

Una vejez, una ciudad y un vacío
Una visión in situ de la acogida a la ancianidad que ofrece Rio Gallegos, Pcia. de Sta. Cruz, 2015

Old age, city and emptiness
An in situ vision of the elderly sheltering in Rio Gallegos, Santa Cruz province, 2015

Marcela Triviño, marcealet@gmail.com; Valeria Oyarzo, valeriaoyarzounpa@gmail.com; Evangelina Brito, evabrito@msn.com; Patricia Vega, paxxduar@yahoo.com.ar; Muriel Ojeda, murielojeda@gmail.com; Azucena Rojas, surojas77@gmail.com; Sara Ojeda, sojedacabezas@gmail.com; M. Laura Ivanissevich, mivanissevich@uarg.unpa.edu.ar

ISISC- Dto Cs Sociales - Unidad Académica Rio Gallegos - Universidad Nacional de la Patagonia Austral, Río Gallegos - Santa Cruz - Argentina
Agosto 2016

RESUMEN

Como fruto secundario del trabajo de campo efectuado para el relevamiento local sobre el cuidado enfermero en el adulto mayor, se obtuvo la detección del problema abordado; un singular vacío estatal y una apatía generalizada frente a una necesidad de albergue y cuidado a personas adultas mayores. La reflexión del envejecimiento como un presente continuo en la existencia humana y como una cuestión tan personal como socio-comunitaria, nos ha conducido a señalar esa nefasta situación en nuestra comunidad con el fin de que sea un alerta y un aporte.

Palabras clave: Adulto Mayor, cuidado, envejecimiento, hogar, Rio Gallegos.

ABSTRACT

As a second result of an academic research on a local analysis of the nursing care condition of the senior citizens, it was found a peculiar public emptiness and a general apathy in relation to the need to home and look after the oldest citizens. The consideration of elderly as a continuous state of the human existence as well as a personal issue and a socio-community matter, has led us to indicate this terrible situation in our city as a warn and as a contribution.

Key words: Senior citizens; elderly; sheltering; retirement home; Rio Gallegos.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población junto con la evolución del papel social de las mujeres forma parte de los logros sociales más importantes del siglo XX y XXI. La suma de estos fenómenos, entre otros, está generando cambios profundos en la estructura social con nuevas funciones profesionales que suponen renovar planteos. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22% (1 de cada 5 personas será Adulto Mayor AM). América Latina está envejeciendo y este proceso acompaña al mundial, la población de adultos mayores ya plantea serios retos para los



sistemas de atención socio-sanitaria. Argentina no escapa a esta situación, figura entre unos de los países Latinoamericanos cuya pirámide poblacional está sufriendo una inversión, cada vez somos menos jóvenes y más ancianos. Este panorama, en particular, está aflorando en la comunidad de Rio Gallegos cuya red social ya transita algunos efectos; por ejemplo la cantidad in-crescendo de adultos mayores que ven disminuida su calidad de vida a causa de las condiciones de circulación urbana, de los accesos a edificios públicos, de la atención médica especializada y de la imposibilidad de vivir junto a familiares frente a la escasa oferta de lugares de acogida para ellos.

Según los estudios demográficos publicados por la Comisión Económica para América Latina, CEPAL, en 2007 el 10% de la población mundial tenía 60 años de edad o más. Para el 2025, se proyecta que el porcentaje de adultos mayores alcance al 15,5% del total de la población de América Latina. Para la Argentina, las estadísticas en el año 2000 las personas de 60 años de edad representaban el 13,5% de la población y se prevé que para el 2025 el porcentaje será de 17,1% lo cual posicionaría al país entre uno de los más envejecidos de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2010).

El Informe preparado por el CONICET (S. Torrado, 2004) para el Programa de Estudios Prospectivos de la Secretaría para la Ciencia, la Tecnología y la Innovación Productiva (SECTIP) sobre los Escenarios Demográficos Argentinos hacia 2025 dice:

“... El hecho más impactante de nuestro futuro demográfico es el progresivo engrosamiento relativo de la población de 65 años y más. Para los análisis comparativos, las Naciones Unidas consideran que una población está envejecida cuando el porcentaje de la población de 65 años y más, supera el 7%. Nuestro país entró en esa categoría hacia 1970. En 1990, la población de 65 años y más representaba el 9% de la población total y alcanzará al menos el 17% hacia 2025. El fenómeno del envejecimiento es más patente cuando se hacen proyecciones para el largo plazo (por ejemplo para 2050). Un hecho interesante es que cambiará la relación entre los distintos segmentos poblacionales definidos según la edad. Por ejemplo, habrá un envejecimiento interno del segmento de AM. Antes se denominaba “tercera edad” a la franja de población de 65 años y más. El incremento del volumen en las edades avanzadas ha determinado que esa expresión se reserve ahora para el grupo 65-79 años, denominándose “cuarta edad” al segmento que comienza en los 80 años. En nuestro país, la importancia de este último grupo respecto al segmento de 65 y más, pasará de 15,5% en 1990 a 22-25% en 2025. El envejecimiento demográfico (sobre todo el envejecimiento por la cúspide) es ineluctable y plantea desde ya a la sociedad argentina desafíos cuya trascendencia difícilmente podría subestimarse. No sólo el funcionamiento de los mercados de trabajo y los sistemas de previsión social, sino el conjunto de la infraestructura educativa, sanitaria, habitacional, asistencial, etc., deberán readaptarse a las nuevas realidades demográficas. También se verá afectada la dinámica electoral, ya que la población en edad de acudir a las urnas contendrá cada vez más ancianos.”

Los equipos de salud y en particular los profesionales de enfermería con visión de futuro sienten la responsabilidad con la sociedad de conducir también la promoción de la salud hacia un envejecimiento valorado y de su abordaje comunitario. El recurso humano de Enfermería constituye el potencial humano indispensable en una sociedad organizada, brindando cuidado holístico en todas las etapas del ciclo vital.

La Enfermería como profesión autónoma está sustentada en la ciencia y en el arte, dado que tiene su propio conjunto de conocimientos basados en teorías científicas y está enfocada hacia

la salud y el bienestar del ser humano. La enfermería se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de las personas y no solo el proceso médico diagnosticado en el paciente, por ende se centra en las respuestas globales de la persona que interactúa con el entorno.

El presente trabajo, surgido desde el equipo de investigación cuya línea de estudio es el cuidado del Adulto Mayor, es un fruto secundario de un relevamiento realizado sobre el territorio local y destinado específicamente a describir la realidad de la gestión del cuidado enfermero en la población adulta mayor. Aquel trabajo de campo incluyó una encuesta semiestructurada dirigida al personal responsable de las organizaciones destinadas a la acogida del AM y al respectivo personal responsable del cuidado. En la tarea de recabar los datos buscados también hallamos una realidad desatendida respecto a la organizaciones propiamente dichas, así es como esta producción tiene como finalidad presentar una mirada de lo que un Adulto Mayor encuentra como oferta Rio Galleguense para la acogida-residencia en un lugar distinto a su hogar, cuando su propio envejecimiento reclama un cuidado. La escasez de información sobre este asunto específicamente refiere a la ausencia de la empatía como virtud política más allá de la dificultad comunitaria de reflexionar sobre una situación irresoluble para el horizonte de pensamiento humano: la finitud de la vida, la propia existencia y la de los que nos anteceden.

Con el fin de que sea un alerta y un aporte para el necesario mejoramiento de la dinámica social y de la lábil situación (año 2015) que presenta la cuestión, es que este trabajo se presenta en 4 (cuatro) secciones, el desarrollo consta de 4(cuatro) sub-secciones y le siguen las secciones de consideraciones finales, agradecimientos y bibliografía referenciada.

1. DESARROLLO

1. 1 Nuestro Envejecimiento

El envejecimiento del ser humano es una realidad potencial e innata presente en su ciclo vital desde el inicio mismo hasta su muerte. Cada cultura intenta permanentemente encontrar su propio significado de envejecimiento desde el contexto en el que se encuentre. Ramírez Mariela, indica sobre la etimología de la palabra vejez la que es derivada de viejo, que procede del latín, vetus, vetulusm, vetusto o antiguo. (Ramírez, 2008). En algunas culturas la persona anciana es vista como un ser portador de experiencia y sabiduría, sin embargo en otras, como la cultura occidental post-moderna, surgen estereotipos negativos que se basan en la fragilidad y el deterioro biológico e incluso llegan a asociar la vejez a enfermedad (Barreras Paz, 2011).

Según Herrera y Rubio lo primero que tenemos que diferenciar en el camino del envejecimiento es entre lo normal y lo patológico. El envejecimiento normal sería que se cuente con una independencia funcional y una capacidad cognitiva en un contexto de fragilidad y vulnerabilidad. (Herrera y Rubio, 2011).

Barreras Paz refiere que, para las ciencias sociales y del comportamiento, el envejecimiento es un proceso más de desarrollo, mientras que desde un enfoque biológico, el envejecimiento hace alusión a un proceso de pérdidas y declinación que acontecen en la última etapa de la vida. (Barreras Paz, 2011).

En la contribución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, Madrid, España, Abril de 2002, se reconoce que el envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también es uno de los mayores retos para que los individuos y las poblaciones vivan

activamente a medida que envejeczan. La OMS adoptó el término *envejecimiento activo* con el objetivo de transmitir un mensaje más amplio que el envejecimiento saludable.

Este organismo internacional además de sostener que los países podrán afrontar el envejecimiento si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil, promulgan y promocionan políticas y programas de envejecimiento activo que aporten bienestar a los ciudadanos de edad, enfatiza que en los países en vías de desarrollo las medidas para ayudar a que las personas ancianas sigan sanas y activas son, más que un lujo, una auténtica necesidad.

Desde esta perspectiva ha definido al *envejecimiento activo* como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. Este paradigma, está planteado en la necesidad de permitir a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades. En otro sentido el término *activo* hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas y culturales, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. (OMS-OPS, 2002).

En esta misma línea, Oddone refiere a la noción *activo* con una implicación también espiritual y emocional, concreta y diferencial, no generalizada. No es la actividad per-se la responsable de la satisfacción vital, más allá de la formalidad o la productividad, lo que juega es la calidad en relación al sentido que esa actividad posee para el sujeto. El ideal de la vejez activa no es una directa prolongación de la edad mediana, es algo distintivo de la última etapa de la vida que requiere de una conciencia actitudinal. A su vez complementa que mantener la autonomía como capacidad funcional aparece como uno de los factores claves que posibilita una buena vivencia de la vejez y en el que interviene el entorno como determinante. (Oddone M.J, 2013).

Otros autores hacen mención al *envejecimiento exitoso*. Este término fue propuesto inicialmente por Havighurst en 1961 especialmente como un término relativamente holístico. Este autor manifiesta que en la actualidad continúa siendo un concepto difícil de delimitar, particularmente por su naturaleza multidimensional y polisémica.

La vejez con éxito puede definirse como el entrecruce de la salud (o ausencia de enfermedad) y la habilidad funcional (o ausencia de discapacidad extrema), del óptimo funcionamiento cognitivo y físico y de un alto compromiso con la vida. (Rowe y Khan, 1997, en Pajares 2003). Esta definición supone que los seres humanos tienen la oportunidad de modificar estilos de vida en forma positiva a lo largo de la vida y esto le podría ayudar a envejecer bien. En cuanto al funcionamiento cognitivo, los mejores predictores de una vejez exitosa son la educación, el nivel de actividad fuera del hogar, la autoeficacia (creencia en las propias capacidades) y el potencial de aprendizaje. En cuanto al funcionamiento físico, más allá de la genética, existen centenas de investigaciones que han puesto de relieve, en la última década, la relación entre el no- sedentarismo con el envejecimiento exitoso. El compromiso con la vida se relaciona por llevar una vida con vinculación afectiva y social, es fundamental para la autoestima tener sentimientos de pertenencia y utilidad (Wheeler, Gorey y Grenblatt, 1998).

Vale señalar que M.J Oddone ha advertido de la ausencia de los sujetos muy envejecidos y de los económicamente más débiles en estos modelos de envejecimiento activo y envejecimiento exitoso. (Oddone M.J, 2013).

Otras autoras como Engler y Peláez, referencian al término envejecimiento exitoso, en la que destacan vivir con “dignidad y autonomía”. Ambas concepciones indican dos principios éticos fundamentales. La dignidad humana es el derecho que tiene cada ser humano de ser respetado y valorado como ser individual y social. La autonomía, el principio más radical/liberal de todos, pone énfasis en la libertad de todo ser humano a la toma de decisiones. (Engler y Peláez, 2002). Inmersa en el marco de la propuesta hacia el envejecimiento activo y exitoso se encuentra la conceptualización del envejecimiento con derechos, que intenta que las personas mayores tengan la certeza que sus derechos no se pierden con los años, no se pierden con la pobreza y no se pierden con la enfermedad. Huenchuan y Morlachetti (2005) refieren que los derechos humanos son indivisibles e interdependientes, por lo que debe prestarse la misma atención y darse la misma urgencia a los derechos económicos, sociales y culturales que a los derechos civiles y políticos. A su vez, los derechos humanos son universales e inherentes a todas las personas, incluidas las personas ancianas.

El envejecimiento de la población es un desafío para el cumplimiento de los compromisos Internacionales sobre derechos humanos para el propio Estado. Es el Estado quien debe actuar como garante de esos derechos sociales, debe tutelarlos, protegerlos y resguardarlos a través de las políticas públicas. Durante la Asamblea Mundial de Envejecimiento (Madrid, 2002) se redactó el Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento delineando recomendaciones para la adopción de medidas en tres direcciones prioritarias:

a) Las personas de edad y el desarrollo:

Una sociedad para todas las edades incluye el objetivo de que las personas de edad tengan la oportunidad de seguir con una participación activa en la sociedad y en el proceso de desarrollo, compartiendo también los beneficios que reporte. La idea es aplicar estrategias múltiples de reforma para eliminar los factores excluyentes y/o discriminatorios en contra de esas personas.

b) El fomento de la salud y el bienestar en la vejez:

Aquí se plantea adoptar medidas para disminuir el riesgo a enfermedades y dependencias en la vejez a través de la reducción de los efectos acumulativos de los factores de riesgo, del acceso universal y equitativo a los servicios de atención de la salud integral, y del acceso de todas las personas de edad a un sistema de asistencia profesional para satisfacer sus necesidades especiales.

c) La creación de un entorno propicio y favorable:

Se trata de garantizar un entorno social sin maltrato ni abandono y promover la adaptación del entorno físico y del mercado para facilitar el desempeño independiente y la promoción de una imagen positiva en la vejez.

1.2 Nuestro Panorama Estatal

Según la inferencia del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo a partir de los datos del último censo (INDEC, 2010) en nuestro país, para 2050, la Esperanza de Vida se estima en 80-82 años. La misma fuente indica para nuestra provincia que el crecimiento del número de personas mayores de 60 años ubica a Santa Cruz en un lugar notable, la representación del 8,03% de la población provincial en 2010 se elevaría al 15,33% en 2040, significando un crecimiento del 90% en el periodo de 30 años (ver Tabla N°1). En consecuencia, en un contexto de envejecimiento, la articulación de capacidades técnicas y económicas del Estado y sus instrumentos jurídicos y de política se transforma en un elemento esencial para garantizar una vejez digna y segura (Huenchuan S, 2005).

SANTA CRUZ	Tot población	60-74 años	75-89 años	90 y + años	Tot AM
2010	275.452	16.977 6,16%	4.863 1,77%	270 0,10%	22.110 8,03%
2040	547.960	60.440 11,03%	21.112 3,85%	2.491 0,45%	84.043 15,33%
Crecimiento porcentual		79%	117%	450%	90%

Tabla N°1- Proyecciones de población por grupo de edad 2010-2040 Fuente: INDEC

Es en esta articulación donde las políticas públicas gerontológicas cobran relevancia para garantizar calidad de vida a los AM, fijando desde el Estado prioridades orientadas a la acción y con el fin de dar respuesta a problemas públicos identificados. En Argentina estas políticas se plantean como socio-sanitarias y como políticas sociales.

Las implicancias económicas y sociales de gran alcance del envejecimiento global durante este siglo están siendo reconocidas centrandolo en la crisis que representa ese envejecimiento en lugar de centrar el enfoque en el reto del envejecimiento mismo; el desarrollo de políticas que tomen en cuenta este cambiante equilibrio demográfico, es clave para que los pueblos puedan garantizar la calidad de vida de sus AM, entendiendo *calidad de vida* según lo expresa Dorsch (1985) como el criterio a través del cual se juzga en qué medida las circunstancias de la vida aparecen como satisfactorias o insatisfactorias y necesitadas de mejora.

La ejecución de las políticas es llevada a cabo por los Ministerios Nacionales de Salud y de Desarrollo Social, estructuras que se replican con características similares, aunque poco efectivas, a nivel provincial en Santa Cruz y con características por demás simplificadas en el Municipio de Rio Gallegos.

El Ministerio de Salud de la Nación ofrece un sistema de salud público y universal, que incluye a obras sociales, brindando servicios para la población mayor. A través de programas como el de Envejecimiento Activo “ProNEAS” realiza el abordaje de la salud, articulando acciones dirigidas a las personas mayores, de cara a establecer un modelo de salud integral que mejore su calidad de vida desde el enfoque del envejecimiento activo y saludable.

Así mismo, promueve – teóricamente - la capacitación de recursos humanos en salud en temas de envejecimiento, gerontología y geriatría. Impulsa acciones de información y comunicación con el fin de instalar el tema en la agenda pública y concientizar a la población en general. (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2007).

Otros programas pertinentes son el “Programa Federal de Salud (PROFE)”, el de Médicos Comunitarios y el Programa “Remediar”. El Programa de Posgrado de médicos comunitarios, dan cuenta de la formación de recurso humano a nivel nacional.

La Provincia de Santa Cruz ejecuta los Programas Nacionales de Salud y a su vez ofrece a través del Plan Estratégico de Salud Provincial líneas de acción destinadas al AM tales como salud bucal, salud mental, etc y acciones que incluyen la promoción, prevención y tratamiento de las patologías prevalentes, en el primer nivel de atención, y acciones integrales para la prevención de accidentes y tendientes a garantizar la cobertura completa de inmunizaciones. Por último, “*propone*” implementar un sistema de habilitación de instituciones públicas y privadas destinadas a la atención del AM. (En la actualidad se mantiene *ese* status de propuesta.)

Por su parte, el municipio de Río Gallegos cuenta con una estructura orientada a Salud y a Desarrollo Social Comunitario, con mayor peso de acción para el área de Niñez y Adolescencia. Para el AM; sólo cuenta con un Consejo Asesor Municipal (CoMuDAM), que se encuentra integrado por representantes de los centros de jubilados y otras organizaciones de AM de Río Gallegos, elegidos por el voto de los AM. Según consta en el Libro de Habilitaciones Comerciales, el municipio cuenta con una ordenanza que data del año 1991 y que fuera parcialmente modificada en el año 2004, en las cuales se reglamenta lo que llaman *geriátricos* conjuntamente con guarderías. (Ord 2038/1991 y Ord 5414/04) No se encontró documentación que defina otro albergue distinto al mencionado bajo la denominación de geriátrico ni tampoco registro alguno de los mismos.

Otros organismos que dan cobertura a los adultos mayores son las obras sociales; a nivel nacional, se encuentra el Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y pensionados (INSSJP), comúnmente conocido como el Programa de Atención Médica Integral (PAMI), es la principal obra social que atiende a 4,5 millones de AM en todo el país. En Santa Cruz brinda cobertura a 19332 afiliados adultos mayores y en Río Gallegos a 6653, que incluye a 126 veteranos de guerra. (PAMI.2015). Las acciones son llevadas a cabo en coordinación con la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), el Ministerio de Desarrollo Social y las Universidades, y en Río Gallegos, en particular, con la Universidad Nacional de la Patagonia Austral (UNPA).

A nivel provincial, es la Caja de Servicios Sociales, la obra social que incluye entre sus beneficiarios a los Adultos Mayores jubilados, brindando servicios sanitarios con cobertura médica y de farmacia, entre otros.

El otro ministerio que da cuenta de la ejecución de las políticas públicas sociales es el de Desarrollo Social de la Nación. Desde la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores que depende de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, tiene a su cargo la identificación de las necesidades específicas de los AM a través del Consejo Federal de Adultos Mayores. Es este Consejo Federal de Mayores el organismo que nuclea y articula la implementación de las acciones específicas, mientras que el Registro Nacional de Organizaciones de Adultos Mayores (RENOAM) funciona como un espacio de comunicación, de articulación y de consulta para las organizaciones de AM, organismos de gobierno y organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la temática del AM.

Las líneas de acción del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación están orientadas por un lado a la formación y capacitación en atención y cuidados de los AM a través del programa “Cuidadores Domiciliarios” y la Carrera de Especialización en Gerontología Comunitaria e

Institucional; y por otro lado a resignificar la experiencia en el marco Programa “La experiencia cuenta”, a visibilizar las relaciones intergeneracionales con el “Programa de Promoción del Buen Trato hacia los AM” y a la inclusión a través de programas educativos, como el UPAMI (Universidad + PAMI). La Universidad Nacional de la Patagonia Austral llevó a cabo actividades UPAMI por convenio y en Rio Gallegos los talleres se desarrollaron en el campus de la Unidad Académica (2015).

Por su parte, el Ministerio de Desarrollo de la Provincia de Santa Cruz ejecuta líneas de acción de nivel nacional, con impacto local que se evidencia como deficiente al no visualizarse como mejora en la calidad de vida de los AM.

Es importante destacar que existe cobertura a nivel legislativo, a través de la Ley 2669 promulgada mediante decreto N° 170/03 y reglamentada por decreto N° 1983/15 expresa en sus articulados, entre otros, que es responsabilidad del gobierno provincial velar por el adecuado funcionamiento no solo de los programas de atención, sino de los hogares de estadía permanente, así como también la capacitación del personal que desde diferentes ámbitos atiende a los AM.

Por otra parte la Ley provincial n° 2912 *aún sin reglamentar* (Sanción: 24/09/2006; Publicación en el Boletín Oficial 26/09/2006), establece el marco regulatorio para el funcionamiento de los establecimientos residenciales para AM, y cualquier otro servicio destinado a la población AM, especificando que es competencia del Ministerio de Asuntos Sociales, hoy Ministerio de Desarrollo Social, la fiscalización y aplicación de los registro de estos establecimientos y su funcionamiento en referencia a la calidad de los servicios que brinden.

1.3 Nuestro Cuidado Enfermero

Para mantener y recuperar estados de bienestar de una población en todo su recorrido vital, el rol estratégico del cuidado le compete a la Enfermería. Garcia y Martinez (2001) afirman *que el saber enfermero se configura como un conjunto riguroso y sistemático de conocimientos sobre una materia concreta de la ciencia: el cuidado, el cual constituye la función propia de la profesión*. El profesional de enfermería está en la primera línea del fomento de la salud y la prevención de enfermedades, es clave en la educación sanitaria, genera nuevos conocimientos que impactan en la práctica, gestiona servicios y programas de cuidados individuales y comunitarios.

Según Cenith Cabarcas Rodriguez (2012) la gestión del cuidado es fundamental para el control de la calidad y la productividad de la enfermería, por lo que gestionar ese cuidado implicaría no solo la construcción permanente de un lenguaje enfermero, sino también su posicionamiento en las organizaciones sociales y de salud, según lo expresan Silvina Málvarez y María Consuelo Catrillón (2005).

Al momento de brindar el cuidado es la formación la que adquiere relevancia para garantizar la seguridad y calidad del cuidado. La adquisición de competencias educativas y disciplinares (conocimiento, habilidades y actitudes) confieren las herramientas para un cuidado de calidad en los diferentes campos de la enfermería: clínica, docencia, gestión e investigación. Entendiendo además que la implementación de un cuidado de calidad no solo depende de la enfermera sino de la capacidad instalada que tiene la organización de salud, según lo refiere Ayala (2011).

En Argentina desde varias décadas se incrementa la demanda del recurso humano enfermero formado, datos del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud en el año 2010 dan cuenta de 3,8 enfermera/os cada 1.000 habitantes; en tanto, para el mismo año la recomendación de la OMS es de 8 por 1000 habitantes (OMS, 2010).

El informe anual 2014-15 del mismo Observatorio de Recursos Humanos en Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, da cuenta del aumento de esa relación a 4,24 cada 1000 habitantes y destaca que el 51,5% tiene calificación profesional, lo cual es un avance importante de los últimos 10 años, ya que anteriormente predominaban los auxiliares de enfermería.

En Santa Cruz esa relación es de 4 cada 1000 habitantes. La formación de profesionales en Enfermería en Santa Cruz, la realiza la Universidad Nacional de la Patagonia Austral a través de sus distintas sedes. La Unidad Académica Río Gallegos ofrece titulación universitaria no solo de pre-grado sino también de grado con la Licenciatura en Enfermería.

Datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Cruz (2014), dan cuenta del total del personal de enfermería existente. En la Tabla N° 2 se representa en forma comparativa ese número y el de la localidad de Río Gallegos.

La Enfermería es una profesión en crecimiento y desarrollo, con estatus de disciplina científica trans-disciplinar, e interviene no solo en el campo de la salud sino en el de las ciencias sociales. Es posible pensarla como la ciencia, el arte, la filosofía, la ética y la política del cuidado humano, que se organiza y expresa socialmente con identidad singular, en un complejo campo de conocimientos, un campo de intervención y un campo de responsabilidad social propios que constituyen su identidad profesional. El objeto de su estudio e intervención es el cuidado humano en cuanto implicado en la constitución, vivencia, desarrollo, protección y recuperación de la salud; dentro de un contexto social político económico y cultural, que incluye a la familia, a los grupos, a las comunidades y a la sociedad.

Formación	Santa Cruz	Río Gallegos	
		Abs	Relativ
Licenciado en Enfermería	43	17	40%
Enfermeros	585	216	37%
Auxiliares de enfermería	504	180	35%
Total	1.132	413	36%

Tabla N° 2: Total de personal de Enfermería por formación en Provincia de Santa Cruz y Río Gallegos
- Fuente: Dirección de Enfermería MS.2014

Los profesionales de Enfermería planifican los cuidados desde diferentes modelos de envejecimiento por lo que permanecer en formación continua se constituye en una de las mayores responsabilidades. Su propósito último es estimular la autonomía y la independencia, en cualquier espacio que se encuentre, hogares familiares, centros, residencia, etc (Quintero Osorio, 2011).

Es relevante considerar que la diversidad cultural es un fenómeno peculiar de Río Gallegos y en los últimos 15 años presenta una expansión exponencial. Según se desprende del informe oficial INDEC 2010, en el plano de la migración interna la población residente oriunda de otras provincias alcanza el 43,8% de la población de Santa Cruz, con notable aumento de catamarqueños, formoseños, salteños y litoraleños. (Además, se mantiene la histórica residencia proveniente del sur chileno.) Emanan así la necesidad de cuidados sanitarios, cultural y lingüísticamente competentes para las distintas poblaciones, situación que está inquietando a los profesionales sanitarios y muy especialmente a aquellos que se dedican al cuidado del AM. Considerando esta diversidad cultural surgente, al planificar las acciones el profesional de enfermería local debe partir de la comprensión de las herencias etno-culturales y de las trayectorias vitales de las personas involucradas en la triada de cuidados culturales. Esta triada está compuesta por tres poblaciones: el profesional de enfermería, el paciente y el cuidador directo, cada uno de estos componentes influye en el área de asistencia al paciente de diversas formas.

El apoyo familiar continua siendo la forma de estrategia de supervivencia más utilizada por los adultos mayores, pero los cambios económicos y demográficos han tenido un efecto profundo en las estructuras familiares, la sociedad actual se enfrenta a un fenómeno de transformación de la familia, y con ella al declive estructural de la mano de obra para el cuidado de los AM.

1.4 La oferta de Río Gallegos

Qué sucede en Río Gallegos con los adultos cuando por su vejez pasan a ser un problema de convivencia dentro de su contexto familiar o careciendo de ese sostén familiar se han constituido en adultos mayores sin autonomía suficiente como para vivir solos diariamente? Es un tema tabú en Río Gallegos? Nos encontramos con un conglomerado heterogéneo de AM con diferencias en torno a la procedencia geográfica y social, de género, con múltiples experiencias subjetivas y personales dentro de nuestra estructura social buscando cobijo y cuidados de calidad. Desidia, indiferencia? Quién, quienes?

Un dato a tener en cuenta (Regazzoni, 2011) es que la vida después de los 65 es más corta en nuestra provincia. La mortalidad entre 65 y 74 años en el año 2008, muestra que mientras en ese rango de edades morían 19,6 por mil habitantes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en Santa Cruz 28 cada mil.

Referimos a organizaciones para dar acogida al AM en la Ciudad de Río Gallegos, como ha sido mencionado, implica acudir a sus Ordenanzas Municipales (ver Fig 3) en las que sólo y únicamente define a un tipo de organización y se hace como *geriátrico*: "...local destinado a hospedaje prolongado con comidas básicamente equilibradas y calóricamente suficientes, a la vez que con una efectiva y periódica vigilancia médica, acorde con una asistencia no sanatorial, a más de 5 cinco personas ancianas de uno o ambos sexos..." Esta norma convive con la Ley provincial 2912 (ver Fig 2), hasta ahora no reglamentada, en una pasmosa incoherencia.

Es vox populi, por lo tanto sabido por la mayoría de la comunidad, que en la ciudad funcionan "hogares", rótulo popular para organizaciones que no encuentran reglamentación a la cual ajustarse. En el trabajo de campo realizado se han visitado unos 15 (quince) hogares. Si excluimos al Hogar de Ancianos Dr Braulio Zumalacarregui (capacidad aprox 35), institución dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y el Falucho (capacidad aprox 18), dependiente del Ministerio de Salud, ambos establecimientos con cobertura para todo el territorio provincial, el resto se trata de pequeños establecimientos constituidos para el asilo,

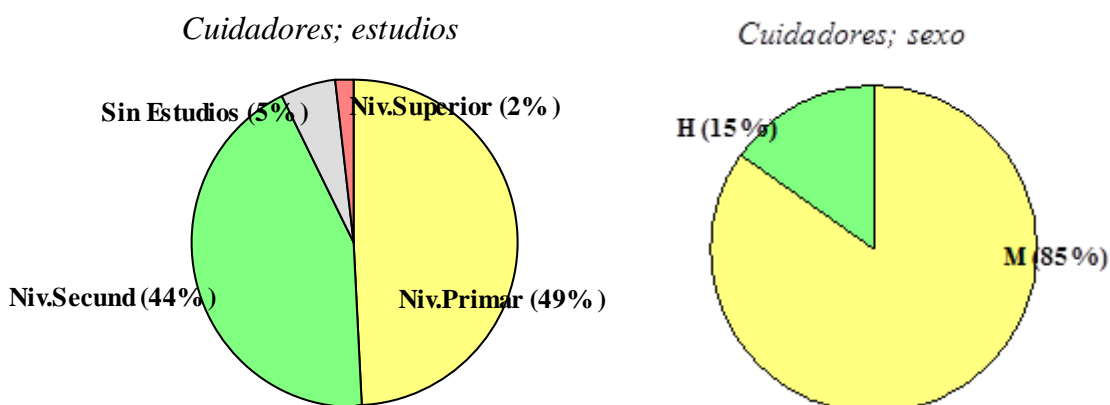
es decir, como casa particular sin servicios adicionales, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores en la mayoría de los casos con determinado grado de dependencia. Están los hogares que cuentan con subvención del Gobierno Provincial y los íntegramente privados. Estas organizaciones son lo emergente por una demanda frente a un vacío estatal, social y legal. La mayoría de los hogares visitados se muestran aceptando a la vejez como un momento de la vida despojante y de cercanía al fin de la existencia humana.

El difícil acceso a estos *hogares* se debe a, en primer lugar, la inexistencia de un registro formal y hasta de un “simple listado” de público conocimiento. Instituciones estatales nacionales y provinciales expresan que manejan datos de boca en boca, no se encuentran fuentes formales y confiables de información. Los datos se consiguen a través de relaciones interpersonales con informantes claves, a veces con demora y poca precisión, otras con certeza y mucha cautela. Como una implicación lógica de esta falta de datos formales es que la identificación domiciliaria también es muy complicada. Vale señalar que la ausencia de Habilitación Municipal está acompañada, como ya fue señalado, por la inexistencia de la figura *hogar* en los instrumentos legales de la comuna. La situación expuesta constituye un “modus vivendi interaccional” (Goffman, 2004), pues los actores contribuyen a una sola definición de la situación que no implica un acuerdo real de lo que existe sino un acuerdo real de las demandas temporalmente aceptadas.

El trabajo de campo, esencialmente exploratorio, fue desarrollado entre el mes de mayo y el mes de agosto del 2015 y además de las visitas durante las cuales se percibió el displacer a brindar información por temor al control, incluyó entrevistas con Informantes Claves especialistas en gerontología.

Al no contar con un registro sistematizado de “*hogares habilitados*”, el dato del número total de hogares funcionado, que se calcula en unos 30, es sólo una estimación sustentada en el saber popular. Si así fuera, hemos trabajado con una muestra que se aproxima al 43 % de la cobertura total.

Fig N° 1 – Hogares y cuidadores no-profesionales



El análisis de los datos recogidos a través de una encuesta semi-estructurada con el objetivo de relevar la realidad de la gestión del cuidado enfermero en la población adulta mayor - permite señalar (Fig 1 y Tabla 3) que, salvo excepciones, estos hogares, cuentan con *cuidadores no-profesionales* en su mayoría mujeres (85%), en un amplio rango de edad, desde los 21 años hasta los 65 y cuyo trabajo se mantiene como empleo no-formal en un 90% de los casos, con asignación de múltiples tareas abarcando, por ejemplo, limpieza del lugar, cocina, lavandería además de cuidar a un cierto número de AM. La media ronda en

2 cuidadores por establecimiento en turnos rotatorios. La falta de formación especializada en el cuidado del AM es evidente por lo que no sorprende haber detectado un déficit en la planificación y priorización de los cuidados. Sólo en el 23% de los hogares se registró algún personal estable con formación profesional de enfermería. En cuanto a los AM alojados, una media de 9 a 10 por hogar, se ha encontrado diversidad de tipologías conviviendo, sin definir los grados de autonomía / dependencia de acuerdo a escalas de actividades de la vida diaria (AVD) – Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Tabla N° 3 – Hogares, cuidadores y residentes

Cuidadores; edad

Variable	n	Media	D.E.	Mín	Máx
Edad	63	41,25	10,70	21,0	65,0

Cuidadores; cantidad

Variable	Media	D.E.	Mín	Máx
Cuid x establecimiento	2,2	1,31	1,00	5,00

Residentes en los Hogares

Variable	Media	D.E.	Mín	Máx
Residentes	9,58	2,78	5,00	14,00

Desde la perspectiva del cuidado enfermero, en relación a la seguridad del objeto del cuidado, en esta caso los AM, se identificaron deficiencias y fallas. Éstas visibilizadas en las condiciones de seguridad y/o accesibilidad en los estándares de higiene, estructura edilicia, aspectos nutricionales, recreación/socialización, y en el cuidado mismo.

Es la falta de regulación municipal en la constitución de las organizaciones para el asilo de los AM, en su creación, seguimiento y control el componente principal de las causas de esta realidad en las que se han encontrado AM en alto grado de vulnerabilidad. Es evidente que no se manifiestan efectos que darían cuenta del cumplimiento de las leyes provinciales 2669/03 y 2912/06 que deberían garantizar el adecuado funcionamiento de los hogares en su variedad.

LEY N° 2912

*El Poder Legislativo de la Provincia de Santa Cruz
Sanciona con Fuerza de:*

LEY**MARCO REGULATORIO PARA EL FUNCIONAMIENTO
DE LOS ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES PARA ADULTOS MAYORES**

Artículo 1.- Objeto Ámbito de Aplicación: el objeto de la presente norma es regular la actividad de los establecimientos residenciales y otros servicios de atención gerontológico, que brindan o brinden prestaciones en la Provincia de Santa Cruz.

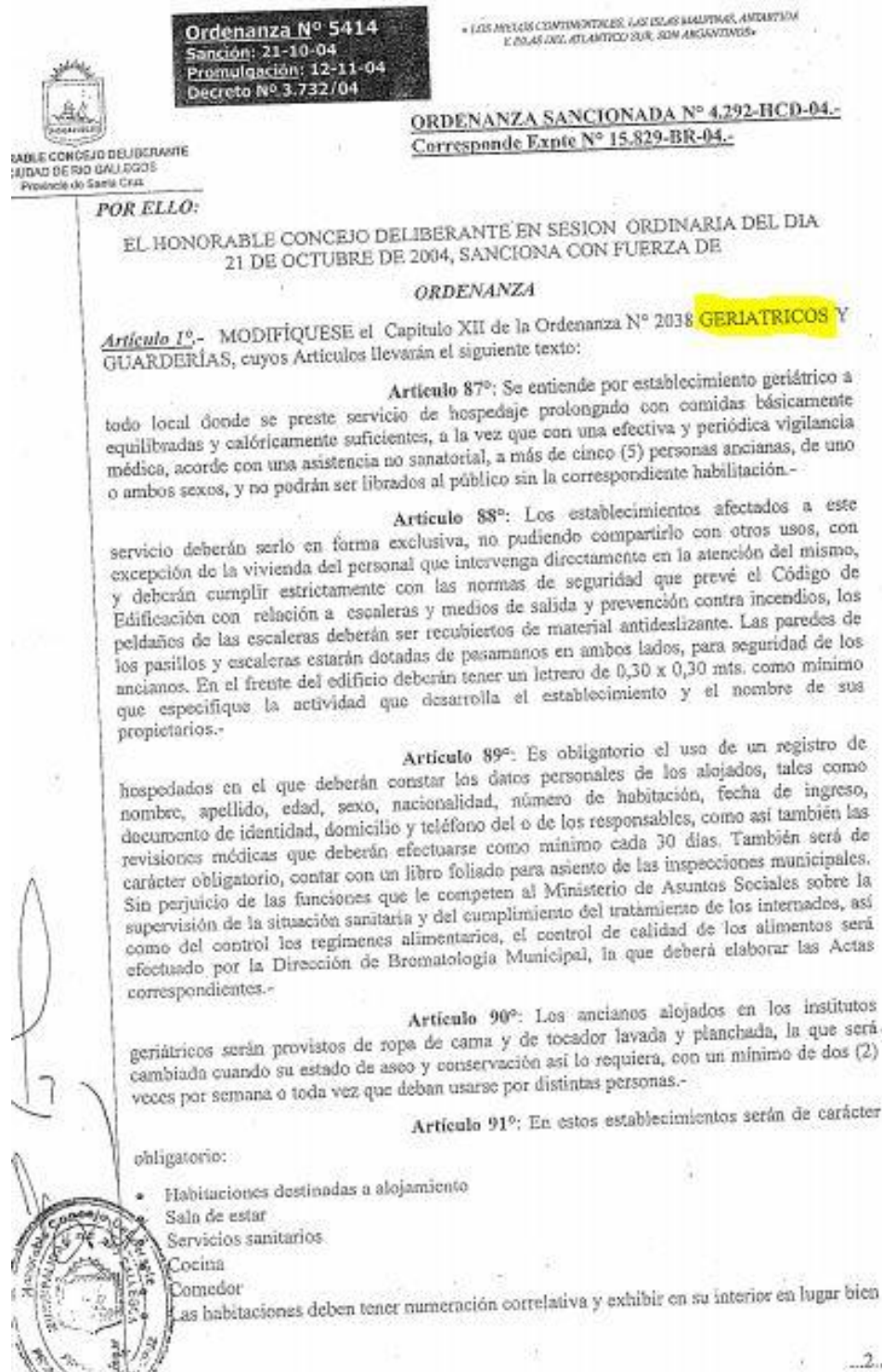
Artículo 2.- Los establecimientos mencionados en el artículo anterior se someterán a la fiscalización de las autoridades del gobierno provincial a través del Ministerio de Asuntos Sociales, en cuanto al cumplimiento de las disposiciones contenidas en los artículos de la presente Ley, el cual a su vez, deberá llevar un registro de las entidades habilitadas a nivel provincial, con los datos relacionados a: domicilio, nombre o razón social, autoridades, clasificación y cantidad de camas habilitadas para prestar el servicio.

Artículo 3.- Derechos de las Personas: la presente Ley reconoce derechos específicos a las personas que viven en residencias u hogares:

Fig N° 2 – Fragmentos de la Ley Pcial 2912



Fig N°3 – Fragmento de la Ordenanza 5414



2. CONSIDERACIONES FINALES

Tras el análisis reflexivo del impacto del envejecimiento demográfico, y la respuesta a las demandas de acogida y cuidado de los adultos mayores en Río Gallegos, inferimos que los hogares existentes surgen en respuesta a una demanda demográfica, emergentes en un

contexto de apatía y profundo vacío social y estatal convirtiéndose en una actividad lucrativa clandestina a las que las personas acuden sin margen de otra opción. La precarización laboral y la falta de políticas de capacitación para el cuidado de los AM, son también efectos del mismo contexto. Observamos una sociedad absorta en sus tiempos y circunstancias con objetivos individualistas, que no está mirando como sujetos dignos de derechos a sus progenitores a pesar de tener como meta la propia longevidad. En una comunidad que funciona sin aceptar el envejecimiento vale unirse al interrogante de varios pensadores: *Es posible, aquí y ahora, ser viejo y ser humano a la vez?*

El instrumento utilizado, constó de dos partes, una destinada a identificar la organización, otra exclusiva para el personal responsable del cuidado. Los datos se procesaron con el software InfoStat. Licencia 2015.

Como un aporte para el necesario mejoramiento de la dinámica social y de la lábil situación de los AM en Río Gallegos es que aparecen como recomendaciones los siguientes ítems, ordenados en dos grandes grupos según los actores involucrados para su aplicación:

Político – Social:

- Exhortar a la Cámara de Diputados provincial la pronta reglamentación de la Ley N°2.912 que contiene un marco regulatorio para el funcionamiento de los establecimientos residenciales para Adultos Mayores, aprobada hace 10 años.
- Reclamar la readecuación de las normativas municipales vigentes según las clasificaciones de los establecimientos para la residencia de AM que se definen a nivel provincial y nacional.
- Peticionar al Estado –municipal y provincial- cumpla sus funciones de asistencia y contralor correspondientes.
- Proponer que los estamentos gubernamentales pertinentes, diseñen y ofrezcan créditos blandos y/o subsidios especiales para la adecuación de las estructuras edilicias de los actuales hogares y la capacitación de personal para el gerenciamiento específico.
- Proponer el lanzamiento de una línea crediticia innovadora que ofrezca conjuntamente con la financiación monetaria para futuros establecimientos, asesoramiento especializado en arquitectura segura y accesible, y capacitación básica en gerenciamiento específico.
- Instar a la adhesión de la Ley Nacional 24.004 de Ejercicio Profesional de la Enfermería en la Provincia de Santa Cruz
- Incentivar a la sociedad a participar activamente en el rol de custodio de los derechos y de la dignidad de sus ancianos

Socio– Educativo:

- Afianzar el rol de la Escuela de Enfermería y del Instituto de Salud e Interacción Socio Comunitaria, UARG-UNPA, como formador de recursos humanos, generador de conocimiento y agente potencializador de bienestar social
- Divulgar y Facilitar las instancias de formación y capacitación de los recursos humanos en gerontología.

- Promover desde el Instituto de Salud e Interacción Sociocomunitaria (ISISC) de la Unidad Académica Río Gallegos, la coordinación de los estamentos relacionados al cuidado de los AM; ONG, Ministerio de Salud, Desarrollo Social, Secretaria de Turismo, Consejo de educación, Municipio, PAMI, otras Obras sociales, etc, para optimizar eficientemente las políticas en pos de la calidad de vida de los AM.
- Promover desde la Escuela de Enfermería de la Unidad Académica Río Gallegos, las relaciones inter- generacionales a través de la vinculación de los estudiantes de con los AM, de modo tal que les provea estados de placer y motivación, evitando el aislamiento.

3. AGRADECIMIENTOS

Gracias a cada uno de los encuestados /as por la valiosa información.

A los informantes claves.

A la Unidad Académica Río Gallegos de la UNPA

4. BIBLIOGRAFIA

- ALVARADO GARCIA M & Salazar Maya A (2014) – Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos vol.25 no.2 [consulta abril 2014] <http://scielo.isciii.es/>
- AYALA R, Torres M.C y Calvo M.J. (2014) – Gestión del cuidado en enfermería. (Capítulo 6, Niveles de planificación en la gestión del cuidado). Capítulo 2. Gestión del cuidado: ¿paradigma y concepto nuclear de la disciplina de enfermería? – Abdul Hernández, Erika Caballero. Editorial Mediterraneo Ltda. Santiago de Chile.
- BARRERAS PAZ, L. (2011) – La salud de los adultos mayores. Una visión compartida. Segunda edición. Washington, D.C.: OPS.
- BEARE G. P y Myers L.J. (1995) - Tratado de enfermería mosby. [4 tomos.] Cap 1. Principios de la asistencia de enfermería para adultos. Editorial Oriente. S.A. España.
- BILLOUD Lucía (2015) -La vejez institucionalizada: abordajes teóricos y metodológicos. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires [disponible en] <http://cdsa.aacademica.org/000-061/1094.pdf>
- CEPAL (2010) – El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para America Latina y el Caribe. [consulta marzo 2014- octubre 2015] <http://repositorio.cepal.org/>
- ENGLER T y Peláez M. (2002) – Más vale por viejo: Lecciones de longevidad de un estudio en el cono sur. Banco Interamericano de Desarrollo, OPS. ISBN 1931003297 / 9781931003292
- GARCÍA FÉREZ J. (2003) – Bioética y Personas Mayores. Madrid. IMSERSO, CSIC <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/garcia-bioetica-01.pdf> [consulta julio 2015]
- GARCÍA Martín-Caro y Martínez Martín, M.L. (2001) – Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Elsevier, Madrid
- GOFFMAN E. (2004) - La presentación de la persona en la vida cotidiana, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- HERRERA R. R y Rubio R. L. (2011) – El envejecimiento exitoso en el adulto mayor. Algunos indicadores europeos. Cap. 2 “La Salud de los adultos mayores. Una visión compartida” Segunda ed. OPS

- HUENCHUAN S y Morlachetti A. (2006) – Derechos sociales y envejecimiento: modalidades perspectivas de respeto y garantía en América Latina. CELADE-CEPAL. Reunión de expertos sobre población, desigualdades y derechos, Chile. [disponible en] <http://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/huenchuans.pdf>
- LUDI, M. d C. (2005) –Envejecer en un contexto de desprotección social. Claves problemáticas para pensar la intervención social. Ed Espacio, Buenos Aires, ISBN: 9789508022141
- MALVÁREZ Silvina et al. (2011) – Enfermería y seguridad de los pacientes. OPS | OMS. paltex@arg.ops-oms.org
- MINISTERIO de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, (2011) –Personas Adultas Mayores y Derechos Humanos. Serie Normas y Acciones en un Estado de Derecho [disponible en] http://www.jus.gov.ar/media/1129050/05-dhpt-adultos_mayores.pdf
- OBSERVATORIO Federal de Recursos Humanos en Salud, (2015) - Recursos Humanos de Salud en Argentina 2015, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación [disponible en] http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/
- ODDONE M.J, (2013) –Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo. Madrid, Informes Envejecimiento en red, n° 4. [disponible en] <http://envejecimiento.csic.es/>
- OMS-OPS, (2002) – Envejecimiento Activo: Un marco político Programa de Envejecimiento y Ciclo de Vida. Madrid: Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento. [consulta agosto 2014] www.un.org/es/comun/docs/
- OMS, (2002) - Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Texto traducido por el Dr. Pedro J. Regalado
- OMS, (2010) - Estadísticas Sanitarias Mundiales. ISBN 978 92 4 356398 5 [disponible en] www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf
- ONU, (2002) - Declaración Política y Plan de acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. España. [disponible en] <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- PAJARES R. P, (2003) – El envejecimiento desde la perspectiva de atención primaria. JANO. EXTRA. Vol. LXIV N° 1.474
- PRONEAS, (2007) -Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. [consulta marzo 2014] <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/programas/proneas>.
- QUINTANILLA Martínez M, (2010)- Cuidados Integrales de Enfermería Gerontogeriatricas. Ed. Monsa/Prayma, pp 433-445
- QUINTERO Osorio Marialcira (2011) –La Salud de los adultos mayores. Una visión compartida. Cap. 3, Cuidados y cuidadores. OPS. ISBN 978-927533250-4
- RAMÍREZ M. N, (2008). – Calidad de vida en la tercera Edad ¿Una población subestimada por ellos y por su entorno? Tesis. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional de Cuyo.
- REGALADO D, P. J, (2002) -Envejecimiento. Rev. Esp Geriátrica Gerontología; 37(S2):74-105 75
- REGAZZONI C, (2011) -La Argentina y el Envejecimiento Poblacional. Connotaciones estratégicas para la educación, la economía y el desarrollo. CAEI (Centro Argentino de Estudios internacionales). BA
- RODRIGUEZ Cabarcas Cenith, (2012) - Significado de la Experiencia de la Gestión del Cuidado. Maestría en Enfermería con Énfasis en Gerencia del Cuidado para la Salud. Universidad Nacional de Colombia. [disponible en] <http://www.bdigital.unal.edu.co/>

- RUBIO HERRERA, R. Sanchez Hernandez, M. (2008)- Introducción a la Gerontología, Cap 1. Maestría en gerontología Social. FUNIBER
- SANCHEZ HERNÁNDEZ M, Rubio Herrera R, (2008)- Datos epidemiológicos, Cap 2. Modulo Introducción la gerontología. Maestría en gerontología Social. FUNIBER
- SIMONETTI G, Enrici A. (2011) – Condiciones de vida. Representaciones sociales en la salud mental desde la perspectiva de género. El caso de las mujeres residentes en Santa Cruz. UNPA Edita. Rio Gallegos.
- TORRADO Susana, (2004) – Argentina: Escenarios Demográficos hacia 2025, CONICET, Informe preparado para el Programa de Estudios Prospectivos de la Secretaria para la Ciencia, la Tecnología y la Innovación Productiva.
- WHEELER JA, Gorey KM, Grenblatt B, 1998 – The beneficial effects of volunteering for older volunteers and the people they serve: a meta-analysis. International Journal of Aging and Human Develop, 47, 69-79

Otras Páginas web consultadas

- Página oficial del Ministerio de Salud de la Nación Argentina
[consulta 2014-2015-2016] <http://www.msal.gov.ar>
- Página oficial del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Argentina
[consulta 2015-2016] <http://www.desarrollosocial.gov.ar/>
- Página oficial del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
[consulta mayo 2015- marzo2016] <http://www.pami.org.ar/>
http://www.pami.org.ar/bot_servicios_prest_soc_resid_geriatr.php
- Página oficial de la Universidad Nacional de la Patagonia Austral
[consulta 2015] <http://www.unpa.edu.ar>
- Página oficial del Gobierno de la Provincia de Santa Cruz
[consulta 2015-2016] <http://www.santacruz.gov.ar>
- Observatorio de Recursos Humanos en Salud | Ministerio de Salud
[consulta sept 2014] <http://www.msal.gob.ar/observatorio/>
- Bureau de salud
[consulta nov 2015] <http://bureaudesalud.com/v2/>

Software Utilizado

- InfoStat . Licencia. Versión 2015.
Di Rienzo J.A., Casanoves F., Balzarini M.G., Gonzalez L., Tablada M., Robledo C.W.
Grupo InfoStat, FCA, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. URL
<http://www.infostat.com.ar>