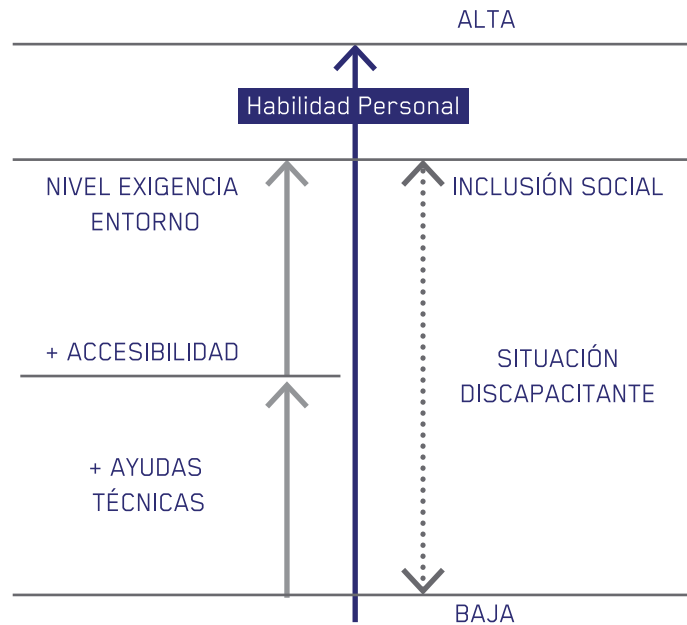
5. Definición de la Ley Nacional N° 26.378 "Convención Internacional de Derechos de la personas con discapacidad"

Relación persona con discapacidad y medio construido

Para el ser humano, contar con determinado nivel de habilidades o capacidades que posibiliten la interacción con el medio, promuevan la inclusión social, al ser percibido por la sociedad como uno de sus miembros activos. No siempre las personas con discapacidad motriz y/o sensorial y toda persona que presente una disminución en su movilidad y comunicación, puede alcanzar por sí misma este "umbral de habilidades"-ver cuadro 19.c.1.

Cuadro 19.c.1 ↓

Relación entre la persona con discapacidad y el medio construido



Esta brecha, entre las bajas habilidades de la persona y el nivel de habilidades exigido socialmente, se determina como Situación Discapacitante, condición que puede reducirse o eliminarse a través de la incorporación de dos conjuntos de elementos:

- Las Ayudas Técnicas
- La Accesibilidad al Medio Físico

Las deficiencias de movilidad, comunicación, orientación o comprensión son propias de la persona y no es competencia del entorno construido actuar sobre ellas. Sin embargo, es posible modificar o mejorar las posibilidades funcionales de la persona en su interacción con el medio físico a partir del uso de ayudas técnicas y dotando al ambiente de las cualidades que permitan su acceso, comprensión y uso, con independencia de las condiciones personales. Ya se ha planteado la importancia que presenta en el desarrollo de una persona el ambiente físico y social en que debe desenvolverse. A modo de ejemplo muy simple, dos personas con similar afectación motriz de miembros inferiores, no tendrán las mismas oportunidades de participar activamente e incluirse socialmente, si en un caso se cuenta con una silla de ruedas (ayuda técnica) y existen rampas en la esquina y veredas en buen estado (accesibilidad) para que la persona circule por la ciudad y pueda concurrir a diferentes espacios y edificios, y en el otro caso que la ayuda técnica sea deficiente y el medio físico no resulte accesible.

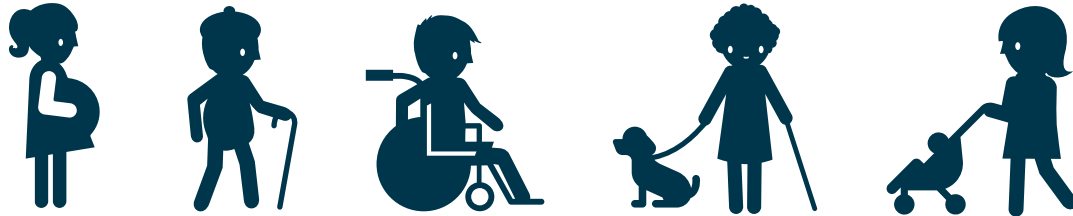
Las deficiencias de movilidad, comunicación, orientación o comprensión son propias de la persona y no es competencia del entorno construido actuar sobre ellas. Sin embargo, es posible modificar o mejorar las posibilidades funcionales de la persona en su interacción con el medio físico.

Las personas con discapacidad como usuarios

Las personas con discapacidad dentro del conjunto de los usuarios, deben considerarse funcionalmente como personas con movilidad y/o comunicación reducida ya que presentan dificultades con diferentes grados de afectación, para poder movilizarse, usar, comunicarse y orientarse en espacios y edificios que conforman el medio físico. Incluidas en este grupo, podemos encontrar a otras personas que tienen limitaciones en su capacidad de desplazamiento, uso y comunicación, tal como se aprecia en el cuadro 19.c.1 y que se sintetizan en esta gráfica que no siempre consideramos en toda su dimensión social.

Fuente: UNESCO, IESALC, Consultor Miguel Critchlow, especialista en Ergonomía 2.006

Gráfico 19.c.1 ↓
Personas con discapacidad como usuarios



Cuadro 19.c.2 ↓
Personas con movilidad y comunicación reducida

PERSONAS CON MOVILIDAD Y COMUNICACIÓN REDUCIDA	
DISCAPACIDAD	CIRCUNSTANCIAS DISCAPACITANTES Temporales o permanentes
<p>Originada en causas congénitas o adquiridas</p> <p>Accidente cerebro vascular (ACV) o accidente traumático</p> <p>.....</p> <p>Motriz en sus distintos grados de afectación</p> <p>.....</p> <p>Ciegos, disminuidos visuales</p> <p>.....</p> <p>Hipoacúsicos, sordos, mudos</p> <p>.....</p> <p>Deterioro psíquico</p>	<p>Factores cronológicos</p> <p>niños, adultos mayores y ancianos</p> <p>.....</p> <p>Condiciones antropométricas</p> <p>enanismo, gigantismo y obesidad</p> <p>.....</p> <p>Situaciones transitorias</p> <p>Enyesados, enfermos viscerales y post operatorio</p> <p>.....</p> <p>Llevar niños pequeños en brazos o en cochecito</p> <p>.....</p> <p>Llevar bultos pesados</p>

Se deberá considerar entonces como usuarios a toda la diversidad social resultando que compone el amplio abanico de personas que habitan las ciudades.

Imagen 19.c.1 ↓
Elementos que presentan dificultades para su desplazamiento



Tanto el cochecito del bebé como la silla de ruedas presentan las mismas dificultades para su desplazamiento ante un piso en mal estado o un cambio de nivel salvado solo por una escalera.

Pero la condición de pobreza limita más aun el acceso a los derechos sociales. Se suman dos condiciones de vulnerabilidad. El estado debe responder a la discapacidad como una problemática social

Las personas con discapacidad dentro del conjunto de los usuarios, deben considerarse funcionalmente como personas con movilidad y/o comunicación reducida.

Entanto usuarios, todas las personas tienen las mismas necesidades ya sean materiales como alimentación, vestido, vivienda, salud, educación, libertad de circulación, esparcimiento, o necesidades no materiales como identidad, autonomía, compañía, participación, autorrealización, creatividad. No obstante, las respuestas desde el diseño de espacios, edificios, productos y servicios para realizar diversas prácticas sociales, laborales, educativas, culturales, no permiten que sean desarrolladas por todos los usuarios en igualdad de condiciones, ya que la propia conformación urbana actúa como una barrera.

Cabría preguntarse ¿para quién se diseña?, ¿Se está dando respuesta a las necesidades de todos los habitantes? ¿Están incluidas las personas con capacidades físicas o sensoriales restringidas que en forma temporal o permanente por enfermedad, edad o accidente tienen limitaciones en su capacidad de desplazamiento, uso, orientación y comunicación? ¿Se diseña considerando la diversidad social? No siempre. El diseño se ha abocado históricamente a responder al hombre medio, figura ideal de hombre joven, de género masculino sano, que no se embaraza, no se accidenta, no envejece, no es obeso y no presenta discapacidad alguna, respondiendo de esta forma solo a un porcentaje de los usuarios e impidiendo que los restantes integrantes de la sociedad puedan participar activamente en la vida urbana y considerarse ciudadanos de pleno derecho, al no contar con un medio físico accesible para todos. Al respecto, la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad, Ley Nacional N° 26.378 / 08, manifiesta en su Artículo 9 Accesibilidad “A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones”(…)“Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso se aplicarán entre otras cosas a : a- Los edificios, las vías públicas, los transportes y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo”

Ampliando y especificando lo planteado en la Convención, el medio físico está constituido por elementos en los que se deberá considerar al usuario en su más amplia diversidad ya que desde

lo dimensional, la Accesibilidad se mide en centímetros y muchas veces pequeñas diferencias pueden transformar un elemento de diseño en barrera, por ejemplo, el ancho de una puerta, el tamaño de la cabina de un ascensor, la altura de un mostrador, etc. A modo de ajustada síntesis, se presentan elementos componentes del espacio urbano y edilicio, con el objetivo de indicar diferentes prácticas, que pueden resultar un facilitador o una barrera conforme sea su proyecto. Las dimensiones deberán verificarse con las normativas de aplicación en cada provincia o municipio. Es necesario plantear diferentes aspectos inherentes a la normativa, como su conocimiento, el control de su implementación y las sanciones frente a su incumplimiento. Se establecen así diferentes roles y actores sociales, responsables de cumplir y de hacer cumplir la ley. Todos deberán ser conscientes de que la respuesta dimensional y otros requerimientos planteados, pueden posibilitar el desarrollo autónomo y seguro de muchas personas, garantizar la equiparación de oportunidades para todos y lograr que los derechos ganados en otras áreas no se vean cercenados por un medio físico generador de barreras urbanas, arquitectónicas y en la comunicación, que podrían ser evitadas de cumplir con la normativa específica vigente. Se indican a continuación los componentes, las condiciones específicas dimensionales y de construcción que se encuentran en la normativa, para Gral. Pueyrredon, que forman parte del Reglamento General de Construcciones, sección VI (Ordenanzas 13.007 y 15.992) Lamentablemente la existencia de las normativas, no asegura su cumplimiento.

Componentes Urbanos

Circulaciones horizontales, Itinerarios peatonales y mixtos (peatonal y vehicular), Rampas o vados de esquina, Circulaciones verticales, escaleras y rampas, Mobiliario urbano, Parada de transporte público, transporte Público y Señalización.

Componentes Edilicios

Accesos, Estacionamientos, Circulaciones horizontales (incluye rampas), Circulaciones verticales y salva de desniveles, Escaleras y Rampas y Ascensores.

Componentes Comunicacionales

Tipos de información, Visual, Acústica, Táctil y Gestual.

El medio físico está constituido por elementos en los que se deberá considerar al usuario en su más amplia diversidad.

Es necesario plantear diferentes aspectos inherentes a la normativa, como su conocimiento, el control de su implementación y las sanciones frente a su incumplimiento.

En términos de diseño, es necesario establecer que las normas resultan un piso a partir del cual, cada profesional podrá desarrollar sus ideas en las que la accesibilidad se incorpore como una premisa más a la hora de proyectar, logrando respuestas integrales para todos.

En términos de diseño, es necesario establecer que las normas resultan un piso a partir del cual, cada profesional podrá desarrollar sus ideas en las que la accesibilidad se incorpore como una premisa más a la hora de proyectar, logrando respuestas integrales para todos.

Medio físico, de la eliminación de barreras al diseño universal

La eliminación de las barreras urbanas y arquitectónicas, implica transformar los espacios en accesibles, dando respuesta a las necesidades de todos los usuarios en términos de calidad de vida, proyectando para la más amplia diversidad posible. Se puede decir entonces que "Las buenas prácticas en accesibilidad son todas aquellas acciones que a través de una percepción sensible del entorno y un conocimiento exhaustivo de las personas, se encaminan a la consecución de edificios, ciudades, entornos naturales, productos, comunicaciones y servicios, utilizables con calidad, confort, comodidad y seguridad por todas las personas independientemente de su edad y de su capacidad o discapacidad" (SOCYTEC S.L., 2006, p. 18). Se arriba así al concepto de Diseño Universal, denominado también Accesibilidad Universal o Diseño para Todos, el que se define como "*La condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible*"⁶. Éste surge de proyectar los espacios públicos y privados donde la accesibilidad forma parte de las premisas del proyecto. El mismo se halla incluido además en las definiciones de la Convención Internacional de Derechos de las Personas con

Discapacidad. Se trata en definitiva de facilitar la accesibilidad, la orientación, el uso y la comprensión de espacios físicos urbanos, edificios, objetos y productos en general, a la mayor cantidad de usuarios sin que sea necesario plantear su adaptación (eliminación de barreras), maximizando su funcionalidad, al diseñar considerando a las personas que se encuentran limitadas para el desarrollo de sus actividades en forma temporal o permanente por discapacidad, aspectos antropométricos o edad avanzada.

El proyecto centrado en el usuario es una nueva filosofía del diseño, que se articula con el concepto de inclusión social, generando buenas prácticas que conlleven a respuestas abarcativas, sin que deba recurrirse a la diferenciación de accesos, espacios de uso o productos para personas con distintos modos de circular, usar y comprender. El Diseño Universal debe ser inclusivo, funcional, estético y pasar desapercibido, tan solo se trata de considerar al proyectar que el diseño en cuestión pueda ser utilizado por todas las personas con movilidad y comunicación reducida y demás usuarios que forman una sociedad rica y diversa.

Abordaje de la accesibilidad urbano-arquitectónica en Mar del Plata

Mar del Plata hacia el año 1999 ya contaba con Ordenanzas independientes sobre espacios de estacionamiento reservados para personas con discapacidad y rampas de esquina angostas y con barandas. Estos fueron logros del entonces Consejo del Discapacitado y las ONGS locales, en reclamo permanente por los derechos ciudadanos de las personas con discapacidad. En diciembre de 1999 se promulga la Ordenanza Municipal N° 13.007, Reglamento de Accesibilidad para usuarios con movilidad restringida y/o comunicación reducida (U.M.R.), que se incorpora al Reglamento General de Construcciones RGC, como Sección VI. En la Ordenanza se crea la figura de contralor y revisión a través de la Comisión mixta permanente de eliminación de barreras arquitectónicas y urbanísticas, COMIBAU, que integran representantes del Ejecutivo Municipal, el Concejo Deliberante, el Consejo de la Discapacidad, la Universidad Nacional de Mar del Plata y el Consejo de la Tercera Edad, lamentablemente desactivado desde hace años. Este espacio interinstitucional de trabajo, promovió acciones en pos de un medio urbano-arquitectónico accesible, aunque resultan insuficientes frente

La eliminación de las barreras urbanas y arquitectónicas, implica transformar los espacios en accesibles, dando respuesta a las necesidades de todos los usuarios en término de calidad de vida, proyectando para la más amplia diversidad posible.

Diseño Universal: La condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible.

6. Ley N° 51, año 2003, España "De igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad:"

al incumplimiento parcial de la normativa vigente, por falta de concientización y desconocimiento de los profesionales de la construcción y propietarios así como del control deficiente por parte de la autoridad competente.

A fin de optimizar el uso de las rampas de esquina y garantizar veredas seguras para circular, se modificó la Ord. N° 13.007 en los componentes extra edilicios, mediante la Ordenanza Municipal N° 15.992 / 2004. En base a la normativa vigente, el EMTUR incorporó en sus pliegos licitatorios el requerimiento de accesibilidad para las Unidades Turísticas Fiscales, con impacto positivo en la actividad turística como referencia de calidad. A esta implementación se suman diferentes acciones desarrolladas (por la Dirección de Discapacidad, EMTUR, Concejo Deliberante, Defensoría del Pueblo, etc.) ante la necesidad de impedir que se continúen realizando obras tanto públicas como privadas de uso público en contravención a la normativa sobre accesibilidad urbano-arquitectónica y en el transporte vigentes en nuestra ciudad. La falta de un transporte público accesible es una problemática social aún no resuelta, que deberá ser abordada con urgencia, ya que si bien está contemplada en la actual Ordenanza 16.789 “Transporte Público de Pasajeros por Colectivo”, no hay cumplimiento ni control efectivo.

En el año 2007, por Convenio con la Comisión Nacional de Discapacidad, se crea el Plan Municipal de Accesibilidad (PLAMAC) según Ordenanza N° 19.183, que manifiesta en su Art 2° que “El Plan Municipal de Accesibilidad (PLAMAC) tendrá como objetivo prioritario producir propuestas y proyectos que permitan encauzar decisiones, esfuerzos y recursos municipales destinados a facilitar la accesibilidad a ámbitos urbano-edilicios de Usuarios con Movilidad y/o Sensorialidad Reducida”, para la ciudad de Mar del Plata y demás centros urbanos integrantes del Partido de General Pueyrredon. Su estructura de gestión es la Comisión del Plan Municipal de Accesibilidad (COPLAMA), que está constituida por tres (3) organismos: la Unidad de Coordinación, el Consejo Asesor y el Equipo Técnico. El PLAMAC, se mantuvo desactivado hasta el 2017, siendo retomado y puesto en marcha mediante el Decreto 1522/17, iniciando sus reuniones el Consejo Asesor y realizando actividades específicas el Equipo Técnico. Esta reactivación posibilitará la transformación paulatina de Mar del Plata en una ciudad accesible, aumentando la calidad de vida, seguridad y autonomía de residentes y turistas, en particular para las personas con discapacidad y adultos mayores.

El Plan Municipal de Accesibilidad trata de establecer un marco estratégico para promover y dar coherencia a las acciones que las sucesivas gestiones de Gobierno, conjuntamente con instituciones y entidades públicas o privadas, han de realizar con el objetivo común de eliminar los obstáculos físicos, comunicacionales y actitudinales. Este instrumento se enmarca en el cumplimiento de la Ley Nacional N° 26.378 de rango constitucional, que adhiere a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, refiriéndose en su artículo 9° al derecho a la accesibilidad en forma abarcativa, ya que la toma en el contexto de la vida diaria de las personas, reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás...

A modo de conclusión

En nuestra sociedad, a pesar de los logros y posicionamientos de las personas con discapacidad, aún conviven los diferentes modelos que van desde la invisibilidad social, la adaptación e integración, hasta la deseada y justa inclusión. La percepción de la sociedad respecto de la persona con discapacidad (la mirada del “otro”), el grupo de usuarios en que se las considera, la respuesta desde el diseño y el tipo de políticas públicas que promueven estas acciones, están íntimamente ligadas.

Atento a lo expuesto sobre las condiciones del medio físico y las buenas prácticas, éstas deberán insertarse necesariamente en un contexto socio-político de desarrollo, para que puedan ser promovidas e impulsadas. Este planteo lo expresa claramente el arquitecto español Cabezas Conde en la siguiente frase, que a más de 20 años de ser escrita continúa plenamente vigente “No se presupone que las reglas formales (arquitectónicas y legales) puedan ser el fundamento de la eliminación de barreras, son solo un instrumento al servicio de: la conciencia técnica, la sensibilidad social y la voluntad política correspondiente”.

El PLAMAC, se mantuvo desactivado hasta el 2017, siendo retomado y puesto en marcha mediante el Decreto 1522/17.

Trata de establecer un marco estratégico para promover y dar coherencia a las acciones que las sucesivas Gestiones de Gobierno, conjuntamente con instituciones y entidades públicas o privadas, han de realizar con el objetivo común de eliminar los obstáculos físicos, comunicacionales y actitudinales.

En nuestra sociedad, a pesar de los logros y posicionamientos de las personas con discapacidad, aún conviven los diferentes modelos que van desde la invisibilidad social, la adaptación e integración, hasta la deseada y justa inclusión.

No se presupone que las reglas formales (arquitectónicas y legales) puedan ser el fundamento de la eliminación de barreras, son solo un instrumento al servicio de: La conciencia técnica, la sensibilidad social y la voluntad política correspondiente.



Foto: banco de imágenes

Consumo Problemático de Sustancias

Autores: Lic Joaquin Simón (SEDRONAR)

Lic Agustín Quesada (SEDRONAR)

Datos acerca de las consultas al Dispositivo de Abordaje Territorial (Sedronar) durante el año 2017.

El siguiente informe da cuenta del trabajo realizado durante el año 2017 por el equipo interdisciplinario del dispositivo integral de abordaje territorial (DIAT) dependiente de SEDRONAR ubicado en el barrio El Martillo de la ciudad de Mar del Plata. Este dispositivo surge con la intención de brindar un espacio de orientación, contención, evaluación y derivación de consultantes con padecimientos de salud relacionados al consumo problemático de sustancias. Forma parte de la tarea coordinar con el usuario del servicio de salud la mejor estrategia terapéutica disponible y facilitar los medios para el acceso a la misma.

Teniendo como eje ordenador de la práctica la Ley de Salud Mental, Ley N°26.657 sancionada en el año 2010, se conforma un equipo interdisciplinario compuesto por profesionales de diferentes disciplinas (Psicólogos, Psiquiatra, Trabajadores Sociales, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo Social, Psicopedagoga).

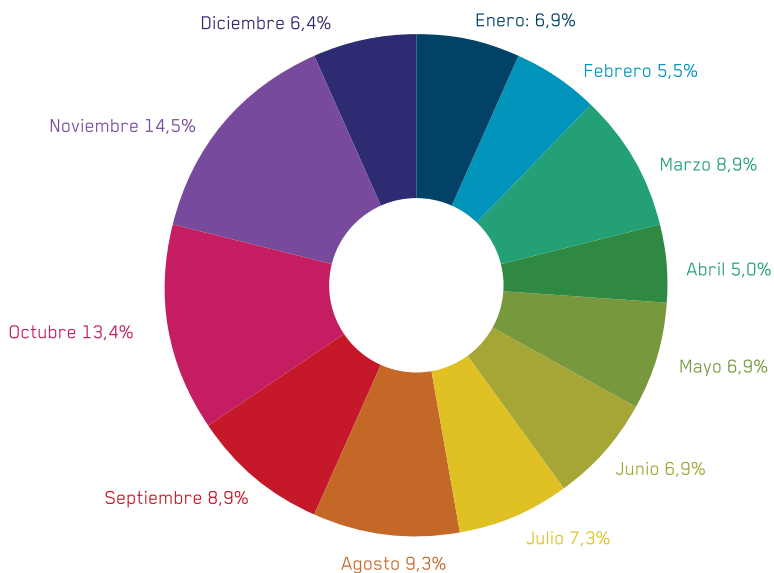
Desde sus inicios el dispositivo tiene un flujo constante y sostenido de consultantes, debido a la complejidad en la materia y los escasos dispositivos especializados en la temática a nivel local para dar respuesta a una demanda creciente. Un porcentaje de estos viene derivado por diferentes instituciones y actores de la ciudad con quienes se articula, mientras que otro porcentaje lo hace por demanda espontánea pese a no estar ubicado el dispositivo en el área céntrica de la ciudad.

Cantidad de consultas en el año 2017

Cabe destacar que este número no se refiere a cantidad de personas sino de consultas realizadas (una persona puede realizar más de una consulta antes de finalizar el proceso de evaluación y/o derivación).

La cifra asciende a 1.168 consultas durante el período 2017, cifra que se distribuye según mes de consulta, de acuerdo a lo indicado en el gráfico 19.d.1.

Gráfico 19.d.1 ↓
Cantidad de consultas en el año 2017



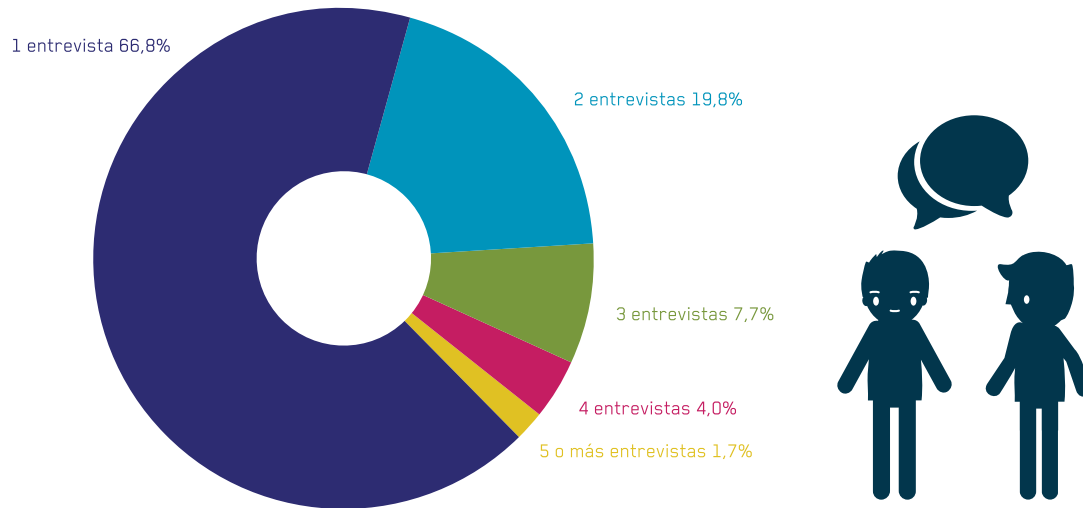
El siguiente informe da cuenta del trabajo realizado durante el año 2017 por el equipo interdisciplinario del dispositivo integral de abordaje territorial dependiente de SEDRONAR.



Fuente: SEDRONAR. DIAT El Martillo.
n=1168

De las 1.168 consultas participaron 711 personas, distribuyéndose el número de entrevistas de manera que indica el Gráfico 19.d.2.

Gráfico 19.d.2 ↓
Cantidad de entrevistas en el año 2017



Fuente: SEDRONAR. DIAT El Martillo.
 n=711

De estos consultantes hubo 384 personas que consultaron para sí mismos. El resto de los consultantes acompañaban o consultaban para terceros.

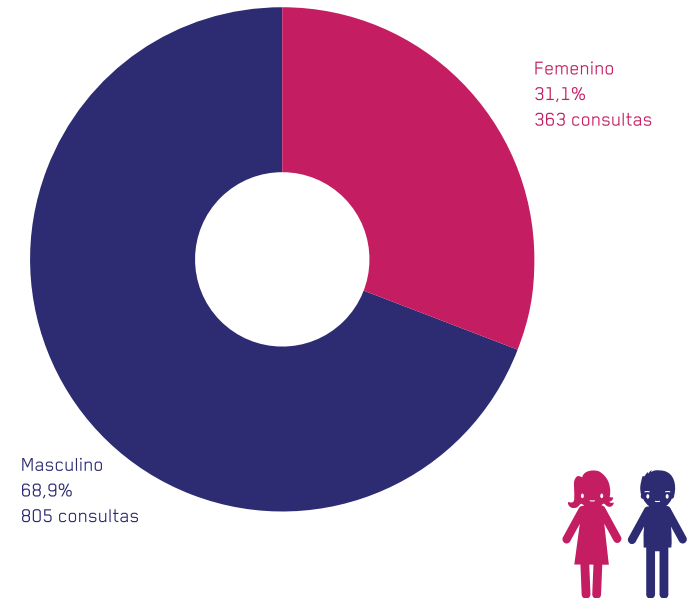
A su vez, de los 384, solo a un 11% del total de consultantes se les realizó una beca de internación a una Comunidad Terapéutica.

Un 22% comenzaron tratamiento en el centro de día que funciona en el mismo lugar que el dispositivo. El resto de los consultantes fueron atendidos por consultorio externo o derivados hacia otras instituciones. También hay un alto porcentaje de consultantes que interrumpieron el proceso de evaluación antes de que se coordinara una estrategia terapéutica.

Género según cantidad de consultas

En cuanto al género, la distribución muestra que la mayor parte de personas que consultan pertenecen al género masculino, ya que el mismo alcanza el 68,9 % de las consultas a lo largo del periodo 2017.

Gráfico 19.d.3 ↓
Género según cantidad de consultas en el año 2017

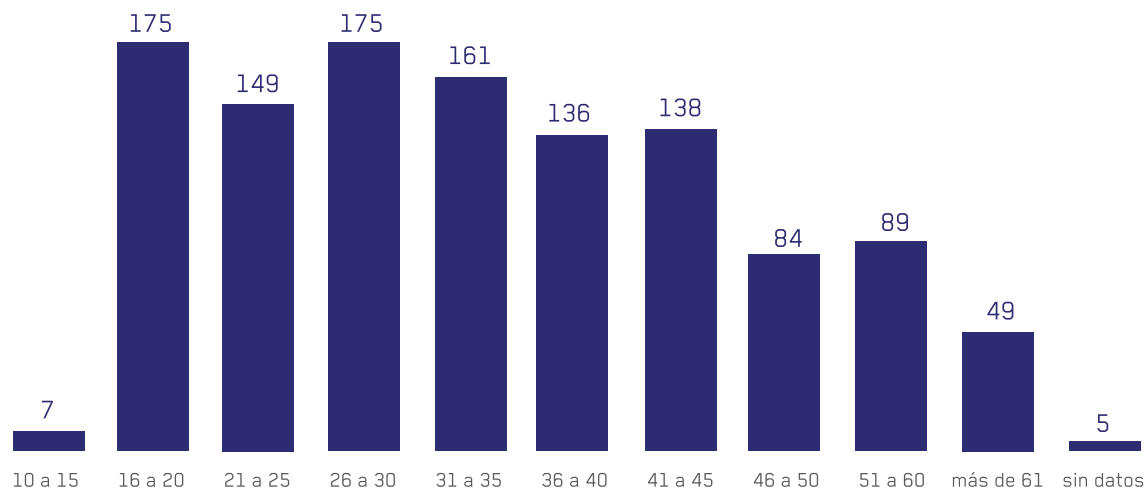


Fuente: SEDRONAR. DIAT El Martillo.
 N=1168

Los datos recabados llevan a preguntarse sobre el por qué de esta diferencia tan significativa. ¿Existe una mayor prevalencia de consumo en el género masculino? ¿Esta diferencia tendrá relación con una dificultad en el acceso a los servicios de salud por parte del género femenino?, y si es así ¿a qué se debe esta dificultad?

Consultantes según grupos de edad

Gráfico 19.d.4 ↓
Consultantes según grupos de edad en el año 2017



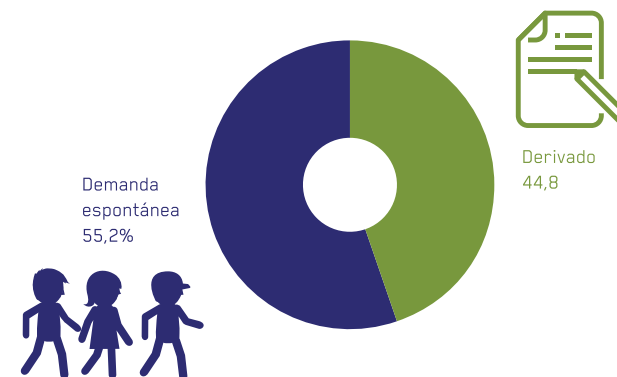
Fuente: SEDRONAR. DIAT El Martillo.
n=1168

Como se puede ver en el gráfico 19.d.4. los consultantes que asisten a evaluación abarcan un amplio rango etario. Se observa también que a partir de los 31 años la cantidad va disminuyendo paulatinamente. Las franjas etarias más numerosas son las que van de 16 a 20 y de 26 a 30, lo que revela una mayoría de usuarios que se encuentran por debajo de los 30 años.

Accesibilidad al Dispositivo

En cuanto al modo de acceso al dispositivo se puede hacer una primera diferenciación en cuanto a si los usuarios acceden al dispositivo por demanda espontánea, o lo hacen orientados por otras instituciones y/u organizaciones.

Gráfico 19.d.5 ↓
Accesibilidad al Dispositivo en el año 2017



Fuente: SEDRONAR. DIAT El Martillo.

Si bien la proporción es pareja, el hecho de que los usuarios que concurren por demanda espontánea sea mayor a la que concurre derivada de otras instituciones sugiere un conocimiento por parte de los vecinos de la ubicación geográfica del dispositivo así como de la tarea que se realiza. El hecho de que exista la atención por demanda espontánea permite un mayor acceso a quienes deciden consultar en el momento que lo decidan. A su vez si hubiese que disponer de un turno, este se otorga de una semana para la otra. Cuando se realice la comparación según la zona geográfica podrá verse que este conocimiento proviene sobre todo de los vecinos más cercanos al dispositivo.

Instituciones con Articulación

Dentro de las derivaciones y articulaciones se encuentran las organizaciones y/o las instituciones con las que se realiza referencia y contrarreferencia. Aquí pueden diferenciarse entre:

→ **JUSTICIA**

Defensorías, Tribunales, Unidad Penitenciaria N°44

→ **ÁREA DE SALUD MENTAL (HIGA)**

Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos.

→ **SEDRONAR**

Otros dispositivos como CEPLA, 141.

→ **SALUD**

Hospitales Generales y CAPS Municipales.

→ **CPA**

Centro Provincial de Atención a las Adicciones

→ **SEMDA**

Servicio Municipal de Atención a las Adicciones

→ **HOGARES PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE**

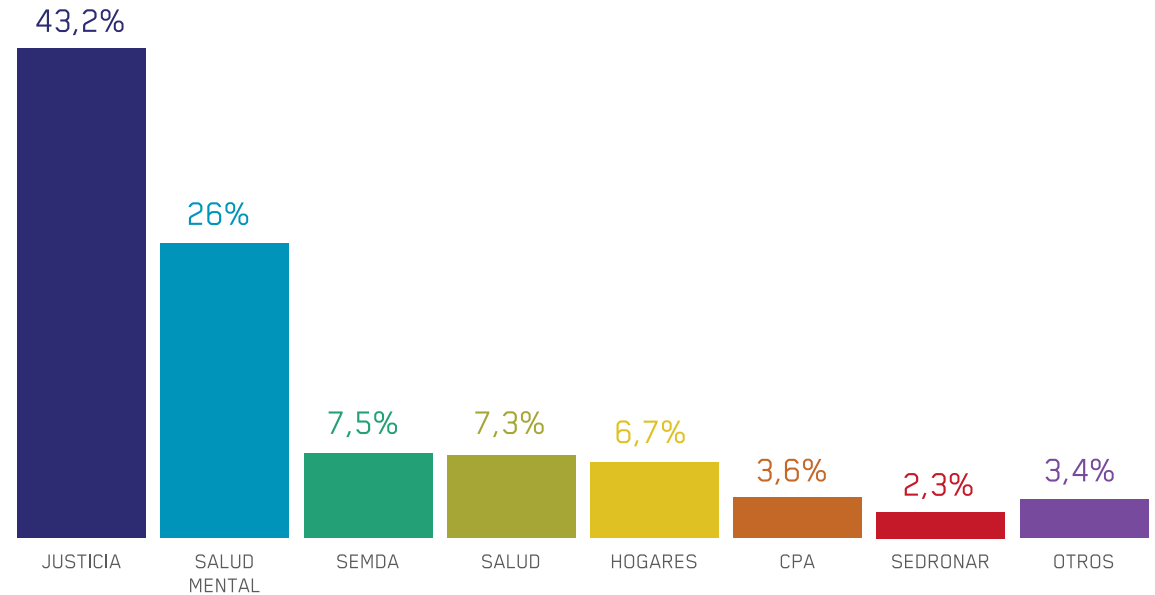
(ASAAR, El Campito, Arenaza, Gayone)

→ **OTROS**

Gran parte de las derivaciones provienen básicamente de dos actores bien definidos que juntos suman casi el 70% de las derivaciones (Justicia y Salud Mental).

Gráfico 19.d.6 ↓

Derivaciones y articulaciones según institución en el año 2017



Del gráfico 19.d.6 se desprende que gran parte de las derivaciones provienen básicamente de dos actores bien definidos que juntos suman casi el 70% de las derivaciones (Justicia y Salud Mental). Cabe aclarar que si bien el Servicio de Salud Mental del HIGA es una única institución, la "Justicia" reúne a un gran número de actores que incluye a las defensorías, los tribunales penales, civiles, de familia, Unidad Penitenciaria 44 y 15, el Centro de Contención de Menores de Batán, el Centro de Referencia, así como otros actores dependientes del poder judicial.

Puede observarse también una derivación constante de las otras instituciones estatales, tanto provinciales como municipales, orientadas a la atención de personas con consumo problemático de sustancias. Esto se debe, en gran parte, a que este dispositivo gestiona becas de internación en comunidades terapéuticas privadas.

Consultantes según Barrios de Residencia

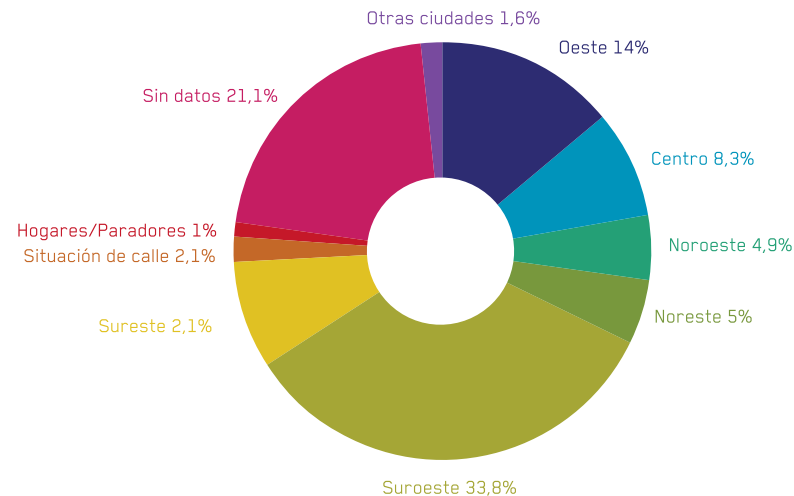
En este caso se realiza una división en 6 zonas de la ciudad en relación a los barrios de los que provienen los consultantes [Centro, Oeste, Sureste, Suroeste, Noreste, Noroeste] así como los que acceden de otras localidades.

Mapa 19.d.1 ↓
Zonas de origen de los consultantes



Fuente: SEDRONAR. DIAT El Martillo.

Gráfico 19.d.7 ↓
Zonas de origen de los consultantes, 2017.



Fuente: SEDRONAR. DIAT El Martillo.

Puede observarse en el gráfico 19.d.7. cómo un alto porcentaje de usuarios que consultan (33,8%) provienen de la zona Sudoeste, mientras que las 5 zonas restantes de la ciudad representan el 40,3% sumadas juntas. A su vez, los usuarios de las zonas Noreste y Noroeste son los de menor porcentaje.

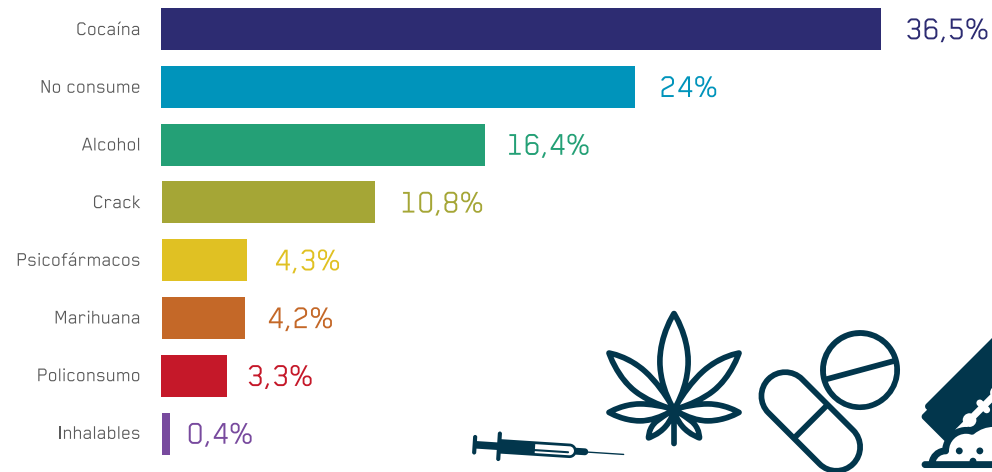
No parece que este dato sea casual ya que el dispositivo se encuentra ubicado en la zona Sudoeste, por lo que la accesibilidad se encuentra facilitada para quienes viven en las zonas aledañas al dispositivo.

Al mismo tiempo, en la zona Noroeste de la ciudad funciona otro dispositivo de atención territorial de los consumos problemáticos, por lo que gran parte de la demanda de la zona ha de ser absorbida por éste.

Prevalencia de consumo de sustancias relevadas en la consulta

Gráfico 19.d.8 ↓

Prevalencia de consumo de sustancias relevadas en la consulta



Fuente: SEDRONAR. DIAT El Martillo. / n=982

Del total de las consultas (1.168) del año 2017 el gráfico muestra la distribución de prevalencia de sustancia de consumo de 982 consultas y de las 186 restantes no se tienen datos referidos a esta variable.

De los datos obtenidos se puede observar que el 47,5% de los usuarios entrevistados consume cocaína en diferentes modalidades (aspirada, fumada e inyectada); un 36,5% lo hace en forma aspirada; un 10,8% fumada y tan solo el 0,2% inyectada.

El consumo de alcohol llega al 16,4% del total de las consultas. En idénticos porcentajes (4%) se encuentra el consumo de psicofármacos y marihuana. También de las entrevistas se desprende el que el porcentaje de policonsumo, asciende a un 3,3%, referido a 3 o más sustancias en forma simultánea. Entre otros datos obtenidos el consumo de inhalables es poco prevalente, asciende a un 0,4%. También puede destacarse que el uso de paco/pasta base no se visualiza como una problemática entre las consultas atendidas.

El 24% de los consultantes refieren no consumir sustancias, esto puede deberse a que en su mayoría los consultantes concurren con un acompañante/referente a quienes también se entrevista; otros asisten para realizar consulta por un tercero; pero también están dentro de este porcentaje aquellos que luego del inicio de la evaluación/orientación modifican su patrón de consumo.

Consultas del último trimestre del 2017

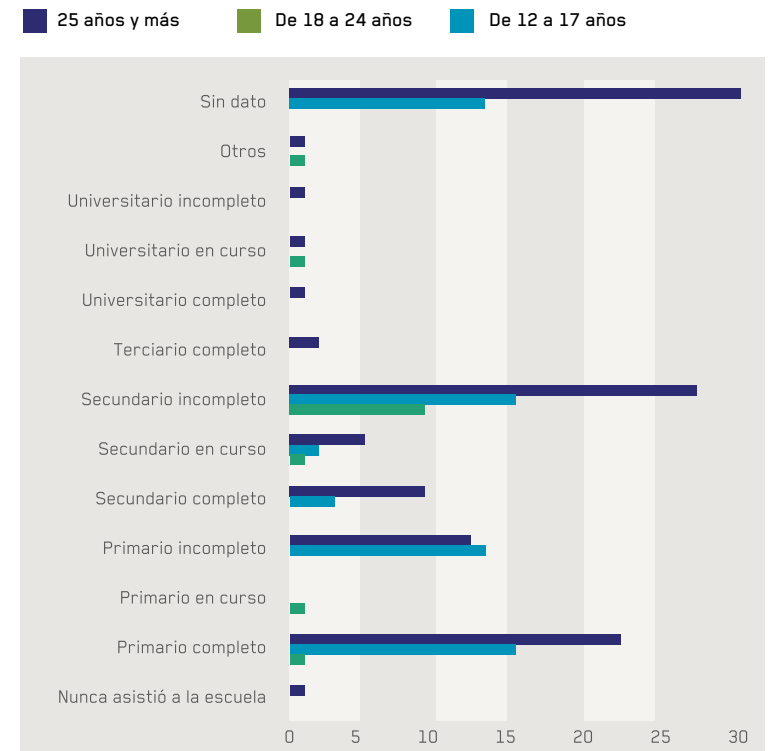
El último trimestre del 2017, SEDRONAR dispuso una nueva herramienta de relevamiento de datos que permite un análisis más exhaustivo e incluye diferentes variables a tener en cuenta respecto de los usuarios que consultan.

Esta herramienta posibilita profundizar y ampliar la mirada respecto del sujeto que consulta y las características de esta población.

Nivel educativo por edad

Gráfico 19.d.9 ↓

Nivel educativo por edad, 2017

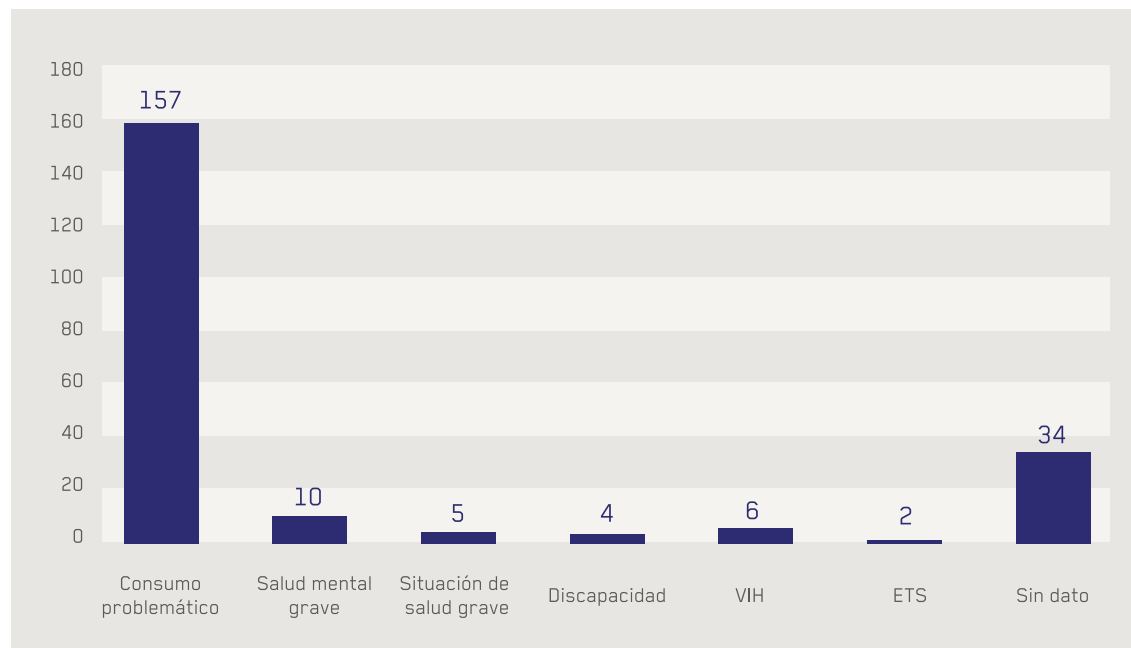


Fuente: SEDRONAR. DIAT El Martillo. n=173

Se puede ver que de los 173 consultantes del último trimestre mayores de 18 años, el 65% de ellos no completó el nivel secundario y solo un 1,7% finalizó un estudio terciario o universitario. De esta misma franja etaria, un 15% no terminó la escuela primaria. Estos datos revelan condiciones de mayor vulnerabilidad social en cuanto a la baja terminalidad de los estudios de los usuarios que consultan, con las dificultades que esto acarrea.

Situaciones de Salud

Gráfico 19.d.10 ↓
Situaciones de salud, 2017

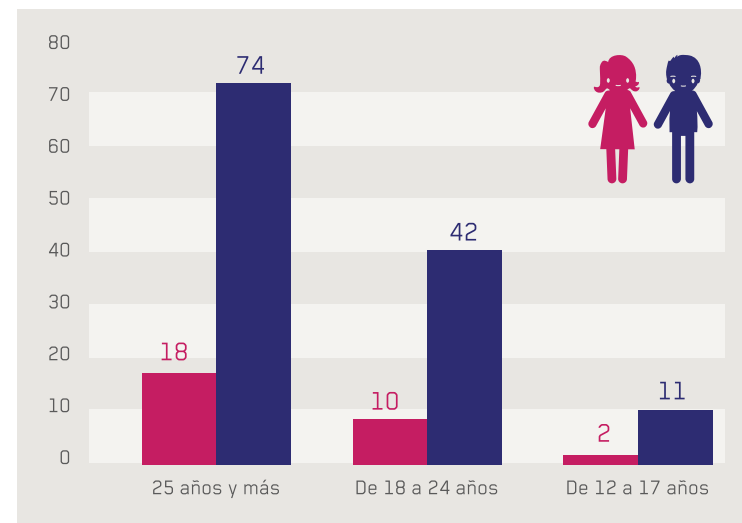


Fuente: SEDRONAR. DIAT El Martillo.

En el gráfico 19.d.10 se aprecia que, aunque el motivo de consulta se encuentra principalmente asociado al consumo problemático de sustancias, en algunos casos se encuentran también otros padecimientos de salud, principalmente relacionados a padecimientos de salud mental graves. Esto conlleva en la práctica una complejización del abordaje.

Consumo de sustancias por edad y género

Gráfico 19.d.11 ↓
Consumo problemático por género y edad



Fuente: SEDRONAR. DIAT El Martillo.

Al igual que en el gráfico de género antes realizado, en el gráfico 19.d.11. puede observarse cómo se mantiene en todas las franjas etarias un mayor número de consultantes masculinos. También se puede destacar que la franja de 18 a 24 años reúne un gran número de consultantes pese a ser un segmento de solo 6 años.

Interrogantes y esbozo de líneas de análisis Género

Quiénes consultan por primera vez y quiénes acceden a una segunda entrevista

En la diferencia observada entre quienes consultan por primera vez y quienes acceden a una segunda entrevista es posible que intervengan diferentes factores.

Uno de ellos, posiblemente lo constituya el caso en que las personas llegan a la consulta por orden judicial, ya sea vinculada a situaciones de conflicto con la ley penal, o vinculadas con situaciones familiares complejas en las que interviene la justicia (por ej., familiar que solicita la intervención de la justicia para que la persona inicie tratamiento; intervención de organismo de niñez y la condición de realizar tratamiento para recuperar la tenencia de los hijos, etc.). Situaciones en las que la demanda no surge del propio sujeto que atraviesa una situación del consumo problemático, y en las que la falta de motivación actúa como obstáculo para sostener el proceso de evaluación.

En otros casos la iniciativa de solicitar ayuda surge del propio sujeto, pero puede volverse difícil sostener una estrategia terapéutica. ¿Por qué? Por ejemplo, ¿cuáles son las expectativas con la que llega a la consulta? ¿la demanda responde a una situación coyuntural? ¿la respuesta encontrada no es la esperada? ¿presentan dificultades para implicarse, esperan respuestas o soluciones externas e inmediatas? ¿el entorno no acompaña? ¿Tendrá incidencia la accesibilidad al dispositivo?

Teniendo en cuenta la accesibilidad geográfica, los datos muestran un gran número de consultas provenientes de barrios con proximidad geográfica al dispositivo. En menor medida aparecen consultas de otras zonas para las cuales la distancia geográfica puede constituir un obstáculo para sostener el proceso de evaluación, en algunos casos por la imposibilidad de costear económicamente un medio de transporte.

Los datos relevados hacen remarcar la importancia de que los dispositivos e instituciones se encuentren en un lugar geográficamente accesible a todos los vecinos.

En cuanto a las preguntas acerca de las diferencias en el número de consultantes según el género, como se mencionó, cabe preguntarse si se trata de una problemática que tiene mayor relevancia en hombres que en mujeres, o si las mujeres presentan mayores dificultades para el acceso a tratamiento.

En este sentido, se ha observado que en la situación de muchas de las mujeres que consultan aparecen otras dificultades que complejizan la situación de consumo, entre las que se pueden enumerar:

- Son madres y se encuentran asumiendo solas la responsabilidad de la crianza de sus hijos.
- Si tienen pareja, los roles parentales son poco flexibles, en muchos casos, sus parejas comparten la problemática de consumo.
- Estas relaciones se encuentran, muchas veces, atravesadas por situaciones de violencia.
- Tienen historias personales de abandono.
- Han atravesado situaciones de abuso.
- Se encuentran en situación de pobreza.
- Se observa ausencia red familiar, o poseen una red debilitada, o mantienen con sus familias vínculos conflictivos, o aparecen en dichas familias dificultades para el ejercicio de respectivos roles.

Por otro lado, en el caso de las mujeres que son madres, como se ha mencionado anteriormente, cuando aparece la demanda de tratamiento, frecuentemente dicha demanda no surge de las propias mujeres, sino que es condición impuesta por otras instituciones (principalmente la justicia) para conservar o recuperar la tenencia de sus hijos.

La posibilidad de tratamiento puede entonces dificultarse por una variada gama de factores que complejizan la problemática y que exceden la situación del consumo.



Los datos relevados hacen remarcar la importancia de que los dispositivos e instituciones se encuentren en un lugar geográficamente accesible a todos los vecinos.