



**MAESTRIA EN DISEÑO Y GESTION DE POLITICAS Y
PROGRAMAS SOCIALES**

La atención de los adultos mayores en la Comunidad Judía

Argentina

Tesista: Abramovich, Gonzalo

Directora: Doctora Nélide Redondo

Año: 2011

La Atención de los Adultos Mayores en la Comunidad Judía

Argentina

Prólogo

La experiencia de la comunidad judía de más de cien años de trabajo en el campo social sumada al aporte de otras colectividades, como la española, la italiana o la francesa, que trajeron a nuestro país modelos solidarios de atención y crearon entre otras, organizaciones sin fines de lucro, sociedades de socorros mutuos, cooperativas, mutuales, sociedades de fomento y clubes, conformaron un acervo corporativo que contribuyó de manera fundamental a la construcción de la institucionalidad social de la Argentina moderna.

El objetivo de este estudio de tesis fue conocer, con un enfoque comprensivo, el conjunto de los programas y los servicios de asistencia social destinados a las personas mayores desarrollado por la comunidad judía argentina desde principios del siglo XX hasta el presente, con el propósito de definir el paradigma que actualmente orienta sus prestaciones y fundamentar una propuesta de adecuación de las mismas con miras hacia el futuro cercano.

En esta tesis se plantea una discusión acerca del particular aporte que realizó la *diáspora* judía a las políticas sociales de los países occidentales en los que se asentó a lo largo de su extenso exilio. Se pone énfasis en diferenciar el concepto de “*tzedaká*” (justicia social) judío y el de *caridad* cristiano y el impacto de esta concepción en el diseño de programas de asistencia social en Europa, así como en su traslado y adaptación al Nuevo Mundo, acompañando la emigración judía desde los países centroeuropeos a sus dos grandes destinos americanos: Estados Unidos y la Argentina.

Se examina además el papel de los ancianos en las comunidades judías antiguas y en las occidentales, desde las prescripciones para con ellos que tienen su fuente en las Sagradas Escrituras hasta la evolución secular del rol en distintos períodos de la historia. Subyace la hipótesis de que la innovadora programación social dirigida a las personas mayores de la comunidad judía fue el resultado de la interrelación entre los mandatos referidos a la “tzedaká” y el papel de los ancianos en la cosmovisión bíblica y en la cultura comunitaria. A ambos factores se suma la dinámica social propia de la “diáspora” judía en los países centroeuropeos que, posteriormente, trasladó su impronta al continente americano.

El análisis revela que sobre esta base cultural se erigió en nuestro país un andamiaje institucional con una fuerte tendencia innovadora en materia de programación social dirigida a las personas mayores, que resultó precursora primero y referente después para implementar algunas políticas nacionales sobre el tema. Sin perjuicio de ello, se identifican necesidades y demandas que todavía no son satisfechas y se proponen las políticas más adecuadas para su superación en el marco de la comunidad judía, así como la posible replicabilidad de las experiencias más exitosas en las políticas nacionales para adultos mayores.

Esta tesis responde al requisito académico final para obtener el título de Magíster en Diseño y gestión de políticas y programas sociales de FLACSO.

Para cumplir con el objetivo trazado pude contar con los archivos del Centro de Documentación e Información sobre Judaísmo Argentino Marc Turkow, que funciona en la sede de la AMIA y los archivos e informes de la oficina del JDC para América Latina

Agradezco profundamente al Dr. Fabián Triskier, Director Asociado del JDCLA y a la Lic. Nora Blaistein, Directora del Departamento de Programas Sociales de AMIA por

su apoyo, sus consejos y por darme la oportunidad de trabajar profesionalmente junto a ellos y haber podido ser parte de este proceso de cambio en la vida comunitaria de nuestros mayores. Asimismo, deseo expresar mi reconocimiento al Lic. Martín Campos de FLACSO y a la doctora Nélide Redondo, directora de esta tesis, por ayudarme a revalorar la experiencia profesional de muchos años en el servicio social gerontológico de AMIA. Deseo destacar la orientación teórica y metodológica que me ofreció la doctora Redondo, así como su apoyo permanente a lo largo de la elaboración de esta tesis.

Finalmente agradezco a mi familia, a Mariela mi esposa por su infinita paciencia, a Cande, mi hija de 3 años por permitirme usar “un chiquitito nada más” la computadora hogareña para poder terminar este trabajo y al recién llegado Nicolás ya que juntos son la alegría y el orgullo de sus abuelos.

“Para que la vejez no sea una parodia ridícula de nuestra vida anterior no hay más que una solución, y es seguir persiguiendo fines que den un sentido a nuestra vida: Dedicación a individuos, colectividades, causas, trabajo social o político, intelectual, creador. Contrariamente a lo que aconsejan los moralistas, lo deseable es conservar a una edad avanzada pasiones lo bastante fuertes como para que nos eviten volvernos sobre nosotros mismos. La vida conserva valor mientras se acuerda valor a la de los otros a través del amor, la amistad, la indignación, la compasión. Entonces sigue habiendo razones de obrar o de hablar. ”

Simone de Beauvoir.

La Vejez

ÍNDICE

PRÓLOGO	2
ÍNDICE	5
CAPÍTULO 1	7
LA PERSPECTIVA CONCEPTUAL Y METODOLÓGICA	7
1.1. LA TZEDAKÁ O LA JUSTICIA SOCIAL EN EL JUDAÍSMO	11
1.2. LA POSICIÓN DE LOS ANCIANOS EN EL PUEBLO JUDÍO	13
1.2.1. La Edad de Oro: El patriarca y el anciano antes del exilio	14
1.2.2. Escritos posteriores al exilio babilónico. Decadencia del poder de los ancianos	17
1.3. LA ASISTENCIA SOCIAL Y LA COHESIÓN SOCIAL DE LAS COMUNIDADES JUDÍAS EN LA DIÁSPORA	21
1.4. VEJEZ Y ASISTENCIA SOCIAL EN LAS COMUNIDADES JUDÍAS OCCIDENTALES	23
CAPÍTULO 2	26
LA ATENCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN LAS COMUNIDADES JUDÍAS DEL NUEVO MUNDO	26
2.1. LA ADAPTACIÓN DE LOS JUDÍOS INMIGRANTES EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA	29
2.2. EL MODELO FILANTRÓPICO DEL JUDAÍSMO NORTEAMERICANO	30
2.3. LOS JUDÍOS LATINOAMERICANOS. FACTORES QUE INCIDEN EN LAS CARACTERÍSTICAS DE SUS COMUNIDADES E INSTITUCIONES	34
2.4. LA HISTORIA DE LA INMIGRACIÓN JUDÍA A LA ARGENTINA	35
2.5. DEMOGRAFÍA DEL JUDAÍSMO ARGENTINO	42
2.6. ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS RECIENTES	46
CAPÍTULO 3	50
GENEALOGÍA DE LA ASISTENCIA SOCIAL PARA LA VEJEZ EN LA COMUNIDAD JUDÍA ARGENTINA	50
3.1. LAS ETAPAS DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA ASISTENCIA SOCIAL EN LA COMUNIDAD JUDÍA ARGENTINA	52
3.2. GENEALOGÍA DE LOS SERVICIOS PARA ADULTOS MAYORES EN LA COMUNIDAD JUDÍA ARGENTINA	56
3.3. LOS CLUBES DE LA TERCERA EDAD Y LA CREACIÓN DE LA RED DE CENTROS DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD JUDÍA ARGENTINA	64
CAPÍTULO 4	70
CRISIS Y REORIENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL DE LA COMUNIDAD JUDÍA ARGENTINA HACIA FINES DEL SIGLO XX	70
4.1 LA SITUACIÓN SOCIAL ASISTIDA POR EL ÁREA DE PROGRAMAS SOCIALES DE AMIA EN EL AÑO 1992	73
4.2 LA CRISIS DE LA ÚLTIMA DÉCADA DEL SIGLO XX	78
4.3 EL PAPEL DE LAS ORGANIZACIONES HUMANITARIAS JUDÍAS INTERNACIONALES. EL AMERICAN JEWISH JOINT DISTRIBUTION COMMITTEE	80
4.4 LOS DESAFÍOS DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL. EL CONTEXTO ARGENTINO EN LA ACTUALIDAD	88
CAPÍTULO 5	96
LA ATENCIÓN GERONTOLÓGICA EN LA COMUNIDAD JUDÍA ARGENTINA EN LOS INICIOS DEL SIGLO XXI	96
5.1. DIAGNÓSTICO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LA COMUNIDAD JUDÍA ARGENTINA	96
5.2. LA SITUACIÓN DEL HOGAR ISRAELITA DE BURZACO	98
5.3. SERVICIOS INTEGRALES PARA LA ATENCIÓN DE LA DEPENDENCIA	101
5.3.1 Modelo propuesto para el Nuevo Hogar	102
5.3.2 Características funcionales del modelo propuesto para el Nuevo Hogar:	103
5.3.3 Desarrollo de la vida judía dentro del marco comunitario	105
5.3.4. Puesta en marcha y funcionamiento del Nuevo Hogar y Centro Comunitario para la Ancianidad Judía	105

5.3.5. Criterios para determinar el número de camas con las que debía contar el Nuevo Hogar y Centro de Ancianos Le Dor Va Dor	110
5.3.6. Políticas de admisión	111
5.3.7. Esquema de financiamiento.....	112
5.3.8. Las actividades de base comunitaria proyectadas que no se pusieron en marcha.....	115
5.4. PROGRAMAS DE ATENCIÓN COMUNITARIA PARA ADULTOS MAYORES DE LA AMIA	117
5.4.1. Características del Centro de Atención Integral para Adultos Mayores	121
5.5. ALGUNAS CONSIDERACIONES DE LA EXPERIENCIA ADQUIRIDA EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA ADULTOS MAYORES DE AMIA.....	126
5.5.1. La adaptación en la AMIA de los modelos internacionales en materia de centro de día	128
5.6. LAS TAREAS PENDIENTES	135
CAPÍTULO 6.....	138
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	138
6.1 LOS DESAFÍOS PENDIENTES	147
7. BIBLIOGRAFÍA:.....	150
8. ANEXOS Y APÉNDICES.....	154
8.1 ANEXO 1	154
8.2 REPORTE ACERCA DE LA VISITA A PROGRAMAS PARA ANCIANOS EN LA CIUDAD DE NEW YORK.....	178
8.3 GLOSARIO.	193

Capítulo 1

La perspectiva conceptual y metodológica

En esta tesis se adoptó el enfoque conceptual y metodológico que desarrolla Robert Castel (Castel, 1997). Según la perspectiva teórica de este autor las problemáticas del individuo contemporáneo se comprenden a partir de “[...] *hacer una historia de su presente, de aprehender lo que ella ofrece de específico en relación con sus configuraciones anteriores*” (Castel y Haroche, 2003:37).

La perspectiva teórica de Castel recoge la influencia del estructuralismo constructivista de Pierre Bourdieu y del enfoque genealógico de Michel Foucault. Bourdieu define:

“Por estructuralismo o estructuralista, quiero decir que existen en el mundo social mismo, y no solamente en los sistemas simbólicos, lenguaje, mito, etc., estructuras objetivas, independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes, que son capaces de orientar o de coaccionar sus prácticas o sus representaciones. Por constructivismo quiero decir que hay una génesis social de una parte de los esquemas de percepción, de pensamiento y de acción que son constitutivos de lo que llamamos habitus¹, y por otra parte estructuras, y en particular de lo que llamo campos y grupos, especialmente de lo que se llama generalmente las clases sociales”(Bourdieu, 1986, p. 127).

En su texto acerca de la cuestión social y en otros libros que lo precedieron (Castel, 1997, 1994, 1989, 1989, 1981, 1976), Castel realiza un análisis de los soportes de la individualidad moderna por medio del examen socio histórico (genealógico) de las instituciones que la hacen posible.

El autor considera que para el individuo “[...] *es necesario [contar con] una instancia, una matriz o un zócalo sobre los cuales [...] pueda apoyarse, y que le otorgue dicha*

¹ ¿Por qué esta vieja palabra? "Porque esta noción de habitus permite enunciar algo muy cercano a la noción de hábito, al tiempo que se distingue de ella en un punto esencial. El habitus, como lo dice la palabra, es algo que se ha adquirido, pero que se ha encarnado de manera durable en el cuerpo en forma de disposiciones permanentes" (Bourdieu, 1978(1990), El mercado lingüístico, p.155)

consistencia. Para decirlo de otra manera-puesto que todas estas metáforas son aproximativas-, le es necesario disponer de una cierta superficie, ocupar un cierto espacio en la sociedad, para desarrollar la capacidad de ser un individuo” (Castel y Haroche, 2003:21)

Esta matriz, plataforma o superficie estaría directamente ligada con los procesos de cohesión y vulnerabilidad social, pero también con las instancias sociales que permiten la constitución de espacios de soporte para el individuo (Castel, 2003)

Siguiendo la línea de razonamiento de Castel, podemos colegir que las instituciones se construyen en base a prácticas sociales como parte de un legado y como respuesta a los problemas de cohesión social en diferentes momentos históricos.

Como se sabe, las corrientes constructivistas (Pierre Bourdieu, 1986; Castel, 1997) retoman el enfoque genealógico de Foucault en el que para escribir la “historia del presente” se debe considerar la del pasado en términos de cómo es ese fenómeno desde el “presente”, desde cierta “actualidad” (Foucault, 1995). La genealogía, implica para este autor el *“acoplamiento de los conocimientos eruditos [históricos] y las memorias locales [presentes], acoplamiento que permite un saber histórico de las luchas y la utilización de ese saber en tácticas actuales”* (Foucault, 2006:22). Es decir, procuran analizar la constitución histórica de los sujetos actuales, estudiando las transformaciones que se dieron a través de la historia y que los construyeron: *“llegar a un análisis que pueda dar cuenta de la constitución del sujeto en la trama histórica”* (Foucault, 1976/1992:181)

La genealogía indudablemente se vincula con la historia, pero no con cualquier historia, menos aún con la historia tradicional de las personas importantes o los grandes acontecimientos; tampoco con una concepción objetivista de la Historia verdadera, la

que narra los hechos objetivos, sino que hace referencia a una historia social (Marshall,1993).

Adoptando esta perspectiva conceptual y metodológica, en esta tesis se analizan la génesis y las sucesivas transformaciones de las políticas de asistencia social de las comunidades judías occidentales para llegar a comprender y explicar la actual programación de asistencia social para las personas mayores en la comunidad judía argentina

Desde este enfoque, se entiende que para comprender las particularidades de la programación social dirigida a las personas mayores desarrolladas por la comunidad judía en Argentina es necesario, por un lado, conocer los preceptos doctrinarios que sustentan al judaísmo referidos a la asistencia social y a la vejez, y, por otro, efectuar una apretada revisión de las trayectorias históricas y las condiciones sociales que caracterizaron el largo periplo del exilio del pueblo judío que comenzó al perder su condición territorial y lo convirtió en un “pueblo errante”, durante la denominada *diáspora judía*.

La comunidad judía en el exilio fue influenciada, en sus prácticas, por las costumbres y los hábitos de cada país en el que pudo encontrar un lugar que lo cobijara y le permitiera ejercer su fe y su modo de vida sin que estuvieran en peligro su existencia y su identidad colectiva.

Esta característica de extra-territorialidad del pueblo judío y la necesidad de atravesar las fronteras de numerosas naciones hasta alcanzar alguna “tierra prometida” fueron determinantes en la conformación de una cosmovisión que impregnó tanto la dinámica de la comunidad en la diáspora como el espíritu de las instituciones que se fueron creando a lo largo del tiempo.

Asimismo, la Sociología Comprensiva de Max Weber² proporciona herramientas adecuadas para realizar un tipo de análisis que permite comprender por qué los integrantes de una comunidad o de un pueblo, en especial de una comunidad o un pueblo definidos a partir de su adhesión a una religión, actúan siguiendo determinadas orientaciones.

Max Weber elaboró su clásica teoría sobre las religiones y su influencia en el desarrollo económico y social occidental. En su seminal análisis sobre Sociología de las Religiones, analiza las características de la cosmovisión del pueblo judío que permiten interpretar la práctica social de los judíos emigrados desde Europa a América y resultan de interés para estudiar el paradigma de la asistencia a las personas mayores que se adoptó en la comunidad judía argentina. Los aportes teóricos de Weber fueron tomados como marco de referencia general para el análisis.

En resumen, se considera que la comunidad judía, durante su larga diáspora, encontró en el cumplimiento de los mandatos bíblicos y en el desarrollo de políticas de asistencia social herramientas eficaces para mantener la cohesión social frente a las amenazas externas. Asimismo, se sostiene que la definición del concepto de “tzedaká” (justicia social) en los textos canónicos es de primordial importancia para conocer la particular dinámica de la actividad solidaria que distingue a las instituciones sociales de la colectividad judía.

Finalmente la posición de los ancianos en el pueblo hebreo, tal como fue su génesis a partir de los preceptos bíblicos y cómo se fue transformando a lo largo de la historia, son los otros componentes determinantes de la construcción de los programas sociales dirigidos a las personas mayores en las comunidades judías occidentales. Sobre cada uno de ellos se detendrá el análisis histórico en los puntos siguientes.

² Weber, Max ((2003) La Ética Protestante y el Espíritu del Capitalismo, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

1.1. La Tzedaká o la Justicia Social en el Judaísmo

La “tzedaká” es el concepto de justicia social del judaísmo. La palabra tiene un origen hebreo: “tzedek” que significa justicia y “tzedaká” (hacer justicia), es una acción, una iniciativa para ayudar al desfavorecido. Se diferencia del concepto de caridad (del latín “cáritas”: amor) ya que no se trata de un sentimiento noble caracterizado por la voluntad de dar sino que es un mandato, un precepto, ordenado por Dios a todos los judíos y nadie está exento de su obligatoriedad. Ni siquiera el pobre está exceptuado de ayudar al prójimo de alguna manera. (Kliksberg, 2000).

Una tercera acepción proviene del término “tzadik” que significa justo. El hilo conductor entre estos tres conceptos podría ser resumido en las siguientes afirmaciones. Por un lado, la carencia de un sistema de justicia puede conducir a una situación de caos social, pero además si no se mantiene una estructura social con una conciencia de comunidad, la justicia por sí sola resulta insuficiente. Para poder mantener un contrato social que cohesione a un grupo o sociedad son necesarios los comportamientos, las prácticas y la concreción de los valores solidarios de los individuos justos. (Korin, 2011)

Estos conceptos se sintetizan en una frase del profeta Isaías: *“Y el acto de tzedaká traerá paz y el trabajo de la tzedaká traerá tranquilidad y seguridad” (Isaías, 32:17)*

Concepción que también refuerza la aseveración del famoso maestro espiritual judía Hilel cuando afirmó: *“Aquel que hace más tzedaká, trae más paz”*.

En la diáspora la tzedaká cumplió una importante función al promover la ayuda mutua y mediante la ayuda intercomunitaria logró reforzar la unión del pueblo judío disperso por el mundo (Zadoff, 1998).

Sobre la base de esta estructura social, política y cultural procuraron afirmarse las comunidades judías en la diáspora. Se trata de una estructura que no privilegia un aspecto sobre el otro: la paz económica y social y la moral de cuidado de las necesidades de nuestros semejantes son dimensiones simultáneas, y es por ello que su raíz semántica es la misma.

La filantropía, cuyo significado etimológico es “amor a la humanidad”, ejerció sobre los judíos una gran atracción. Históricamente se esperaba que los judíos participaran de la vida comunitaria y se les reprochaba si no lo hacían. Se premiaba la solidaridad y la participación en asuntos comunitarios. Ser miembro de la comunidad significaba asumir la responsabilidad y el compromiso hacia los otros miembros, ser responsable en los aspectos físicos y espirituales. Efectivamente los textos y la tradición hebreos pusieron el énfasis en el deber de servir a Dios y al prójimo como “*mitzvá*”, *un precepto u obligación moral*, a la que están obligados todos y cada uno. La manera de realizar la “*tzedaká*”, la justicia social, es mediante lo que se denomina: “*gemilut jasadim*”, que en hebreo significa buenas acciones. La buena acción es la más fundamental de las virtudes sociales del judaísmo. Según la tradición judía la misma existencia del mundo depende de tres pilares: La *Torá* (Ley judía), la fe y las buenas acciones. A diferencia del acto voluntario, hecho a discreción, que propone la cultura occidental como cima de la buena conducta, la cultura judía establece el deber de cumplir los preceptos. El judaísmo no espera que la conciencia del individuo lo mueva a actuar; lo forma para que actúe. La doctrina y la tradición lo repiten de variadas maneras: “*más mérito tiene quien hace (buenas acciones) estando obligados a ello, que quien las hace sin tener esa obligación*”. (Rabí Janina, en Baba Kama, 87a) y la interpretación es clara; el obligado a cumplir, cumplirá siempre; el voluntario, no; “*No eres tú quién debe concluir la obra, pero no estás autorizado a desentenderte de ella*” (Rabí Tarfón, en Avot, 2,16).

“Si yo no me ayudo, ¿quién me ayudará? Y si solo soy para mí, ¿qué valgo? Y si no obro ahora, ¿cuándo?” (Hilel, en Avot, 1,14).

El pueblo judío desarrolló diferentes modalidades de estructuras organizativas para dar concreción a los preceptos éticos, convirtiendo a la *tzedaká* en una realidad de la vida comunitaria judía a lo largo de las generaciones.

A su vez, la *tzedaká* se relaciona con otro concepto religioso, conocido como “*tikun olam*”, que significa: reparar el mundo. El mundo nos fue dado por Dios, pero es responsabilidad de los hombres mejorarlo. Para el judaísmo la pobreza no es un destino, es una grave injusticia social y debe ser corregida.

En los siglos XIX y XX, cuando las formas tradicionales de *tzedaká* ya no bastaban para servir a las necesidades del pueblo judío, la tradición de la *tzedaká* y sus principios filosóficos ayudaron al desarrollo de instituciones de ayuda solidaria a nivel local y mundial (Zadoff, 1998).

1.2. La posición de los ancianos en el pueblo judío

El pueblo judío, también llamado “el pueblo del libro” ha preservado sus costumbres, tradiciones, creencias y jurisprudencia a lo largo de los siglos. Los diferentes libros que componen el Antiguo Testamento compuesto por cuarenta y cinco obras escritas entre los siglos IX y X antes de JC nos permiten conocer la evolución de las instituciones y del pensamiento de este pueblo. (George Minois, 1987).

En este estudio sobre los programas de asistencia social dirigidos a las personas mayores en la comunidad judía argentina interesa conocer el lugar ocupado por los ancianos a lo largo del tiempo. Los libros abarcan casi mil años de historia y hoy sabemos con bastante exactitud cuándo fueron escritos cada uno de ellos, por lo tanto es posible reconstruir una historia de la vejez en el pueblo judío durante ese período.

En el estudio que realizó George Minois (Minois, 1987) sobre la posición y el papel del anciano en el pueblo judío, el autor advierte acerca de la importancia de comprender la dimensión histórica de estos documentos y los peligros de extraer referencias atemporales sin tener en cuenta el contexto histórico. También afirma que es indispensable utilizar los textos bíblicos en el orden cronológico en el que fueron redactados según lo establece la exégesis bíblica y no según el orden que presentan las Biblias canónicas.

Existe una larga tradición de veneración y respeto a los mayores basado en los primitivos preceptos bíblicos. Esta situación de privilegio, no demasiado arraigada entre los pueblos antiguos, sufrió modificaciones pero, en general, se mantuvo a lo largo del tiempo. Es bien conocida la preocupación de las comunidades judías en el exilio por asegurar la atención y la calidad de vida de todos sus miembros, sobre todo por los más desvalidos: los pobres, los niños huérfanos y los ancianos enfermos.

1.2.1. La Edad de Oro: El patriarca y el anciano antes del exilio³

Las concepciones acerca de la vejez sufren variaciones en los diferentes períodos de la historia del pueblo judío. La tabla que se presenta a continuación resume las referidas variaciones.

³ Nos referimos al *exilio de Babilonia* que constituyó un corte fundamental de la historia del pueblo hebreo acontecido en un período que fue del año 587 al 538 AC. A partir de este acontecimiento traumatizante para los judíos todo fue distinto a lo que era con anterioridad. Antes del exilio nos encontramos con el período monárquico; monarquía única con los reyes Saúl, David y Salomón (finales del siglo XI- principios del siglo X), Monarquía doble con los reinos de Israel y de Judá, el primero destruido por los asirios en el año 721, el segundo por los babilonios en 586.

El Mundo hebreo del patriarca al anciano			
Período del Nomadismo	Período de los Jueces Siglo XII A.C.	Período de los Reyes Fines siglo XI a principios siglo X	Reinado de Roboam año 935 AC
Los ancianos desempeñaban un papel fundamental. Eran considerados los jefes naturales del pueblo. Creación del “Consejo de Ancianos”, portadores del mensaje divino y guías del pueblo con poderes judiciales y religiosos enormes.	Se refuerza el papel de los ancianos, que forman en torno al jefe del pueblo el “Consejo de Sabios”. No obstante el jefe no debía ser un anciano y tenía que estar en plena posesión de sus facultades físicas y mentales.	Durante el período Real se consolida este papel de consejeros. Los soberanos se muestran deferentes con el anciano y respetan sus atribuciones. Comienzan las menciones respecto de las disminuciones de la capacidad vital en la vejez.	Surgen las primeras discrepancias entre un rey joven y su Consejo de Ancianos. Se considera la primera muestra de un conflicto intergeneracional.
Exilio a Babilonia 587 al 538 AC	Siglo V A.C.	Siglo IV A.C.	Siglo I A.C.
El exilio a Babilonia es considerado un acontecimiento traumático para el pueblo judío. Durante este período se consolidó la posición del anciano convertido en imagen de “fidelidad divina”.	La imagen del anciano va perdiendo fuerza y reconocimiento. Se reduce su poder político y judicial.	Influencia del pensamiento helénico. Desacralización y banalización de la vejez.	Vejez disociada de la edad. El “verdadero anciano” no es el que ha vivido mucho tiempo sino el que demuestra sabiduría.

Según los escritos más antiguos, durante los años en que el pueblo judío vagó por el desierto antes de llegar a la Tierra Prometida, los ancianos desempeñaban un papel fundamental y eran considerados los líderes naturales del pueblo. Según la Biblia, cuando Dios le habló a Moisés le pidió que reuniera a setenta ancianos de su pueblo. Moisés consultó con ellos antes de tomar sus decisiones. En consecuencia, la creación del Consejo de Ancianos fue una iniciativa divina y sus integrantes fueron considerados los portadores del espíritu del Señor. Los ancianos durante este primer período, tuvieron gran poder, fueron los líderes del pueblo y los encargados de hacer cumplir las leyes. Durante el período de los jueces (como se puede apreciar en el libro del mismo nombre) se reforzó el papel de los ancianos que tenían igual e incluso mayor poder que los jueces (jefes temporales) del pueblo. Los ancianos forman entonces, en torno al jefe, una suerte de Consejo de Ancianos o Sabios. En este período los líderes, según las escrituras, eran

longevos y gracias a la protección divina mantenían su poder y todas sus facultades: “Moisés tenía ciento veinte años cuando murió; su vista no se había apagado ni su vigor le había abandonado” (Dt, 34,7). Aarón llegaría a vivir 120 años y Josué se supone que vivió 110 años.⁴

La época de los jueces daría paso a la de los reyes, que en general eran más jóvenes, pero se apoyaban en su consejo de ancianos y establecían una alianza para gobernar al pueblo.

El rey David y el rey Salomón tuvieron una magnífica relación con sus consejos de ancianos y se apoyaron en ellos en los momentos difíciles. La primera “fractura generacional” data de la época del Rey Roboam en el año 935, quien por primera vez no tuvo en cuenta la opinión de los ancianos y siguió el consejo de los jóvenes. La historia se relata en el Libro de Reyes, escrito en el siglo VII: el pueblo había solicitado una reducción de los impuestos, Roboam le pidió consejo a los ancianos que habían servido a su padre, el rey Salomón. Los sabios le sugirieron que escuchara al pueblo y que hiciese lo que le pedían. El rey en desacuerdo consultó a los jóvenes que habían crecido con él y decidió aumentar los impuestos siguiendo sus consejos (1R, 12, 6,8).

Los escritos más antiguos coinciden en destacar la nobleza, la sabiduría y el carácter venerable de los ancianos. A mayor edad, mayor era el respeto recibido. Esto se explica porque en la antigüedad no era frecuente alcanzar una edad avanzada por lo que era visto como un don de la divinidad, un premio a una vida virtuosa, al cumplimiento de las leyes. No se visualizaba a la vejez como un castigo, sino como un premio. Algunos pasajes, proverbios y salmos extraídos del Antiguo Testamento permiten ilustrar este punto: “*Los que respeten la ley llegarán a viejos*”. (Dt, 32,47). “*Los cabellos grises son una corona de honor; se les encuentra en los caminos de la justicia*” (Pr, 16,31); “*Los*

⁴ El dato de la edad es recibido por transmisión oral, sin registros confiables, por lo que la edad es “mítica”.

cabellos grises son la honra de los viejos” (Pr, 20,29) *“Los buenos viven mucho tiempo, los malvados mueren jóvenes”*: *“El temor del Señor prolonga los días, pero los años de los malos son acortados”* (Pr, 10,27).

La ley mosaica garantizaba el respeto a los padres de edad avanzada y a los ancianos: *“Ponte de pie ante las canas y honra el rostro del anciano”* (Lv19, 32)

De acuerdo con estos testimonios el período de los patriarcas e incluso el de la monarquía fueron muy favorables para los ancianos que gozaron de un respeto casi religioso y fueron atendidos y obedecidos. Su única carga fue la natural: el dolor físico y el normal declinar de las funciones biológicas. Los escritos antiguos testimonian los achaques de la vejez, pero no se observa que fueran vividos con pesar ni amargura.

1.2.2. Escritos posteriores al exilio babilónico. Decadencia del poder de los ancianos

Los escritos posteriores al periodo babilónico utilizan la figura del anciano para ilustrar el asedio y los horrores de la invasión y la matanza que sufrió el pueblo hebreo.: *“Por tierra yacen en la calle niños y ancianos”* (Lm, 2,21); *“No se respetó a los ancianos”* (Lm, 4,16). Su presencia tranquilizadora fue uno de los símbolos del retorno de la paz y la prosperidad: *“Aún se sentarán ancianos y ancianas en las plazas de Jerusalén, cada cual con un bastón en la mano a causa de sus muchos días”*. (Za, 8,4),

El sentido del término “anciano” fue modificado entre la época mosaica y la de los jueces. Ya no designaba a una asamblea de ancianos sino a un grupo de edad madura que aún conservaba el vigor suficiente para participar activamente en la prosperidad de su sociedad. Dos siglos más tarde se mencionaba el Consejo de Ancianos en el libro de Judith y esta institución permaneció por mucho tiempo bajo la forma de un consejo de notables. El Evangelio según San Mateo los menciona como los ancianos, escribas y sacerdotes que formaban el gran *Sanedrín*, que era un colegio de setenta y un miembros

integrado por miembros de la aristocracia laica (los ancianos), de exégetas de la ley (los escribas) y de representantes de las grandes familias sacerdotales.

Las primeras comunidades cristianas continuaron con esta tradición y nombrados por los apóstoles (Hch, 14,23), los ancianos presidían las asambleas, ejercían el ministerio de la palabra y la catequesis. Pedro les pidió la conducción de la grey, sin abusar del poder y les habló a los jóvenes instándolos a la obediencia (1P, 5,1).

El término “anciano” aparece también en las *Antigüedades* judías del historiador Flavio Josefo, (XII, III, 3), ampliando su significado más allá de la edad: el anciano es el personaje importante de la comunidad, el famoso por su sabiduría, el notable, ya no necesariamente el viejo.

La imagen del anciano va perdiendo reconocimiento en el mundo hebreo a partir del siglo V A.C. al mismo tiempo que los ancianos redujeron su poder político y judicial en una sociedad en plena transformación. El libro de Job, escrito poco antes del año 400, contiene valiosa información al respecto y revela los aspectos sociales e individuales de la época que definían a la vejez con una fuerte carga de ambigüedad. (Minois, 1987).

Job era viejo como la mayoría de sus interlocutores pero esto no resultó suficiente para imponer su autoridad: ¡*También entre nosotros hay un canoso y un anciano, más cargado de días que tu padre!*” (Jb, 15,10). De aquí en adelante la autoridad de los viejos fue discutida: los jóvenes se rebelaban y les daban lecciones porque la sabiduría ya no dependía únicamente de la edad: Elihú, hijo de Barakel, el buzita, después de haber dejado respetuosamente hablar a los ancianos, montó en cólera contra ellos por haber sido incapaces de defender la justicia divina y pronunció severas palabras:

*Soy pequeño de edad,
Y vosotros sois viejos;
Por eso tenía miedo, me asustaba declararos mi saber.
Me decía yo: “Hablará la edad,
Los muchos años enseñarán sabiduría.”
Pero en verdad es un soplo en el hombre,
Es el espíritu del todopoderoso lo que hace inteligente.
No son sabios los que están llenos de años,
Ni los viejos quienes comprenden lo que es justo.*

(Jb, 32,1-9)

Por primera vez se discutió una de las bases más importantes del prestigio de la vejez: una larga vida no es necesariamente una bendición divina, pues los malvados pueden vivir tanto tiempo como los buenos. Surgirá entonces una pregunta que llegará a escucharse hasta nuestros días: “*¿Por qué siguen viviendo los malvados, que envejecen, y aún crecen en poder?*” (Jb, 21,7).

Sin embargo, la moral tradicional, fue finalmente preservada ya que a Job, el justo, se le restituyeron sus bienes y la salud, vivió hasta los ciento cuarenta años, conoció a sus descendientes hasta la cuarta generación, y murió según la tradición “*viejo y colmado de días*” (Jb,42,17). (En Minois, 1987).

Un siglo más tarde, años (290-280) la posición de los ancianos continuó perdiendo prestigio social. La influencia del pensamiento helénico que trasuntaba una visión pesimista y negativa de la vejez, se vio reflejada en los escritos de la época: Se describía a la vejez como una “*tragedia individual*”, una “*larga sucesión de desgracias*”. También se hacía referencia a la degradación del cuerpo del anciano, y en algunos pasajes se refieren a ellos como: charlatanes, chochos y acaparadores de la palabra. También “*viejos libidinosos*” y se aconsejaba “*corregir a esos viejos libertinos*” (Sir, 42,8), *pues el amor ya no es propio de su edad*. La vejez, se convirtió por primera vez

en algo temido, que se trataba de retrasar lo más posible (Sir, 30,24). Los viejos esposos vivían con la angustia de ver morir al otro y quedar solos (Tb.8, 7).

También se encontraron testimonios de una conducta que con los años se haría mucho más frecuente y que, por fortuna, la tradición judía condenó desde temprano: el abandono de los padres ancianos:

*Hijo, cuida a tu padre en su vejez,
Y en su vida no le causes tristeza,
Aunque haya perdido la cabeza, sé indulgente,
No le desprecies en la plenitud de tu vigor.*

(Sir, 312-13)

En el Libro de la Sabiduría, el último del Antiguo Testamento (a mediados del siglo I antes de J.C.), apareció una idea que los Padres de la Iglesia adoptaron: el verdadero anciano no es el que ha vivido mucho tiempo, sino el que demuestra sabiduría. El que sigue el camino de la sabiduría es sabio desde su juventud y no les es indispensable una larga experiencia (Sb, 8,8) “*Aunque joven, gozaré de la consideración de los ancianos*” (Sb, 8,10).

La situación del anciano había cambiado mucho desde la época anterior al exilio. El paso de la sociedad patriarcal primitiva a la monarquía minó el poder de los ancianos y luego, frente a la creación del Estado Sacerdotal más complejo, estructurado y organizado que las instituciones basadas en las costumbres antiguas, esta pérdida de autoridad se hizo más evidente aún.

La progresiva desaparición de la gran familia tribal, en la que los padres ancianos eran protegidos y representaban el nexo y la unión con los antepasados, les hizo perder seguridad y prestigio. Los ancianos y ancianas eran exclusiva responsabilidad de sus

hijos y nietos directos, y los que no los tenían estaban condenados a la mendicidad.
(Rt,4,15)

La vejez se desacralizó principalmente por la influencia de las culturas vecinas y un proceso helenizador que se extendió entre los judíos desde finales del siglo IV. El tipo de viejo charlatán, demente o lascivo, tan común en la comedia griega, comenzó a aparecer como estereotipo entre los hebreos. La consolidación de las instituciones y la importancia de la creciente escritura le hicieron perder su papel de guía y de transmisor de la tradición oral.

La pérdida de rol en la vida cotidiana no se extendió al plano simbólico, en el que los ancianos mantuvieron su lugar como personificación de la sabiduría: *“Yo observaba, dice Daniel, cuando se aderezaron unos tronos y un anciano se sentó: su vestidura blanca como la nieve; los cabellos de su cabeza, puros como la lana”* (Dn,7,9).

Para algunos rabinos la longevidad merece respeto y es prueba de mérito. Para otros rabinos, por el contrario, la longevidad no se podía asociar con los méritos, la moralidad o la protección divina. Era consecuencia de los buenos hábitos, la buena alimentación, el ejercicio físico y los baños (otra idea moderna).

1.3. La asistencia social y la cohesión social de las comunidades judías en la diáspora

Robert Castel y Haroche (2003: Pág.31) consideran que el individuo necesita disponer de una superficie o plataforma para ocupar un espacio en la sociedad y desarrollarse. Esta matriz o superficie está directamente asociada con los procesos de cohesión y vulnerabilidad social. En el contexto de las sociedades modernas, el Estado es la instancia que ha constituido ese espacio de soporte. En general el Estado-nación ha sido proveedor de un conjunto de protecciones en el marco geográfico y simbólico de la nación, en la medida en que ésta tiene un cierto control sobre determinados recursos (económicos, jurídicos, laborales, entre otros, que en mayor o menor medida garantizan

salvaguarda de carácter civil), libertades fundamentales y seguridad sobre bienes y personas), así como los derechos sociales (Castel, 2003).

En las sociedades modernas, con el surgimiento de los estados nacionales, el pueblo judío en ocasiones se benefició con el marco de protección que el estado le daba a sus ciudadanos: tal el caso de los ciudadanos judíos en la Francia posterior a la revolución, o en la Alemania de Bismarck. No obstante, la historia indicaba a los judíos que era conveniente establecer sus propias instituciones de socorros mutuos ya que el estado protector que hoy los albergaba mañana podía tornarse en un estado perseguidor (vg. La Alemania Nazi o al antisemitismo en Francia durante el caso Dreyfus denunciado por Emile Zola).

El establecimiento de instituciones de ayuda social en la judería europea fue decisivo para promover la cohesión social de la comunidad, además de ayudar a los grupos vulnerables. Estas instituciones se trasladaron al Nuevo Mundo en el que continuaron su trayectoria, adaptándose al nuevo escenario político y social. Según el enfoque adoptado en esta tesis, los estudios de Max Weber permiten comprender del entrecruzamiento de la cultura judía con la predominante en países de tradición religiosa protestante o católica.

Según Weber, el término hebreo *melajá* es el único en un idioma antiguo que posee un significado similar al que tiene en el protestantismo. En el Antiguo Testamento se utiliza en relación con tareas al servicio de Dios y también para otros trabajos “profesionales”. Tiene una connotación de misión: cumplimiento de mandatos divinos. No se debe olvidar que los protestantes se rigen por el Antiguo Testamento y algunas sectas expresan una verdadera devoción por éste. El espíritu de legalidad austera y honrada propio de la ética del protestantismo, proviene de la moral de la Antigua Ley.

Los escritores contemporáneos llaman “English Hebraism”⁵ al sentido ético del puritanismo: rectitud y honradez, como signo de la conducta grata hacia Dios. (Weber, 2003: 167)

1.4. Vejez y asistencia social en las comunidades judías occidentales

El mundo judío concedió un lugar relativamente importante al anciano. El respeto por las tradiciones, la permanente lectura e interpretación de los escritos más antiguos de la Biblia, el apego a la letra de esos textos, en particular, los del Pentateuco, influyó en esa actitud. Entre los observantes de la Torá, el anciano debía conservar una parte de su antiguo esplendor. Por el contrario, en el mundo cristiano, basado sobre todo en el Nuevo Testamento, en el que las personas de edad avanzada ocupan un lugar menos relevante, se cayó con más facilidad en actitudes de indiferencia o rechazo por los ancianos. En las fuentes judaicas no se encuentran referencias específicas de ayuda social o *tzedaká* (justicia social) para los ancianos: éstos deben ser ayudados como cualquier otro grupo con necesidades insatisfechas dentro de la comunidad. Entre los que deben ser auxiliados se menciona al pobre, al huérfano, a la viuda e incluso a los extraños que golpean a la puerta.

La previsión social para la vejez se desarrolló después del exilio y surge a partir de la concentración de la población judía en ciudades. En este período y con el declinar de la estrecha trama familiar que aseguraba la protección de los ancianos, característica de los tiempos antiguos, adquirió sentido la frase: “*No me deseches en el tiempo de la vejez ni me desampares cuando fallen mis fuerzas*” (Sal.71,9).

La existencia de instituciones o casas dedicadas a atender a los ancianos enfermos se remonta a los primeros siglos del cristianismo. Durante la Edad Media, los ancianos comenzaron a ser mencionados en los tratados de ética judía medieval como sujetos

⁵ Autores como Dowden (con referencia a Bunyan), loc. Cit., pág. 39. en *La Ética Protestante y el Espíritu del Capitalismo*. Max Weber, 2003.

merecedores de atención y en todas las comunidades judías de alguna importancia aparecieron organizaciones de caridad especializadas conocidas como *hekdesh* o “casas consagradas”.

Las persecuciones y masacres acaecidas durante este período ocasionaron el quiebre de las familias y las migraciones en gran escala que afectaron severamente a la población de ancianos de las comunidades judías de Europa. Una resolución aprobada por el Consejo de Lituania en el año 1650 reforzó el deber de apoyar a “mujeres casadas o solteras y a los ancianos” tras la denominada “masacre de Chmielnicki”.

La primera noticia histórica de un *hekdesh* se refiere al de la ciudad de Colonia en el año 1010, luego en Regensburg en 1210; en Tortosa en el siglo XVIII; Viena, 1381 y Marsella, en 1492. Practicaban también el cuidado de los ancianos sociedades que entregaban a éstos subsidios y hospitales. Las casas de ancianos (“Batei Avot”), que funcionaban separadas de los hospitales y de las sinagogas comenzaron tardíamente a funcionar en Europa. En 1682 funcionaba un asilo (*moshav zekenim*) en Roma y posteriormente fue creado uno en Amsterdam, Holanda por la comunidad sefaradí en 1749. (*Enciclopedia Judaica*. Keter Publishing House. Jerusalem Ltd., 1972. Volumen 16 UR-Z)

A partir de la segunda mitad del siglo XVIII comenzó a sentirse la necesidad de ofrecer cuidados especiales y asistencia a la población de ancianos, como consecuencia de la progresiva desaparición de la cohesión familiar en cuyo seno se los protegía.

La ancianidad desprotegida comenzó a ser percibida como una problemática social con características particulares y diferenciadas de la pobreza. En este período emergió la conciencia colectiva respecto de las necesidades de los ancianos y de la responsabilidad social para con ellos, que excede el marco de la contención de las familias.

En la comunidad judía de Alemania se produjo un gran avance en el campo de la protección social de los mayores. La asociación *Mishenet Zekenim* (Apoyo a los ancianos), fundada en Hamburgo en 1796, proveía semanalmente asistencia a los mayores necesitados. En Berlín, en 1829, se fundó un hogar de ancianos y en 1839 la comunidad judía de Hamburgo destinó un edificio para el cuidado de ancianos y ancianas que recibían alojamiento, ayuda y ropas. La comunidad de Frankfurt fundó su propio hogar en 1844 para personas mayores de sesenta años. Una familia vienesa donó varias casas para alojar a los adultos mayores.

Con el aumento de la población judía europea se produjo una notable expansión de este tipo de instituciones durante el siglo XX hasta el comienzo de la Segunda Guerra Mundial. A modo de ejemplo, basta citar que en 1938 había en Alemania sesenta y siete hogares judíos de ancianos con tres mil quinientos sesenta y ocho camas. Por supuesto tras la Shoá estas instituciones de ayuda social y los propios ancianos desaparecieron.

Actualmente el mayor número de hogares de ancianos de la comunidad judía se encuentra en Israel y en los Estados Unidos. La comunidad judía argentina fundó su primer hogar de ancianos en 1915 en la ciudad de Burzaco, en la Provincia de Buenos Aires. Sobre este tema se referirá el próximo capítulo.

Capítulo 2

La atención de los adultos mayores en las comunidades judías del Nuevo Mundo

Durante el período comprendido entre 1881 y 1914, el espíritu judío de solidaridad emergió con enorme responsabilidad colectiva, debido a que dos millones de judíos salieron de Rusia huyendo de las persecuciones zaristas y de la falta de oportunidades económicas y de desarrollo.

Los judíos de los países receptores se prepararon para la gran tarea de asistir a sus hermanos caídos en desgracia. Se crearon organismos e instituciones con la finalidad de cuidar a los recién llegados hasta que se organizaran en sus nuevos destinos. Era motivo de justo orgullo para cada comunidad local que ningún inmigrante judío figurara en las listas de ayuda o beneficencia públicas.

Este tema fue abordado por Alfredo Berflein⁶, quien fuera un excepcional líder de la comunidad judía argentina que dirigió durante muchos años la oficina del Joint Distribution Committee para América latina.

El mayor flujo de inmigrantes provenientes del centro de Europa se dirigió a los Estados Unidos – “Amerique” (en ídish) –. Pero también hubo corrientes de inmigración judía en Inglaterra, Alemania, Australia y América del Sur. La Argentina ocupó un lugar importante entre las preferencias inmigratorias.

⁶ Alfredo Berflein nació en Coronel Suárez, provincia de Buenos Aires, el 4 de marzo de 1928. Cursó entre los años 1950 y 1952 el Profesorado de Educación Física y luego en 1957 se graduó de Kinesiólogo.

Fue un profesional de gran actividad y compromiso en el ámbito comunitario judío latinoamericano. Vivió once años en los Estados Unidos, donde se formó en Trabajo Social y ejerció la conducción de organizaciones.

Entre 1975 y 1993 fue Director del American Joint Distribution Committee para América Latina. Desde allí intervino en la creación y recreación de múltiples organizaciones y diseñó relaciones interinstitucionales, con una perspectiva innovadora que ha marcado la experiencia comunitaria en Argentina y otros países de América Latina. Trabajó para el reconocimiento de los profesionales en las Instituciones y fue el impulsor y realizador de varios cursos de capacitación.

Participó en la gestación de la Fundación Memoria del Holocausto y trabajó allí durante los últimos años de su vida.

La población que se registraba a principios de la Primera Guerra Mundial en las comunidades judías de la diáspora de ultramar se compuso como sigue:

Estados Unidos con 2.500.000 inmigrantes, 100.000 en la Argentina, 85.000 en Palestina, 75.000 en Canadá, 50.000 en Sudáfrica y 20.000 en Australia. (Schmeltz y Sergio Della Pégola, 1986)

Los judíos consideraron por largo tiempo a Estados Unidos como La Meca, el lugar ideal donde las masas expulsadas (principalmente de Rusia) podrían integrarse o bien realizarse como minoría con identidad propia. Este espíritu se plasmó en un sentimiento de pertenencia, de *hallarse en casa* muy propio de la comunidad judía norteamericana al no compartir el tradicional sentimiento de diáspora, tan habitual en otras comunidades.

En cambio, significativas proporciones de judíos se referían a América Latina como un *refugio transitorio* o a un lugar donde *poder huir*, pero no la percibían como la *tierra prometida*, no era el lugar ideal. Esperaban poder solucionar los impedimentos para poder llegar a *América del Norte*. América latina, era solamente un lugar posible. Según Berflein (*op. cit.*) este sentimiento no era exclusivo de los judíos. Otros grupos de inmigrantes también consideraron a América Latina un *lugar de paso*.

Los judíos que emigraron al norte y al sur del continente americano desarrollaron diferentes estrategias de adaptación. El rechazo al judío existió en ambos hemisferios. Hubo leyes inmigratorias restrictivas y los judíos (al menos al inicio del proceso inmigratorio) no fueron totalmente aceptados en los niveles sociales y educacionales medios y altos.

Las diferencias de adaptación entre los judíos de uno y otro hemisferio pueden explicarse por factores estructurales⁷, si tomamos en primer lugar el caso de América del Norte y en segundo América del Sur:

1. La ética protestante predominante en América del Norte versus la ética católica dominante en América del Sur.
2. El desarrollo capitalista asociado a la ética protestante en el norte y el sistema liberal concomitante.
3. Un sentimiento de pertenencia de las comunidades del norte versus un sentimiento de transitoriedad en las del sur.

Como podremos ver más adelante las comunidades judías de Norteamérica y América del Sur han interactuado en diversos períodos de su historia de manera discontinua pero efectiva. En el caso de la comunidad judía más numerosa e importante de Sudamérica, la comunidad judía argentina, la influencia del modelo comunitario judío norteamericano incidió notoriamente en la profesionalización de la comunidad a partir de la Segunda Posguerra y en los cambios que se generaron a partir de la *crisis del año 2001*, que facilitaron una transformación en el paradigma organizacional local.

En síntesis, en uno y otro hemisferio americano los judíos hallaron condiciones económicas más o menos favorables para el desarrollo individual y comunitario, determinado por la posición de los países en el sistema económico internacional. Mientras Estados Unidos, en el Hemisferio Norte, ocupó un lugar de país central y desarrollado, los países latinoamericanos asumieron formas capitalistas denominadas periféricas, dependientes o en vías de desarrollo, según las denominaciones que se acuñaron a lo largo de la segunda mitad del siglo XX.

⁷ El término “estructural” toma el significado de “fijeza”, es decir, aspectos o características que reflejan comportamientos transmitidos intergeneracionalmente, de larga duración, y organizan las prácticas del grupo o la comunidad (Guiddens, 1989).

2.1. La adaptación de los judíos inmigrantes en los Estados Unidos de Norteamérica

A principios del siglo XX, los judíos norteamericanos se convirtieron en un importante factor de poder en la vida judía global, debido a su rápido progreso económico intelectual y social.

Desde la llegada de los primeros inmigrantes a fines del siglo XIX hasta la década de 1920 se produjo el proceso de consolidación de una denominada “comunidad judía americana”. En su nuevo destino sufrieron discriminación como en otras latitudes, observándose un fuerte recrudecimiento del antisemitismo durante la *Gran Depresión* del año 1930. El pico más alto de xenofobia y actividad antijudía se verificó en el contexto de la propaganda nazi anticomunista, pero decayó notablemente a partir del triunfo electoral del Presidente Roosevelt en 1936.

De todas formas, los judíos eran discriminados en las grandes empresas y no los aceptaban en consorcios y bancos, existían numerosas cláusulas en varias universidades y su acceso estaba vedado en clubes y hoteles.

En los años '30 cristalizaron las tres tendencias religiosas en la vida de la comunidad judía norteamericana: ortodoxos, conservadores y reformistas, cada una con su organización comunitaria, su asociación rabínica, sus seminarios rabínicos y sus institutos de estudios superiores judaicos. La vida judía en torno a la religión cobró fuerza, así como la afiliación a las sinagogas y la definición de la identidad alrededor de estos valores. Se destacaron también las organizaciones filantrópicas que realizaron importantes tareas de ayuda a los judíos de Europa, Palestina o la URSS. Durante la primera mitad del siglo XX se produjo una significativa transición de comunidad de inmigrantes a una posición importante en la vida cultural como nación.

De acuerdo con los datos recogidos por Bubis acerca de la adaptación económica de los judíos norteamericanos, el millón de judíos que llegó a los Estados Unidos entre 1881 y 1910 tenía al momento de su arribo al país un promedio de 25 dólares como todo su capital. Entre los inmigrantes eran los que menos efectivo monetario per cápita traían. Alrededor de 1935, una mayor proporción de judíos respecto de otros grupos étnicos recibían asistencia con programas de ayuda. En la década del '30 hubo altos niveles de pobreza extrema. (Bubis, 2000).

A fines de los '60 los judíos norteamericanos representaban prácticamente el 50 % del judaísmo a nivel mundial. (Schmeltz y Sergio Della Pèrgola, 1986)

Durante las décadas de 1970, 1980 y 1990, los judíos norteamericanos construyeron centenares de sinagogas, centros comunitarios, escuelas superiores de estudios judaicos, hogares de ancianos, hospitales, instituciones infantiles y lugares de recreo, con un costo de centenares de millones de dólares. Estas inversiones sumadas a otras contribuciones para ayudar al Estado de Israel, como el Fondo Educativo y las campañas para universidades y hospitales, los “Non Sectarian Programs” que eran fondos destinados a ayudar a sectores vulnerables que no pertenecen a la comunidad judía totalizaban más de un cuarto de billón de dólares.

“Los judíos se adaptaron a las pautas económicas norteamericanas exitosamente y la envergadura de su desarrollo comunitario lo demuestra”. (Berflein, 2002)

2.2. El modelo filantrópico del judaísmo norteamericano

Uno de los rasgos destacados del judaísmo norteamericano fue el de su gran esfuerzo puesto para reunir fondos con sentido social, debido probablemente a que tuvieron que valerse por sí solos para construir nuevas formas de convivencia comunal en el seno de una nación potencia. Sus pautas organizativas sirvieron de referencia para las comunidades judías de la mayoría de los países de la diáspora.

Un aspecto característico y notoriamente diferente de otras comunidades judías fue que a lo largo de tres siglos de vida judía norteamericana, los judíos tuvieron plena conciencia de encontrarse en su casa: la abrumadora mayoría llegó para quedarse definitivamente. A causa de su convicción en la permanencia, los judíos norteamericanos estructuraron sólidamente su vida comunal con un criterio totalmente nuevo. Este fenómeno asume una formidable dimensión. Debe tenerse en cuenta que antes de la creación del Estado de Israel, los judíos estaban acostumbrados a su *destino errante*. No sabían cuando podía producirse una nueva *expulsión* como la ocurrida después de cientos de años de residir en una misma tierra; en España en 1492, por solo mencionar un ejemplo o en la Rusia Zarista, donde las persecuciones eran moneda corriente. La figura del judío violinista, no es casual, los judíos que se dedicaban a la música elegían el violín porque era un instrumento relativamente fácil de trasportar en caso de tener que partir.

Por el hecho de que generación tras generación los inmigrantes seguían llegando, esta comunidad debió asignarle a la filantropía un papel mucho más importante del que tenía habitualmente en las comunidades judías tradicionales. En Estados Unidos se crearon importantes instituciones de carácter internacional. Algunas establecieron sedes en Europa para organizar los traslados de los nuevos inmigrantes a América.

Los judíos norteamericanos desplegaron innovadores métodos de recolección de fondos, debido a que los donantes estaban expuestos a innumerables peticiones para una multiplicidad de causas. La proliferación de congregaciones impidió una comunidad *a la antigua*, una “*kehila*” o comunidad madre central, como en la mayoría de las comunidades europeas que también fue el modelo predominante en Argentina. En reemplazo de una única entidad que recaudaba y centralizaba los fondos según el modelo europeo, se desarrolló la *federación* como modelo de organización comunitaria.

Las federaciones crecieron vertiginosamente y en el año 1932 se fusionaron en un Consejo de Federaciones (Jewish Federations). Algunos autores norteamericanos⁸ acuñaron la expresión *judaísmo del bolsillo* refiriéndose irónicamente a los miembros de la comunidad judía cuya participación comunitaria se limitaba a enviar cheques para distintas causas sin un verdadero compromiso, al pago de una contribución regular con muy poco sentido de devoción ritual (los sacrificios financieros como ya explicamos forman parte de los rituales más antiguos y difundidos del culto religioso).

Muchas congregaciones se parecían a clubes de ricos. Otro rasgo adverso que opera en las comunidades judías de Norteamérica como fuente de debilidad y al mismo tiempo como fortaleza es la insistencia en la *eficacia*.

“Desde el punto de vista de la recaudación de fondos, cuanto más eficaz sea la maquinaria, tanto mejor. Sin embargo a veces puede ser mejor tener una amplia base de pequeños contribuyentes que pocos grandes donantes. Desde el punto de vista administrativo la recolección de pequeñas donaciones de muchos donantes puede ser alta pero se logra una mayor participación en los proyectos, se involucra a más gente y finalmente termina siendo más democrático” (Berflein, 2002).

Este es un debate actual en el Consejo de Federaciones Judías de los Estados Unidos, se discute si la acción ética no debe preponderar sobre la eficacia o cómo alcanzar un equilibrio entre ambas. Durante muchos años el propósito de las federaciones fue el de eliminar la dispersión de esfuerzos, dando mayor importancia a la eficiencia que al elemento psicológico. Por otro lado la creciente profesionalización del trabajo social, que sin duda es un valor en la cultura judía norteamericana, llevó de manera concomitante a prescindir del factor emocional y se perdió parcialmente la fuerza del

⁸ Baron, Salo (1963) *Jews of the United States, 1790–1840: A Documentary History* (ed. with Joseph L. Blau, 3 vols.,)

antiguo servicio comunitario, que residía en su profunda devoción y en su capacidad de auto sacrificio.

Las críticas al modelo americano se centran en señalar que sustituyó lo cualitativo por lo cuantitativo, fenómeno que va en detrimento de los valores *perdurables* de la cultura judía. Se suele sugerir que perdió de vista los objetivos y los valores que deben sustentar toda acción filantrópica.

Sin perjuicio de todo lo expuesto, el modelo tiene notables fortalezas para desarrollar su tarea, no solo a la hora de recaudar sino también en la implementación de sus programas sociales.

Podemos resumir algunas de las características del modelo asistencial judío-norteamericano:

- 1) Profesionalización de los servicios sociales con un alto grado de especialización técnica.
- 2) Capacitación y desarrollo permanentes.
- 3) Investigación aplicada en ciencias sociales.
- 4) Medición y monitoreo de programas sociales.
- 5) Controles de auditoría.
- 6) *Accountability* o rendición de cuentas, transparencia en la gestión.
- 7) Aplicación de nuevas tecnologías y modernas herramientas de gestión social.
- 8) Ideología de prestación de servicios de excelencia para las poblaciones vulnerables.
- 9) Combate de todo tipo de clientelismo político.
- 10) Pluralismo: se trabaja con todos los movimientos y orientaciones religiosas o ideológicas dentro del judaísmo sin distinción.
- 11) Planificación Estratégica.

2.3. Los judíos latinoamericanos. Factores que inciden en las características de sus comunidades e instituciones

Los judíos latinoamericanos y sus comunidades tienen características que les son propias y los diferencian de las comunidades judías del hemisferio norte. Las comunidades locales son disímiles entre sí pero comparten en general su localización en países con una estructura económica subdesarrollada o *en desarrollo*, regímenes políticos más inestables, con períodos no democráticos en el pasado reciente, sistemas culturales homogeneizantes derivados de la vigencia del catolicismo y además están condicionados por la influencia de otros centros judíos (Israel y Estados Unidos).

En el caso de la comunidad judía argentina se verifican notorias diferencias en la estratificación social, con sectores de recursos materiales insuficientes que no pueden aportar los aranceles tradicionales ni participar en las comunidades e instituciones, por lo que se ven compelidos a abandonarlas. El crecimiento de la pobreza judía ha sido muy visible en las últimas décadas, en particular en las comunidades judías de Argentina y Uruguay, y en menor medida en la venezolana.

La recaudación de fondos en la comunidad judía argentina se vio severamente afectada en las últimas dos décadas del siglo XX por el bajo nivel de credibilidad de su liderazgo, las continuas crisis económicas del país y el límite en la capacidad contributiva de la clase media judía.

“En general la falta de pluralismo de los países latinoamericanos- donde había poco reconocimiento de expresiones legítimas de diferenciación étnica- determinó una presión conflictiva sobre las comunidades judías, dificultando el desarrollo de una identidad judía positiva” (Berflein, 2002).

La adaptación económica de los judíos latinoamericanos estuvo sujeta a los vaivenes de las crisis cíclicas y estructurales. La pauperización de la clase media judía y el

incremento de bolsones de nueva pobreza privaron a muchos de la participación en la comunidad. La inestabilidad económica influyó en la inestabilidad de las instituciones comunitarias y dificultó el planeamiento.

El modelo institucional vigente en las organizaciones judías latinoamericanas en las postrimerías del siglo XX era tradicional tanto en la conducción y la interacción como en el manejo administrativo pero no era el apropiado para las circunstancias.

Desde el punto de vista organizacional se caracterizaron por un modelo de liderazgo autoritario con poco desarrollo creativo y efectivo de sus miembros. En épocas de crisis se producía insatisfacción de las personas involucradas con un alto grado de estrés.

2.4. La historia de la inmigración judía a la Argentina

Las facilidades que ofrecían las políticas inmigratorias y la actitud receptiva de la sociedad fueron factores primordiales que favorecieron la inmigración judía en la Argentina desde finales del siglo XIX. En esa época, contrariamente al resto de los inmigrantes que ingresaban al país, los judíos no procedían de un marco jurídico soberano, no tenían una nación que los respaldara y velara por sus derechos. Surgieron entonces formas voluntarias de organización judía, las instituciones comunitarias, filantrópicas y políticas del pueblo judío en este nuevo destino.

El aprovechamiento de esas posibilidades estuvo condicionado a la acción de los propios judíos. De ahí la importancia del aspecto público-organizativo de la acción judía a favor de la emigración. (Feierstein, 2006).

Haim Avni (1983) distingue tres períodos básicos en la historia de la colonización judía en la Argentina:

- 1) El período de crecimiento y desarrollo que llega hasta la Primera Guerra Mundial.

2) El período de consolidación caracterizado por el crecimiento hasta mediados de la Segunda Guerra Mundial.

3) El período de declinación desde mediados de la Segunda Gran Guerra hasta 1960 aproximadamente

Los primeros judíos que llegaron a esta región de América en el período colonial lo hicieron huyendo de las persecuciones religiosas que tenían lugar en la España de los Reyes católicos y en Portugal. La mayoría de estos inmigrantes eran de origen sefaradí y su periplo a estas tierras comenzó en 1492 con el Edicto de Expulsión de los judíos de España y se incrementa a partir de la conversión forzosa decretada en 1497. (Feierstein, 2006)

La Asamblea Constituyente de 1813 que declaró la independencia de las Provincias Unidas del Río de la Plata suprimió la esclavitud, los títulos de nobleza, el uso de instrumentos de tortura y finalmente también abolió la inquisición (Schvartzman, 1963).

Según Feierstein (2006), el número de judíos que se encontraban en Buenos Aires antes de promulgarse la Constitución de 1853 era muy reducido, pudiendo fechar el inicio de la comunidad judía organizada en nuestro país en 1862 Ese año se reunió el primer *miniam*, que es el nombre en hebreo con el que se denomina a la reunión del número mínimo de personas que se necesitan según las tradiciones y leyes judías para realizar ceremonias y rezar (diez personas).

Con el paso del tiempo, estas personas fundaron una institución comunitaria conocida como la Congregación Israelita de la Ciudad de Buenos Aires. Los dirigentes de esta institución que en sus comienzos contó con poco más de cincuenta miembros lograron, después de presentaciones y rechazos, incluir a los judíos en las leyes que se aplicaban

a los creyentes de otras religiones. La base legal para este logro fueron los artículos de la Constitución referidos a la libertad religiosa. (Haim Avni, 1983)

El Censo Municipal de 1887 consignaba a trescientos treinta y seis judíos residentes en Buenos Aires, once de los cuales eran argentinos nativos y las estimaciones eran de alrededor de mil quinientos judíos en toda la República. En 1888 llegaron espontáneamente a la Argentina ocho familias de agricultores judíos ucranianos, asesorados por la *Alliance Israelite Universele* y se instalan en Monigotes, provincia de Santa Fe. (Mendelson, José, 1939)

Mientras tanto en la Rusia gobernada por el Zar Alejandro III, la opresión a los judíos se acrecentaba y esto determinó que un importante número de judíos emigrara a otros países, entre ellos la Argentina. (Schallman, Lázaro, 1979)

En un destemplado día de invierno, el 14 de agosto de 1889, ancló en Buenos Aires el vapor de pasajeros y de carga alemán *Wesser*. En su cubierta se amontonaban unos mil doscientos inmigrantes, fatigados y exhaustos por la travesía de treinta y cinco días desde el puerto de Bremen, en Alemania. Entre esos inmigrantes venía un importante contingente de judíos rusos, alrededor de ochocientos veinte, en su gran mayoría religiosos que lucían sus frondosas barbas y la vestimenta típica de la Europa Oriental.

El número de pasajeros judíos del *Wesser* equivalía a casi la mitad del número de los judíos que ya se encontraban en Argentina, estas cifras dan una idea de la importancia de este grupo de inmigrantes que contrariamente a sus hermanos en tierra constituían una comunidad judía organizada y firme. Trajeron consigo dos rollos de la Ley o Torá, sus libros sagrados y eran liderados por un rabino. De esta manera se encontraban ese día a poca distancia una de la otra dos congregaciones judías: una dispersa en la gran ciudad cosmopolita en la que solamente una minoría estaba organizada y la otra, reunida en la cubierta del barco alemán, profundamente asentada en su herencia cultural y al

mismo tiempo esperanzada y temerosa del futuro (Haim Avni, 1983). Por este motivo, se considera el 14 de Agosto de 1889 como la fecha simbólica da origen al proceso de inmigración judía masiva a nuestro país.

Los inmigrantes del vapor Wesser desembarcaron en el Hotel de Inmigrantes de Buenos Aires, rápidamente comprenderían que la tierra prometida tardaría en llegar. Las tierras que la Dirección de Inmigración les había prometido ya estaban ocupadas por otros colonos. Los inmigrantes adquirieron tierras en Santa Fe, a un terrateniente, pagando cuatro veces más caro el precio de su valor, estaban ubicadas en las localidades de Palacios y Monigotes. Se encontraron con un desierto, en el lugar no había viviendas adecuadas, solo un gran galpón de chapas de zinc y algunos vagones abandonados frente a las vías de la estación del tren. Tampoco recibieron las herramientas que les habían prometido. Permanecieron dos meses allí, subsistiendo con las limosnas y los restos de comida que les arrojaban desde los trenes, sin conocer el idioma y sin tener a quién recurrir en busca de orientación. Los obreros que trabajaban en la construcción de la línea férrea se apiadaron de los niños hambrientos y distribuían galletas entre ellos.

La situación de miseria y desamparo de los primeros inmigrantes se agravó cuando debieron enfrentar una epidemia que en pocas semanas mató a varias docenas de niños en las localidades de Palacios y Monigotes. En las afueras de ambas localidades se crearon sendos cementerios judíos y muchos niños ante la falta de ataúdes y mortajas debieron ser enterrados en latas de querosén. Los sobrevivientes juraron no abandonar nunca a sus seres queridos y allí se quedaron y fundaron sus comunidades.⁹

El coraje y la determinación de los colonos judíos fueron muy importantes para la consolidación de la comunidad judía en el país. (Senkman, 1983). Ellos se convertirían con el tiempo en los *gauchos judíos* que describió Gerchunoff y en los versos de Rubén Darío que los menciona en su *Canto a la Argentina*:

⁹ Artículo aparecido en el diario *La Nación*, Buenos Aires el 29 de octubre de 1889.

*Cantad, judíos de la Pampa,
Mocetones de ruda estampa,
Rubenes de largas guedejas,
Dulces Rebecas de ojos francos,
Patriarcas de cabellos blancos
Y espesos como hípicas crines,
Cantad, cantad, Saras viejas,
Y adolescentes Benjamines,
Con voz de vuestro corazón:
¡Hemos encontrado a Sión!*

En 1910 Lugones escribió en su Oda a los ganados y a las mieses:

*Pasa por el camino el ruso Elías
Con su gabán eslavo y sus botas...
Manso vecino que fielmente guarda
su sábado y sus raras ceremonias,
con sencillez sumisa que respetan
porque es trabajador y a nadie estorba.
La fecundidad sana de su esfuerzo
se ennoblece en la tierra bondadosa
que asegura a los pobres perseguidos
la retribución justa de sus obras...*

Esta impronta de desprotección por parte de las autoridades oficiales signó los modos de organización temprana de los inmigrantes judíos (y de otras colectividades) que llegaron a nuestro país. Rápidamente comprendieron que debían auto organizarse si querían garantizar su supervivencia en condiciones dignas. Por supuesto no sufrían persecuciones como en Europa, pero tampoco recibían demasiada ayuda por parte de las autoridades locales.

La inmigración de judíos de Europa Oriental tomó gran impulso a partir de la creación de la mítica Jewish Colonization Association (JCA) por el Barón de origen judío Adolfo Hirsch, quien agobiado por la temprana muerte de Lucien, su único hijo y heredero decidió hacer único depositario de su fortuna al pueblo judío (Schallman, 1989). Hirsch tenía una concepción de la filantropía en general, reñida con el “antiguo sistema de la caridad que solo lograba formar más mendigos”. Creía firmemente en generar las condiciones necesarias para que los judíos pudieran trabajar honesta y libremente ya que en sus países de origen no se les permitía ejercer los oficios rurales ni la posesión de tierras.

EL 24 de agosto de 1891 se formalizó en Londres la creación de la JCA y se le concedió la personería jurídica en la Argentina el 17 de Febrero de 1892. Desde su fundación la JCA se caracterizó por su independencia financiera y a diferencia de otras instituciones que aparecieron con posterioridad en el mundo judío, la JCA no necesitó de donaciones públicas Durante medio siglo desde sus cuarteles generales en París ejerció un férreo control administrativo sobre sus funcionarios en Argentina y otros países. (Mendelson, 1939).

El grupo inicial de pioneros se transformó con el tiempo en el núcleo que dio origen a una de las más ricas experiencias innovadoras, espirituales y culturales del pueblo judío a partir de la metamorfosis que tuvo lugar en los colonos por su reencuentro con la naturaleza.

A los largo de toda su existencia la JCA compró miles de hectáreas de tierra destinadas a recibir a los colonos inmigrantes, principalmente en Entre Ríos y en el norte de Santa Fe. El mayor crecimiento demográfico en las colonias se dio a mediados de la década del 20, en ese momento el 22% de la población judía de Argentina vivía en colonias. La década del 30 afectó todo el sistema agro-exportador del país. Con el comienzo de la

concentración urbana y las dificultades propias de las tareas rurales, las nuevas generaciones fueron migrando a las ciudades, muchos de ellos se afincaban allí para estudiar y así fue como los hijos de campesinos y agricultores se convirtieron en profesionales y comerciantes. (José Liebermann, 1976)

La colonización judía brindó significativos aportes a la economía nacional. El sistema de colonización de la JCA estaba socialmente adelantado a su época ya que favorecía que el colono pudiera ser el dueño de la tierra que trabajaba como ocurrió pocas décadas después. En 1940 un 80 % de los colonos había pagado sus deudas hipotecarias y tenía los títulos de propiedad de sus tierras. (Daniel Muchnik, 1977)

A continuación algunos ejemplos:

- Al igual que los suizos y alemanes en Esperanza (Santa Fe) y los galeses en la Patagonia, los colonos judíos completaron el ciclo agricultura-ganadería-industrialización de productos en un mismo lugar ampliando los beneficios de una economía mixta y la explotación intensiva.
- Los colonos judíos *echaron las bases del cooperativismo rural en la Argentina*, esto les permitió competir en mejores condiciones con los monopolios y crear instituciones de crédito agrícola popular.
- El colono judío fue el primero en introducir en el país el cultivo del girasol, en Carlos Casares, provincia de Buenos Aires.
- Las colonias realizaron un importante intercambio con otras provincias lo que ayudó al desarrollo del ferrocarril.
- Las colonias judías fueron las primeras en utilizar maquinaria agrícola.
- Fueron pioneros en la industrialización de la materia prima en los mismos lugares de producción y por iniciativa de sus cooperativas crearon las queserías,

cremerías y fábricas de manteca de Entre Ríos y Santa Fe y participaron en la creación de la Cooperativa Sancor.

- Influyeron en mejorar la dieta de la población autóctona haciéndola más balanceada, aumentando el consumo del pan blanco y la leche en su alimentación.

Quizás el aporte más importante de estas colonias sobre la vida cotidiana haya sido la creación de organizaciones culturales y sociales que quebraban el aislamiento social. Los judíos junto con los colonos suizos y galeses construyeron en cada colonia sus casas de culto, bibliotecas, teatros, escuelas y cooperativas.

2.5. Demografía del judaísmo argentino

Las corrientes migratorias judías a la Argentina estaban compuestas por dos grupos diferentes de colectividades: a) las de origen ashkenazí, que en general venían huyendo de persecuciones religiosas de países de Europa Oriental y cuya inmigración contó con el apoyo de organizaciones judías y b) la inmigración judía de origen sefaradí, que venía por sus propios medios desde países tolerantes que les permitían ejercer libremente su culto y conservar sus tradiciones. Hacia el año 1905, los judíos provenientes de Marruecos crearon la Sociedad de Beneficencia Mutua: *Hesed Veemet*, con el objetivo de asistir a los inmigrantes de ese origen. La comunidad marroquí se asentó principalmente en el barrio de San Telmo, cerca del puerto de Buenos Aires, que funcionaba como un centro comercial de venta de tejidos. En 1908, la comunidad de judíos sefaradís proveniente del Cercano Oriente (Turquía, Grecia y Balcanes) creó la sociedad *Etz Hajaim*, con el objetivo de asistir a los inmigrantes recién llegados y a los más necesitados. En 1913 los judíos alepinos fundan la Asociación Israelita Sefaradí Bené Emeth y la Asociación Comunidad Israelita Sefaradí “Agudat Dodim”, de gran prestigio hasta la actualidad.

A principios de 1920, la creación de la Sociedad Protectora de Inmigrantes Israelitas participó activamente en la ayuda y potencial asesoramiento de los inmigrantes judíos. La asistencia incluía el pago o financiamiento de los costos de los pasajes y el asesoramiento para acceder a los permisos de libre desembarco, exigidos por las autoridades migratorias locales. (Feierstein, 2006)

La inmigración planificada y la espontánea aportaron un número de alrededor de ciento cincuenta mil inmigrantes judíos desde sus inicios hasta fines de la década de 1920. Hacia fines de 1920 y principios de 1930 la comunidad judía ascendía a ciento noventa mil personas.

A partir de 1930, el golpe militar encabezado por el general Uriburu de ideología conservadora y con simpatías germanófilas, modificó notablemente la orientación política respecto de la inmigración en general y al ingreso de refugiados en particular. Se implementaron medidas restrictivas mediante una serie de decretos especialmente en los años 1932, 36 y 38 que fueron articulando mecanismos de exclusión para la inmigración judía calificada por las autoridades como: *exótica, indeseable o inasimilable*.

Aquellos años fueron muy difíciles para los judíos en Europa, como consecuencia del acceso de Hitler al poder. Simultáneamente el puerto de Buenos Aires se cerraba como una oportunidad de escape ante el avance militar del nazismo. A pesar de las restricciones, muchos judíos lograron ingresar al país por diversos mecanismos, utilizando visas de turistas, visas de tránsito, o entrando de forma ilegal desde Chile, Uruguay, Bolivia, Brasil y Paraguay. Las investigaciones de ese momento arrojaban un saldo aproximado de cuarenta y cinco mil inmigrantes judíos llegados al país en el período que va desde 1930 a 1945, en su mayoría en forma clandestina. De este modo, a

fines de la Segunda Guerra Mundial la comunidad judía ascendía aproximadamente a doscientos setenta y tres mil miembros. (Feierstein, 2006)

Finalizada la Segunda Gran Guerra, la compleja política migratoria del peronismo limitó el ingreso de judíos al país aunque favoreció la absorción de inmigrantes españoles e italianos

En síntesis, hubo tres grandes olas inmigratorias de judíos a la Argentina: La primera ola inmigratoria llegó desde Rusia, Rumania y Turquía entre 1889 a 1914. La segunda proveniente de Polonia, Rumania, Hungría, Checoslovaquia, Marruecos y Siria de 1918 a 1933 y finalmente la tercera ola de Alemania, Europa Oriental e Italia desde 1933 a 1960. (Feierstein, 2006)

El volumen inicial de inmigrantes puede considerarse cuantitativamente importante hasta 1940, pero a partir de allí el flujo de la inmigración comenzó a descender.

Las cantidades más elevadas se registraron entre 1905 y 1914 con un promedio de ocho mil inmigrantes al año, seguidos de un segundo pico alcanzado entre 1920 y 1929 con más de seis mil quinientos inmigrantes por año y un tercero entre 1935 y 1939 con casi cuatro mil al año.

Durante mucho tiempo el número de miembros que conforman la comunidad judía de la Argentina ha sido motivo de debate y preocupación por parte de los expertos en el tema, de la dirigencia comunitaria y de la comunidad toda.

No existían estadísticas oficiales confiables al respecto desde el último censo nacional de 1960, que se destacó por ser el último censo en el que se les preguntaba a los habitantes del país respecto de su religión.

En el año 1982, un estudio realizado por U.O. Schmeltz y Sergio Della Pégola, investigadores de la Universidad de Jerusalem, permitió disponer de datos estadísticos más precisos y confiables (Schmeltz y Della Pégola 1986). Recientemente la AMIA

(Asociación Mutual Israelita Argentina) y el JDC (Joint Distribution Committee) encomendaron un estudio socio demográfico sobre la población judía en el AMBA, que verificó la validez de las proyecciones del estudio realizado en 1982 por Schmeltz y Della Pégola.

En el estudio de Schmeltz y Della Pégola se efectuó una proyección estadística retrospectiva sobre la base de los datos del Censo Nacional de Población del año 1960 que registró el número de judíos inmigrantes por año de inmigración, edad y sexo. Mediante un trabajo con cifras de natalidad, mortalidad y reemigración, proyectadas hasta comienzos de siglo, se pudo adaptar razonablemente tanto a las estadísticas de inmigración hasta 1935 de Simon Weill como a las del Censo Nacional de 1947 consideradas las más confiables.

“En el archivo de datos de 1960 (tomados de las tabulaciones del Censo) se incluyó después de ciertos ajustes a 291.877 personas de todas las edades que fueron inscriptas como judíos. Sin embargo, respecto de la religión, algunos judíos podían haber sido incluidos en una de las dos categorías signadas como “desconocida”: aquellos que declararon la pregunta correspondiente a religión. Una evaluación del censo argentino de 1960 indica que el número obtenido directamente-cerca de 292.000- no estaba muy lejos de la probable cifra total de los judíos. La mejor estimación real estaba cerca de los 310.000, de ascendencia judía y no habrían roto por completo sus vínculos con el judaísmo.

No es difícil llegar a la conclusión de que hubo, de hecho, una disminución en la población judía argentina después de 1960.

Tampoco es probable que haya mejorado el balance afiliativo de la población judía argentina; más bien lo contrario. Más aún, entre 1961 y 1982 se registran 33.600

inmigrantes judíos a Israel y un número no específico pero sí importante que emigró a otros países debido a las dificultades políticas y a la situación económica del país. De esta manera una estimación realista del tamaño de la población judía argentina para 1982, sería de 233.000 almas”.

A continuación los resultados de las proyecciones de Schmeltz y Della Pégola:

Cuadro 2.1. Tamaño de la población judía en la Argentina de acuerdo a fuentes diferentes (censos y estimaciones), 1895-1982

Año	RECONSTRUCCION DE LOS AUTORES	ESTIMACIONES CORRIENTES
1900	15,000	6,700
1905	25,000	22,500
1910	68,000	45,000
1915	116,000	100,000
1920	127,000	110,000
1925	162,000	200,000
1930	191,000	200,000
1935	218,000	260,000
1940	254,000	307,000
1945	273,000	350,000
1950	294,000	360,000
1955	306,000	360,000
1960	310,000	400,000
1965	297,000	450,000
1970	286,000	500,000
1975	265,000	300,000
1980	242,000	242,000
1982	233,000	233,000

Fuentes: Schmeltz y Della Pégola, 1982.

2.6. Estudios demográficos recientes

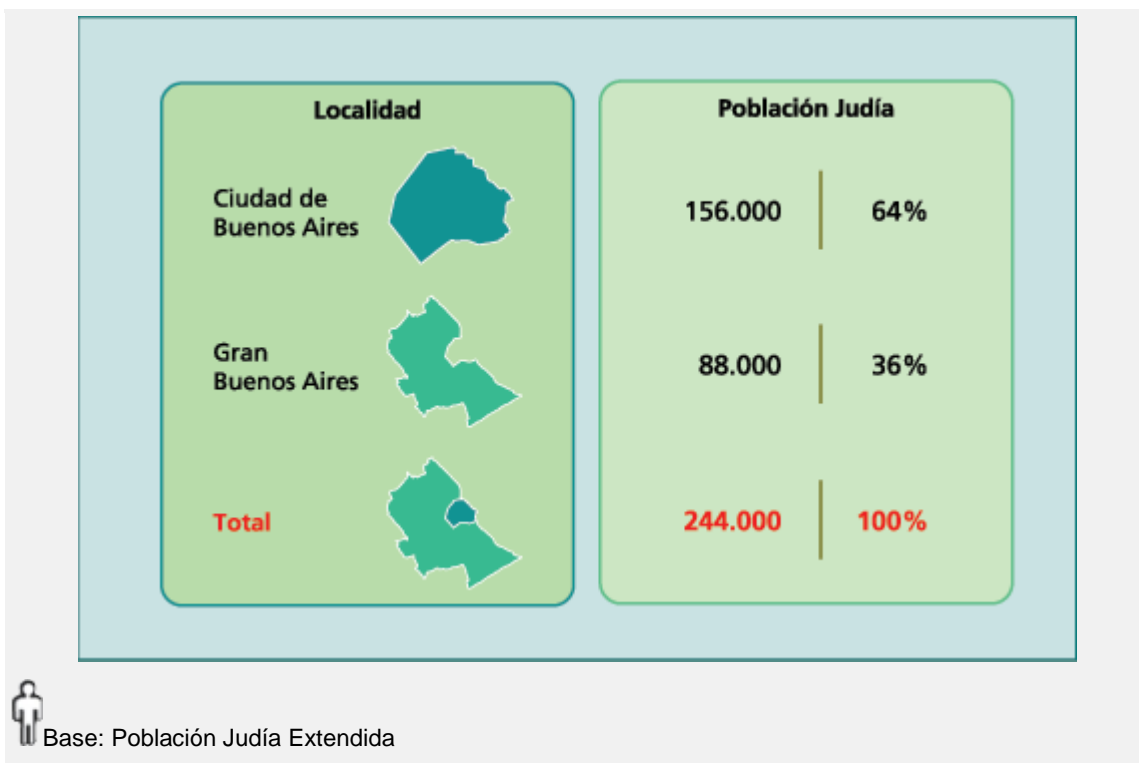
En el año 2005, la AMIA con financiamiento del American Jewish Distribution Committee, realizó un estudio socio demográfico para determinar con exactitud la

población judía de habitantes del Área Metropolitana Buenos Aires, AMBA (Jmelnizky y Erdei, 2005).

Las cifras presentadas corresponden a la denominada Población Judía Extendida (PJE), considerando tales a las personas definidas como judías en el sentido amplio del término, no solo a los nacidos de vientre judío, como determina la tradición religiosa, sino también a aquellos descendientes de padres y/o abuelos judíos, a las personas que se convirtieron al judaísmo y a aquéllos que se autodefinen como judíos.

Los resultados obtenidos muestran que ciento cincuenta y seis mil judíos viven en la Ciudad de Buenos Aires (64 %) y ochenta y ocho mil judíos habitan en el Gran Buenos Aires, lo que nos da un total de doscientos cuarenta y cuatro mil judíos en el AMBA. (infografía 3)¹⁰

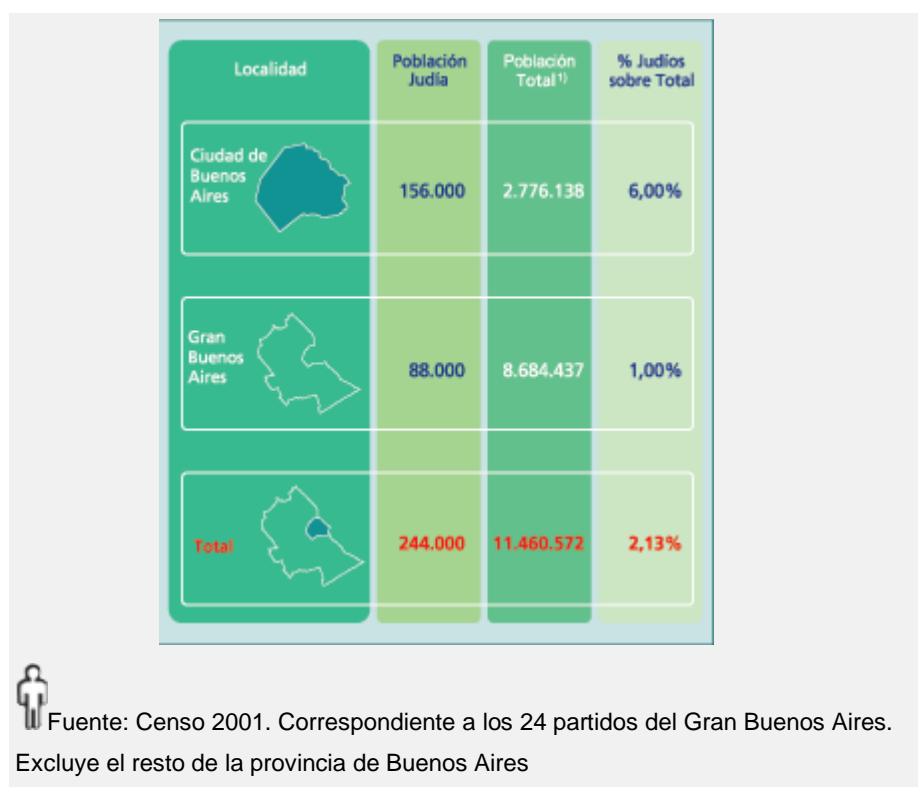
Gráfico 2.1. Población Judía Extendida (PJE) según localidad 2004



¹⁰ Las infografías que ilustran el trabajo corresponden Estudio de Población Judía de Buenos Aires, elaborado por Adrián Jmelnizky y Ezequiel Erdei en Septiembre del 2005.

Teniendo en cuenta que según el censo del año 2001, la población total del área de referencia es de 11.460.572 habitantes (2.776.138, en la CBA y 8.684.437, en GBA)¹¹, se puede estimar que la población judía representa el 2,13 % del universo analizado. Si se procede al análisis de las dos áreas geográficas de referencia, se observará que los judíos del CBA representan alrededor del 6 % de la población total, mientras que en el caso de la GCBA la proporción desciende al 1% (gráfico 2.2).

Gráfico 2.2 Población Judía en relación a Población Total en CBA y GBA. 2001



Es interesante comparar estos números con los proporcionados por S. Della Pèrgola y U. Schmeltz, según cuales, los judíos que vivían en el Gran Buenos Aires representaban el 6% de la población referenciada en 1960. Es decir, habría habido una disminución de la población judía en el área.

Otra de las presunciones instaladas indicaba que la población judía se concentraba mayoritariamente en las franjas más avanzadas de edad. La última fuente de

¹¹ Censo Nacional 2001, INDEC, Ministerio de Economía, Argentina 2001.

información disponible proviene del Centro de Estudios para las Comunidades Judías de Latinoamérica (MEIDÁ) del año 2003.

La población de 60 y más años de la comunidad judía en la Argentina en el año 2003 alcanzaba la cifra de 51.708 habitantes es decir el 21 % de la población total. Si se segmenta la población por cohortes de edad se obtienen las siguientes proporciones:

80 y + años 8.763 el 3,6 %

70 a 79 años 17.451 el 7 %

60 a 69 años 25.494 el 10,4 %

Según estos datos, la estructura de edades de la población de la comunidad judía en su conjunto era en ese momento similar a la total del AMBA: se trata de una población envejecida. Otro dato interesante aportado por el estudio es el porcentaje de adultos mayores de 60 años que recibían asistencia social de la Red de Ayuda Comunitaria de la población judía.

En marzo del año 2003 de 22.940 personas asistidas unos 6882 eran mayores de 60 años que representaban aproximadamente el 30 % del total.¹²

¹² Según últimos datos del SIC (Sistema de Información Comunitario) de la Oficina del Joint para América Latina.

Capítulo 3

Genealogía de la asistencia social para la vejez en la comunidad judía argentina

Los asilos para ancianos y pobres formaron parte de las primeras políticas asistenciales en nuestro país impulsadas por la “Sociedad de Beneficencia”, fundada el 12 de abril de 1823. Las sociedades de Damas Filantrópicas y de Beneficencia se extendieron por todo el país durante el siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, y constituyeron junto con las sociedades mutuales, filantrópicas y de seguros, creadas por la inmigración, los soportes fundamentales de la protección social Argentina. La creación de asilos, fue una respuesta de la sociedad argentina para hacer frente al problema de la ancianidad sin familia y sin recursos materiales. (Informe Sobre Tercera Edad en la Argentina 2000)

Las formas de protección para el anciano desvalido durante el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX fueron:

- 1) Acción benefactora individual
- 2) Acción benefactora colectiva u oficial.
- 3) Asociación de personas privadas.

En todos estos casos se reconoce una premisa común: la caridad cristiana, cuya manifestación más antigua y universal ha sido la limosna. El asilo de ancianos fue la institución emblemática de intervención ante la mendicidad creada para dar protección caritativa. El perfil del mendigo era el del anciano desvalido, el inválido por accidente de trabajo o el que por dolencias crónicas se veía imposibilitado para conseguir trabajo. A fines del siglo XIX, debido al ingreso de grandes masas de inmigrantes al país desde 1880, se registraba alrededor del 60 % de los asilados de origen extranjero.

Las colectividades extranjeras constituyeron sociedades de socorros mutuos e iniciaron sus actividades construyendo hospitales de agudos para la atención de sus asociados. Las colectividades italiana, española, inglesa y francesa fueron pioneras y luego se sumaron las colectividades judía y alemana. Posteriormente, construyeron asilos para

enfermos crónicos y ancianos desvalidos que obstruían el funcionamiento de los hospitales de agudos por la ocupación de camas durante largas estadías. Como se puede apreciar en el siguiente cuadro que ilustra la situación existente en el año 1923, pese a su reducida proporción numérica respecto de otras colectividades, la comunidad judía creó una cantidad relativamente grande de instituciones durante las primeras décadas del siglo XX.

Cuadro 3.1. Número de las principales asociaciones, según sus objetivos, de las distintas colectividades en el año 1923. Ciudad de Buenos Aires

COLECTIVIDAD	CULTURALES, SOCIALES Y DEPORTIVAS	SOCORROS MUTUOS Y BENEFICIENCIA	SIN ESPECIFICAR	TOTALES
Italianas	13	11	22	46
Españolas	6	15	-	21
Francesas	9	14	12	35
Israelitas	20	10	-	30
Inglesas	5	6	12	23
Suizas	3	5	1	9
Alemanas	2	2	-	4

Fuentes: Anuario de La Razón (1923) y *Enciclopedia Judaico-Castellana*, según Francis Korn, Los huéspedes del 20 (citado en Los inmigrantes judíos, Buenos Aires, Manrique Zago Editor, 1982, Pág. 176)

A partir de la segunda mitad del siglo XX, las instituciones del Estado de bienestar argentino tomaron bajo su responsabilidad las políticas de protección social para la vejez. Por un lado, se mantuvieron las instituciones de larga estadía, que cambiaron su modalidad de *asilos* por la de *hospitales de geriatría* y *hogares de ancianos*, denominación que hace referencia a una política asistencial de puertas abiertas, no represivas.

En la década de 1970, la creación del INSSJP (PAMI) generó un impacto en el mercado a través del incremento en la contratación de establecimientos privados que proporcionaban servicios de salud y atención médica, incluyendo la internación de larga

estadía a personas mayores jubiladas provenientes de los sectores sociales medios beneficiarios de la institución. Las prestaciones sociales de la comunidad judía argentina acompañaron, en general, la trayectoria de las instituciones públicas y de la seguridad social argentinas, pero en algunas oportunidades también ofrecieron respuestas innovadoras que sirvieron de modelo para el cambio de políticas públicas.

En este trabajo se sostiene que las relaciones de la comunidad judía argentina con la norteamericana y con el Estado de Israel introdujeron, a partir de la segunda mitad del siglo XX, variaciones en el marco normativo y en el diseño de los programas que resultaron innovadores y sirvieron en muchas oportunidades como modelos sobre los que se basaron las transformaciones en las políticas públicas nacionales y jurisdiccionales. Sobre estos aspectos se detiene el análisis detallado en los puntos siguientes.

3.1. Las etapas de la construcción de la asistencia social en la comunidad judía argentina

Según Feierstein (2006), la organización de asistencia social de la comunidad judeo-argentina se puede categorizar en tres etapas.

La primera etapa corresponde a la denominada *Comunidad Judía Aluvional* (entre 1890 y 1920). Las primeras olas inmigratorias plasmaron una modalidad de: *asociacionismo voluntario* que se presentaba en forma de pequeñas asociaciones de residentes, centros culturales y artísticos, sinagogas y bibliotecas, asociaciones filantrópicas o de beneficencia. Se caracterizaban por estar atomizadas y divididas según criterios de lealtad ideológica (agrupaciones políticas o sindicales) y también por el lugar de donde provenían sus integrantes (sefaradíes, asquenazíes, etc.)

No se centralizaron las funciones comunitarias. La masiva inmigración ruso-polaca recién llegada, en su mayoría de tendencia laica y progresista y con distinta composición social, se afianzó en esta primera etapa.

Se crearon en esta época organizaciones que asumieron gran importancia y representatividad en el desarrollo de los programas asistenciales en general, y para ancianos en particular, entre ellas las más destacadas fueron la Chevrá Kedushá (Piadosa Compañía) – que luego se transformaría en la moderna *kehilá* (comunidad) capitalina, conocida popularmente como AMIA, Asociación Mutual Israelita de la República Argentina, el Hospital Israelita y el Hogar Argentino Israelita para Ancianos. La segunda etapa, fue denominada por Feierstein (*op. cit.*), **Comunidad Judía Organizada**, comprendió el período 1920 a 1960. Se caracterizó por una notable mejora en la capacidad de organización. Debe tenerse en cuenta que hacia 1930, solo en Buenos Aires funcionaban algo más de ciento veinte instituciones judías, por lo que se justificaba una tendencia a la organización. Se realizaron numerosos intentos con la finalidad de centralizar la vida institucional judía para atender las necesidades internas de la comunidad y asimismo representarla ante las autoridades argentinas oficiales y la judeidad mundial.

En esta etapa se fundaron los primeros colegios judíos, tales como la escuela Scholem Aleijem y los clubes socio-deportivos, entre los más importantes Macabi, Hebraica y Hacoaj.

En 1943, se inauguró el edificio histórico de la AMIA en la calle Pasteur 633 y la AMIA se consolidó como centro de la vida comunitaria, se crearon durante esa época el Departamento de Cultura y el Consejo Central de Educación Judía, entre otros.

En los años que siguieron hasta 1960 se produjo el fin del flujo masivo de inmigrantes, la diversificación ocupacional, con una disminución de los sectores abocados a tareas manuales y una rápida movilidad social ascendente. La integración socioeconómica de los judíos en la Argentina se extendió a áreas más vastas que en el período anterior. La asimilación cultural coincidió –o fue la causa- del alejamiento de los jóvenes de la

segunda y tercera generación de judíos nativos de las instituciones comunitarias formadas por inmigrantes. A medida que avanzó la década de 1950, el arte y la cultura idish fueron perdiendo terreno y se produjo un corte generacional.

La tercera etapa, entre 1960 y 1990, denominada por Feierstein (*op. cit.*) como de la **Comunidad Judía Moderna**, se caracterizó por el cambio de paradigma promovido por las nuevas generaciones que consideraban anacrónico el modelo asociativo fundado por sus padres y abuelos inmigrantes. La nueva generación no participó del modelo de asociacionismo voluntario y tampoco se interesó en su adhesión societaria a las nuevas entidades centrales. En cambio comenzaron a participar en mayor número en otras organizaciones que respondían más adecuadamente a su proceso de integración al país. En esta etapa crecieron los grandes clubes socio-deportivos y las nuevas congregaciones comunitarias y religiosas.

Se *profesionaliza* definitivamente la asistencia social y la dirección de las instituciones, conviviendo los profesionales con los activistas y voluntarios tradicionales que eran característicos de los modelos anteriores de gestión institucional.

El cambio trajo aparejados algunos conflictos, con ventajas y desventajas. Por un lado, se llevaba a cabo una asignación más objetiva de recursos, se realizaban evaluaciones socioambientales, y las organizaciones podían contar con profesionales entrenados en la complejidad de la vida moderna; incorporaron disciplinas como la sociología, la psicología y el psicoanálisis, terapias grupales y también herramientas modernas de marketing y gestión organizacional.

Las críticas a la implementación de este modelo se basaban en la presunta *desideologización* y cierta pérdida de valores tradicionales de la solidaridad que corría el riesgo de transformar a las instituciones en *entes pragmáticos y eficientes*, manejados por gerentes capaces pero *vacías* de contenido. Feierstein (2006)

A medida que se profundizaba en la Argentina la nueva estructura socio-económica de los años 90, la comunidad judía acusaba el impacto, que se comenzaba a percibir en su organización comunitaria. Mientras un sector se acomodaba a los nuevos tiempos y proponía desregular y privatizar la ayuda educativa y social focalizando la acción en segmentos de menores recursos (al estilo del modelo de las comunidades judías-norteamericanas de auto valimiento económico y control de gestión más directo y autónomo), otros sectores persistieron en la necesidad de consolidar instituciones judías centrales fuertes, para evitar la dispersión y el vaciamiento comunitario.

Al mismo tiempo comenzaron a perfilarse grupos que a través de estos rápidos cambios fueron quedando marginados de las nuevas modalidades institucionales:

- El viejo segmento de inmigrantes, trabajadores manuales, que no pudieron desproletarizarse en el ámbito urbano y descolonizarse en el ámbito rural y un importante grupo de intelectuales y trabajadores de la lengua idish (periodistas, escritores, actores).
- Los grupos que no lograron una movilidad social y ocupacional y aquellos que sufrieron una pauperización creciente y que no pudieron superar las sucesivas crisis económicas. Pertenecer a la comunidad judía y a sus organizaciones (escuelas, clubes, organizaciones de beneficencia, countries) resulta muy oneroso para una familia tipo, a pesar de los sistemas de becas y subsidios existentes.

La crisis social y económica del país afectó de manera particular a la población judía argentina (en su gran mayoría ubicada socialmente en la denominada clase media), desde fines de la década de 1980 hasta bien entrados los 90 con la importante eclosión de finales del año 2001, que generó un proceso de polarización comunitaria entre los sectores más pudientes y los sectores medios y medios –bajos (Kliksberg, 2000). La

crisis del año 2001 abrió un nuevo período en la programación social de la comunidad judeo argentina que llega hasta la actualidad, acompañando la transformación de la población comunitaria. En el capítulo 4 se analizará en profundidad esta nueva trayectoria.

3.2. Genealogía de los servicios para adultos mayores en la comunidad judía argentina.

Las primeras instituciones de asistencia social creadas por la comunidad en la Argentina estuvieron dirigidas a la atención de los enfermos y la sepultura de los fallecidos. En un segundo momento, se amplió la cobertura mutual para huérfanos y ancianos desvalidos o enfermos crónicos.

La “Chevrá Kedushá” (Piadosa Compañía) fue fundada oficialmente en 1894, con fines exclusivamente rituales y obtuvo su personería jurídica el 14 de Julio del año 1900. El objetivo principal de esta organización fue dar sepultura judía por lo que resultaba necesario adquirir un terreno para la construcción de un cementerio judío.

El primer hito social de la comunidad judía argentina está fechado el 25 de Diciembre del año 1900, cuando el rabino Henry Joseph organizó una reunión a la que asistieron setenta y cinco personas con el propósito de recaudar fondos para la creación de una Asociación Filantrópica denominada Ezrah (Ayuda). En esta reunión se colectó el capital inicial y diez años más tarde, en 1910, se reunieron los fondos necesarios para la adquisición de un terreno destinado a la construcción del futuro **Hospital Israelita Ezrah** (Jankilevich, 1999).

El 29 de octubre de 1916 se logró el objetivo cuando se colocó la piedra fundamental del primer pabellón del nosocomio, que llegaría a ser uno de los más importantes del país, con profesionales y jefes de servicio de gran prestigio, que atendía no solo a los miembros de la comunidad judía sino que estaba abierto a toda la sociedad.

Es importante recordar que a principios del siglo pasado, los estudiantes de medicina de origen judío no siempre eran bien recibidos en las instituciones de salud para iniciar su formación como practicantes. También resultaba difícil para los inmigrantes que no hablaban el idioma español recibir una adecuada atención médica. A semejanza de otras colectividades como la italiana o la española, el Hospital Israelita cumplió un papel importante ofreciendo un ambiente tradicional y comprensivo para los inmigrantes judíos que provenían de diversos países. (Jankilevich, 1999)

En 1921 el número de enfermos internados era de 589 y en 1941 ascendería a 3,181. En ese período de veinte años las consultas aumentaron de 10.973 a 113.334. A fines de la década del cuarenta el hospital contaba con ciento cuarenta médicos que no percibían sueldo, treinta y cinco practicantes y ciento cinco enfermeros, además del personal administrativo y de maestranza. En 1943 la Sociedad Israelita de beneficencia “Ezrah” contaba con 23.999 socios.

Por su parte, el **Hogar Israelita Argentino para Ancianos** fue la más emblemática y representativa de las organizaciones de atención y cuidado de los ancianos dentro de la comunidad judía argentina, desde la creación de las primeras instituciones de ayuda y socorros mutuos. *El Asilo Israelita para Ancianos y Huérfanos*, tal era su nombre original, fue fundado el 17 de septiembre de 1915 por iniciativa de un grupo de inmigrantes, según el modelo asistencial que los recién llegados habían conocido en sus comunidades de Europa oriental. Fue creado originariamente con la finalidad de albergar a los niños y ancianos que la primera posguerra había dejado a merced de la soledad y del desamparo. (Bargman, 1995)

Inaugurando una tradición que se mantendría a lo largo del tiempo, la recolección de fondos para el asilo se inició con distintas funciones artísticas y bailes a beneficio. La primera casa del Asilo se fundó en la calle Juramento 1719, junto a la Estación

Barrancas de Belgrano. El establecimiento original incluía dos asilos separados. Uno para los ancianos y otro para los niños. (Bargman, 1995) Los primeros residentes no fueron ancianos, sino niños judíos huérfanos que hasta ese momento vivían internados en orfanatos dirigidos por religiosos católicos. El primer anciano que ingresó al asilo provenía de un refugio católico y el segundo residente fue uno de los propios fundadores del asilo, un periodista pionero del periodismo judío en Argentina, llamado Abraham Vermont.

El asilo de ancianos posteriormente recibió a personas inválidas del grupo de inmigrantes que participó de la colonización y artesanos de edad avanzada. También a muchos padres y madres que por diversas razones ya no podían convivir con sus hijos se alojaron allí.

En 1921 el asilo de huérfanos recibió a un centenar de niños que habían perdido a sus padres en los *progroms*, (matanzas), de Ucrania y que fueron traídos al país, a instancia del Comité Pro Víctimas Israelitas de la Guerra y los Pogroms. A ellos les cantó el poeta Arturo Capdevila. Ese mismo año comenzó la construcción de una sede propia para los alojar a los huérfanos en la calle Cabildo 3642. Los niños contaban con su propia escuela, desfilaban para las fiestas patrias y hasta tenían su propia banda de música. El idioma de preferencia (además del castellano), por supuesto, era el ídich. Con el tiempo se abrieron talleres de aprendizaje de imprenta y broncearía.

En 1927 se inició la edificación del Asilo de Ancianos en la calle Monte 2049, en el barrio de Flores que se inauguró en plena crisis financiera mundial en el año 1929. La comunidad judía de la Argentina, en esos primeros tiempos *heroicos*, de fundación de sus primeras instituciones, estaba muy consustanciada con la obra del Asilo de Ancianos y Huérfanos y la solidaridad se expresaba de múltiples formas: Se vendían decenas de miles de ejemplares del boletín del asilo y la cantidad de socios y

contribuciones se incrementaba. Cada ocasión solemne, cada fiesta comunitaria servía para el propósito de cumplir con la mitzvah (obligación moral) de la tzedaká, la justicia social. Cada pequeño paso que se daba era considerado un logro de toda la comunidad y la inauguración de cada obra era un acontecimiento social muy importante. Los bailes, banquetes y funciones artísticas a beneficio contaban con una concurrencia masiva.

Cada uno de los proyectos destinados a la construcción e inauguración de una institución de asistencia social, así como los eventos para la recaudación de fondos constituían, en sí mismos, acciones de cohesión social de la comunidad y acontecimientos para la reunión social de los inmigrantes. Además, el funcionamiento de las instituciones de asistencia favorecía la integración de la comunidad judía con la sociedad en general, debido a que la obra tenía una singular repercusión en el conjunto de la ciudadanía. El Consejo Nacional de Educación alentaba y felicitaba a la comunidad judía por la instrucción que se ofrecía a los huérfanos y el Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires otorgaba importantes subsidios para su funcionamiento.

El prestigio social de las instituciones asistenciales, y en particular, el asilo para ancianos y huérfanos, se acrecentaba también porque los grandes artistas del mundo judío que visitaban la Argentina les donaban la recaudación de algunas de sus actuaciones: Molly Picon, Mourice Schwartz y también figuras populares del ámbito local como el actor Iacov Ben Ami, el cantante Javel Katz y las orquestas de Sam Liberman y de Leo Feidman, personalidades como el diputado Adolfo Dickman y el escritor Alberto Gerchunoff se hacían presentes en los grandes eventos y apoyaban esta obra humanitaria. En sus primeros años, la creciente demanda de albergue hizo que el asilo debiera trasladarse en varias oportunidades hasta que merced a una donación se trasladó de manera definitiva a Burzaco, Provincia de Buenos Aires.

En 1939 estalló la Segunda Guerra Mundial y las persecuciones raciales asolaron a los judíos de Europa. En pleno conflicto bélico, con más de doscientos huérfanos a cargo, la institución se veía carente de espacios y de medios para albergarlos. Mientras tanto el gobierno argentino había concedido el ingreso de miles de niños judíos a la Argentina que nunca llegarían y perecerían finalmente en las cámaras de gas.

El 30 de diciembre de 1942, el filántropo español Don José Iturrat, un industrial embanderado en la causa republicana, donó al asilo los terrenos de su casco de estancia, en la localidad de Burzaco. Según sus propias palabras motivó su gesto: *“la indignación que en mi espíritu ha provocado la constante y despiadada persecución de que son víctimas todos los israelitas en los territorios ocupados por los autoritarios y que no tiene precedentes en los anales de la historia”* (Bargman, 1995).

Al año siguiente una multitud se congregó en Burzaco para la colocación de la piedra fundamental de los pabellones, acontecimiento que fue registrado por el noticiero de Sucesos Argentinos. Para afrontar los gastos de la nueva construcción la institución vendió sus propiedades en la Capital.

Acorde al espíritu de la época se cambió la denominación de *Asilo* por la de *Hogar Israelita Argentino para Ancianos y Huérfanos*. Allí se construyeron los, por entonces, modernos pabellones que albergaron a centenares de niños y ancianos y se abrieron en el nuevo predio una escuela industrial, un templo, una panadería y hasta un frigorífico.

En el año 1947, una vez finalizadas las obras, se celebró la inauguración del Hogar. Debe tenerse en cuenta que en el año 1949 fueron incluidos en la Constitución Nacional promulgada ese mismo año los Derechos de la Ancianidad, en el marco de las ideas de la segunda posguerra. Un año antes se promulgaba la Declaración Universal de los Derechos Humanos en las Naciones Unidas. Se trató de un momento crucial en el cambio de paradigma en materia de políticas sociales.

El Hogar Israelita de Burzaco se inauguró en esa particular encrucijada histórica. Sin perjuicio de ello, la planta física se diseñó con el criterio tradicional de pabellones y baños colectivos, es decir, sin respetar el derecho a la privacidad de los residentes. Asimismo, por tratarse de un casco de estancia, se produjo un inmediato aislamiento de los residentes con respecto a la población de la localidad urbana más próxima.

Después de una década de funcionamiento, en el año 1955, la población residente del Hogar de Burzaco, ascendía a 279 ancianos, 138 hombres y 141 mujeres y 119 niños.

En 1958, pese a la mala situación financiera que atravesaba la institución, el Consejo de Educación Judía organizó con éxito una colonia de vacaciones en el Hogar. Fue una actividad que se podría considerar precursora al promover la integración de la población de residentes con los no residentes. Ese mismo año colaboradores de todo el país se congregaron en la “Primera Convención Territorial del Hogar”. Se trataba de un encuentro con delegados de las principales comunidades judías de Buenos Aires y del interior del país para coordinar acciones que permitieran sostener el Hogar, teniendo en cuenta que recibía a residentes del interior. El prestigio de la institución crecía y en 1965 las Naciones Unidas otorgaron al Hogar una contribución simbólica (Bargman, 1995). A finales de la década del 1960 quedaban pocos niños en Burzaco, por lo que se decidió su traslado a otro edificio para que pudieran recibir una adecuada educación.

En la década de 1970 se produjo un nuevo cambio de paradigma en las políticas asistenciales de la comunidad judía argentina que, por supuesto, impactó en los servicios dirigidos a los adultos mayores. Como se mencionó precedentemente, las transformaciones más importantes fueron las referidas a la profesionalización de la asistencia y la incorporación de los servicios de promoción e integración social y el empoderamiento de los destinatarios de las prestaciones.

En relación al Hogar de Burzaco, se construyó una sede en la Capital Federal con oficinas administrativas en la calle Ecuador 780, se mejoraron las instalaciones de enfermería y servicios médicos y se construyó el *Club de la Amistad*, donde funcionaba un área social y de esparcimiento para los residentes. Posteriormente y merced a donaciones recibidas de toda la colectividad judía, se realizaron nuevas obras, se remodelaron algunos de los pabellones y se construyó uno nuevo que por primera vez incorporaba habitaciones para dos personas con baño privado.

Los residentes contaban con supervisión profesional permanente; servicio de odontología en consultorios propios, kinesiología preventiva y de rehabilitación y la atención de un equipo interdisciplinario de especialistas en salud. El servicio social cumplía una importante tarea, sobre todo si se tiene en cuenta que el Hogar durante muchos años fue la única institución gratuita en el ámbito judeo-argentino capaz de cubrir las necesidades de ancianos de toda condición económica, incluyendo a los carenciados, cualquiera fuera su país de nacimiento o su lengua materna.¹³

La condición para ingresar al Hogar Israelita era una evaluación del servicio social. En ese momento el criterio de dependencia no era determinante y se aceptaban adultos mayores autoválidos que no tenían otro lugar donde vivir. La oferta de actividades terapéuticas se amplió enormemente incorporando a profesionales de la psicología, terapia ocupacional, música terapia, educación física, que se abocaron a mejorar la calidad de vida de los residentes.

Se alentó el empoderamiento y la autogestión de los ancianos capacitando a los líderes naturales en técnicas de conducción de grupos para que pudieran ellos mismos coordinar talleres bajo la supervisión de los profesionales. También se promovió la

¹³ La comunidad judía argentina contaba con otros Hogares de Ancianos, como por ejemplo el Hogar Adolfo Hirsch que fue fundado por inmigrantes judíos de origen alemán, en general de buen poder adquisitivo, y que en sus primeros años de existencia admitía preferentemente a ancianos judíos de ese origen.

participación de los ancianos de encuentros intergeneracionales con jóvenes alumnos de la red escolar judía y en las más diversas actividades de las instituciones recreativas, sociales y culturales de la colectividad. El Hogar contaba con servicios espirituales rabínicos y con una cocina estrictamente kasher debidamente supervisada.

En 1980 el Hogar contaba con una población de 481 ancianos internados, compuesta por 213 hombres y 268 mujeres. El promedio de edad de la población era de 82,5 años.

Las características funcionales de la población en ese momento mostraban que el 63 % de los residentes eran independientes (305 ancianos) y se valían por sus propios medios.

Los ancianos con discapacidades físicas constituían el 28% de la población asistida (134) y con discapacidad mental el 9 % (42). Estos residentes se alojaban en siete pabellones, la superficie cubierta por las instalaciones del hogar era de alrededor de 14,000 metros cuadrados distribuidos en 17 hectáreas de terreno.

La mayoría de los pabellones tenía más de treinta y cinco años y sus instalaciones se encontraban deterioradas por el uso u obsoletas por la antigüedad (con la excepción de uno que era más moderno y el área de laborterapia que había sido construida recientemente). Lo mismo se aplicaba a la infraestructura de servicios generales, (agua potable, energía eléctrica, instalaciones contra incendios, iluminación, caminos, senderos y parqueización. El mantenimiento de la planta física ya por ese entonces exigía invertir grandes sumas de dinero.

En la década de 1980 se realizó una convención nacional para estudiar la problemática del Hogar y recomendar líneas de acción. La convención resolvió efectuar una campaña para promover la asociación de veinte mil socios destinada a cubrir el presupuesto y mejorar los servicios del Hogar. No obstante y a pesar de algunas mejoras edilicias, la estructura original de los pabellones se mantuvo más o menos igual hasta el cierre del Hogar acaecido en marzo del 2007.

3.3. Los clubes de la tercera edad y la creación de la red de centros de adultos mayores de la comunidad judía Argentina

La comunidad judía fue pionera en el desarrollo de centros culturales, recreativos y clubes, específicamente diseñados para que los adultos mayores pudieran disfrutar de su tiempo libre. En nuestro país, una ONG conformada por mujeres de la colectividad conocida como el Consejo Argentino de Mujeres Israelitas (CAMI) encaró en el año 1957 la creación del primer club para la tercera edad de la Argentina, que se denominó *Club Edad de Plata* (Paola, 2003). Se trataba de una réplica de otro club similar que funcionaba en la comunidad judía de los Estados Unidos y su nombre hacía referencia al color de la las canas de las sienes de las personas mayores¹⁴.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, los cambios de orientación en los programas de asistencia social de la comunidad judía argentina estuvieron asociados en parte a la vinculación espontánea o institucional con la comunidad judía estadounidense. Después de la década de 1950, finalizada la Segunda Guerra Mundial, fueron habituales los viajes de inmigrantes europeos o de sus hijos a los Estados Unidos para visitar a los hermanos y familiares radicados allí. Las visitas de los judíos argentinos a sus familiares norteamericanos les permitieron tomar contacto con un cambio radical en los estilos de vida de las personas mayores, que lideraban en ese momento los jubilados norteamericanos. Los clubes de personas mayores, los condominios, el turismo, la reivindicación de sus derechos civiles y otras actividades sociales, educativas y sectoriales se desarrollaban con vigor y, de manera particular, el cambio era protagonizado por los adultos mayores de la comunidad judía. El CAMI fue precursor en la introducción de modelos de promoción comunitaria innovadores. El modelo del

¹⁴ En los Estados Unidos es muy habitual que se hable de los grupos “silver” (plata) en alusión al cabello cano de los adultos mayores. Una expresión que se comenzó a acuñar en la década del 1980 fue la de “silver market” o “mercado de las canas” ya que las personas de edad comenzaron a percibir mejores jubilaciones y pasaron a ser considerados un potencial mercado consumidor.

Club Edad de Plata inspiró la creación de la red de centros de jubilados y pensionados que creó el INSSJyP posteriormente a su fundación en 1970.

A partir de su origen, los clubes o centros de tercera edad comunitarios comenzaron a multiplicarse acompañando el crecimiento de la población mayor hasta alcanzar la formación de cincuenta centros en la Capital Federal y con los años se replicaron en el interior del país donde funcionan actualmente alrededor de quince clubes. Su tamaño puede variar desde pequeños clubes con veinte socios a clubes de más de trescientos asociados.

Por su importancia y cantidad de asociados se debe mencionar como ejemplo al club 65¹⁵ creado por la Sociedad Hebraica Argentina en 1977 y el club Jofesh (ocio) creado por la AMIA en 1983.

Los adultos mayores que concurren a estos centros conforman grupos que comparten el mismo espacio y mantienen vínculos relativamente estables. Los grupos funcionan en instituciones pre-existentes de la comunidad judía tales como: escuelas, templos, instituciones socio-deportivas, mutuales, cooperativas y más recientemente countries (Gerkovich, 1989). La población que actualmente asiste a los clubes es de alrededor de dos mil quinientas personas.

Los clubes ofrecen un marco adecuado para la realización de actividades sociales, culturales, recreativas, deportivas, artísticas, educacionales, preventivas y de salud. Se orientan hacia una población mayor a sesenta años de edad pero también se realizan actividades intergeneracionales. Los socios que asisten a los clubes son personas autoválidas, que pueden concurrir por sus propios medios y que se manejan de manera independiente. La modalidad de asistencia y participación es relativamente libre y cada socio construye su propio recorrido por la institución. Funcionan por la tarde iniciando

¹⁵ Con los años el Club 65 debió cambiar su nombre debido al incremento de la longevidad sus socios que tenían en promedio 80 años. Actualmente se llama Área Vidas. (Chapot, Abramovich y otros autores, 2001)

las actividades entre las 14:30 y las 16:30, según el club, y en general finalizan alrededor de las 18:30 o 19 horas.

Los clubes suelen tener un cronograma de tres bloques de actividad. En la primera franja horaria se trabaja en una modalidad grupal a cargo del coordinador de las actividades, en la segunda hora se trabaja en talleres a cargo de profesores especializados y finalmente el tercer momento denominado de socialización es a la hora del té, en el que los socios se reúnen de manera informal. La elección del club al que se concurre es libre y se orienta por diversos motivos, algunos por proximidad geográfica, otros porque tienen amigos allí o porque les gustan las actividades. Los clubes son prácticamente gratuitos, se paga un arancel simbólico que actualmente ronda los veinte pesos mensuales y quien no puede hacerlo recibe una beca.

La estrategia para la organización de los clubes y centros recreativos para adultos mayores fue progresiva, guiada por la propia demanda de los adultos mayores, de las organizaciones comunitarias que solicitaban su apertura o a través de la oferta de actividades; así se crearon centros en barrios donde existía mayor concentración de población envejecida y no había ningún club. La difusión de las actividades se realizó a través de los medios de comunicación comunitarios: (periódicos, programas de radio, etc.) y también mediante la transmisión boca a boca, siendo los propios socios los principales promotores del crecimiento de este tipo de propuestas. En muchos casos los nietos que concurren a las escuelas de la red escolar judía donde funcionan por las tardes los centros se ocuparon de invitar a sus abuelos a las actividades (Gerkovich, 1989).

Los clubes facilitan un lugar de encuentro que posibilita la recreación y comunicación entre pares y permiten asegurar que las necesidades de socialización se canalicen a través de una adecuada programación que lleva adelante personal debidamente

capacitado. Además constituyen un marco de aprendizaje permanente y de actualización temática y promueven actividades interinstitucionales y acciones que resultan de utilidad tanto para la comunidad como para los propios mayores.

Las actividades se focalizan en:

- Actividades físicas: gimnasia adaptada a la edad, yoga, expresión corporal, deportes, caminatas, tai chi chuan, etc.
- Actividades culturales: conferencias, mesas redondas, cursos, cine debate, grupos de reflexión, talleres, etc.
- Actividades artísticas y expresivas: plástica, teatro, coro, danzas folklóricas, cerámica, taller literario, taller de radio, etc.
- Actividades sociales: salidas al teatro y al cine, paseos, excursiones, celebraciones y festejos, mini-turismo, campamentos, bailes, etc.
- Actividades de prevención y promoción de la salud: prevención de accidentes y caídas, primeros auxilios, nutrición, talleres de estimulación cognitiva y de juego y memoria, etc.
- Primer nivel de servicios: peluquería, manicura, podología, etc.
- Voluntariado.

En los clubes no hay servicios de atención médica (solo un área protegida para atender las urgencias y emergencias). Todos los clubes están dirigidos por profesionales de áreas humanísticas y sociales: trabajadores sociales, psicólogos, sociólogos, terapeutas ocupacionales, etc. A los coordinadores los complementan los profesores especializados y todos ellos reciben formación en gerontología.

En el año 1983 el Área de Adultos Mayores de AMIA creó la primera **red de clubes y centros para la tercera edad** de la comunidad judía, cumpliendo un rol como

organizador y promotor de actividades de capacitación y supervisión de los coordinadores grupales y equipos profesionales de la red.

En síntesis, durante el siglo XX la comunidad judía promovió el desarrollo y crecimiento de los servicios para los adultos mayores replicando las características de los modelos locales y recibiendo también la influencia de modelos de atención gerontológico de otros países donde la colectividad judía constituye un sector fuerte y dinámico.

Probablemente la mayor influencia haya provenido del modelo de atención comunitaria de la colectividad judía norteamericana y por supuesto del Estado de Israel que tiene importantes lazos con la comunidad judía argentina.¹⁶

La genealogía del Asilo de Ancianos y Huérfanos de Burzaco es una muestra del traslado de los modelos de asistencia social desde Europa al Nuevo Mundo. Las mutuales y organizaciones sociales de diversas colectividades les dieron impulso y crearon sus propios asilos para ancianos y hospitales en la Argentina. Desde su fundación, *Burzaco* (así llamado popularmente) reflejaba en su concepción arquitectónica el modelo asilar de ancianos alojados en pabellones o salas con camas separadas por biombos o tabiques de madera, sin la intimidad necesaria y con baños compartidos.

La ubicación geográfica favorecía el aislamiento del resto de la comunidad ya que estaba alejado de las escuelas, clubes y sinagogas. Si bien siempre fue un asilo de puertas abiertas, el aislamiento geográfico reforzaba la sensación de encierro y soledad.

Durante muchos años y casi hasta su cierre el asilo albergaba a ancianos pobres, sin techo y no a personas dependientes con alguna patología invalidante. De este modo, el asilo era una manera institucionalizada de dar respuesta a la pobreza del anciano

¹⁶ Un completo informe respecto del funcionamiento de los programas de atención para los adultos mayores de la comunidad judía en Estados Unidos y del modelo de atención de la población mayor en Israel puede apreciarse en el anexo de este trabajo.

siguiendo la modalidad de segregación de la pobreza propia de los patronatos del siglo XVII (Castel, 1989).

Con los años, se fueron incorporando los avances de la geriatría y la gerontología y el *Asilo* fue dando paso al *Hogar*. Comenzaron a proporcionarse nuevos servicios al incorporar los avances en el campo de la medicina, psicología, nutrición y la terapia ocupacional, entre otros.

Hasta la década de 1980, los hogares de ancianos o en su moderna denominación, los *geriátricos*, fueron las instituciones que más se desarrollaron y crecieron para dar una respuesta a los problemas de la población añosa con problemas sociales, fragilidad o dependencia. No obstante, para esa época la comunidad judía, siguiendo el modelo americano, ya contaba con una importante red de clubes y centros para la tercera edad focalizados en brindar servicios sociales y recreativos para la población mayor no dependiente. Estos centros florecieron y no han dejado de experimentar un importante crecimiento a lo largo de los últimos 40 años.

“El trabajo pionero realizado por la comunidad judía en esta área ha llamado favorablemente la atención de municipios y dependencias nacionales al punto de solicitar asesoramiento en gerontología; además un número de universidades nacionales y privadas utilizan nuestros centros como un lugar para las prácticas universitarias”. (Gutman/Lew 1989).

Al finalizar el siglo XX, una profunda crisis social y económica puso fin a la tercera etapa de expansión de los programas sociales e impuso una redefinición de los mismos para dar respuesta a los nuevos problemas sociales que emergieron en la población destinataria.

Capítulo 4

Crisis y reorientación de los programas de asistencia social de la comunidad judía argentina hacia fines del siglo XX

Al promediar la década de 1970, el clima de expansión de las instituciones sociales judías dirigidas a la amplia clase media, escuelas, clubes de la tercera edad, clubes deportivos, sufrió el ajuste que impusieron factores derivados de la estructura política argentina. El golpe militar del año 1976 se ensañó especialmente con las familias de la comunidad judía. La ideología antisemita de una parte de las fuerzas de seguridad argentinas fue una de las causas de la desaparición forzosa y el ensañamiento y tortura de una importante cantidad de jóvenes de origen judío. Muchos miembros de la comunidad judía tuvieron que marchar hacia un exilio forzado para salvar sus vidas.

El apoyo de la comunidad norteamericana también se hizo sentir en esta oportunidad. El rabino Marshal Meyer arribó a la Argentina poco tiempo después de haber sido ordenado como rabino y fue uno de los líderes y pionero del *Movimiento Judío por los Derechos Humanos*, integrante de la CONADEP. En su extraordinaria obra se destaca la fundación de la comunidad Bet-El y la creación del Seminario Rabínico Latinoamericano. Para Meyer, la religión implicaba un compromiso social y comunitario. Pensaba en una *sinagoga social*, en la cual tendría lugar una lucha pacífica por una “Argentina mejor, democrática, honesta, pluralista y soberana”.

Marshal había estudiado en el prestigioso Jewish Theological Seminary of America (JTS), la principal escuela rabínica del Movimiento Conservador¹⁷ en Estados Unidos y allí conoció a su mentor y maestro Abraham Joshua Heschel¹⁸.

¹⁷ Movimiento religioso tradicionalista judío, originado en el siglo XIX en algunos países de Europa y en los Estados Unidos. Su centro principal está en Estados Unidos aunque cuenta con numerosas comunidades afiliadas en América Latina e Israel. Considera a la ley rabínica como base del judaísmo, pero sostiene que ésta fue y debe seguir siendo flexible y adaptarse a las necesidades de la época. (*Enciclopedia de la Historia y la Cultura del Pueblo Judío*, 1998)

¹⁸ Una de sus principales innovaciones teológicas consistió en argumentar que una comunidad religiosa no puede pretender el monopolio de la verdad teológica. Tal vez por ser el dueño de esa mirada, Heschel fue ungido por las organizaciones judías de América para negociar con los

Heschel, tal vez la figura más importante de la teología judía del siglo XX, dedicó buena parte de su desarrollo intelectual a estudiar a los profetas hebreos y entendió sus enseñanzas como un llamamiento para la acción social y el reclamo de justicia. Por eso trabajó de manera activa a favor de los derechos civiles de las minorías- sobre todo la comunidad negra- y militó de manera muy activa en contra de la Guerra de Vietnam. *“La indiferencia al mal es peor que el mal mismo”* solía argumentar.

Uno de los mejores amigos de Heschel era Martin Luther King. Cuando el líder negro fue asesinado en Memphis, el rabino que acostumbraba a marchar con él contra la segregación racial, caminaba a su lado. El estrecho vínculo lo transformó en uno de los encargados de realizar su servicio religioso durante su entierro acompañado de pastores de otros credos. *“Cuando caminaba junto a Martín Luther King sentía que mis pies estaban rezando”*, acostumbraba a decir Heschel, para quién la religión no se podía reducir a un culto ni era posible pensar que la iglesia, la sinagoga o las mezquita son los únicos lugares en los que uno puede comunicarse con Dios. (Rosemberg, 2010)

Marshal Meyer, fuertemente influenciado por estas ideas se propuso llevar a la práctica la justicia social, desarrolló una gran tarea asistencial y comunitaria, colaboró junto a toda su comunidad en causas sociales como la construcción de una salita médica en la villa 31 de Retiro. Quizás su mayor aporte fue el de defender los derechos humanos en plena dictadura militar, visitando a presos políticos de origen judío y no judío en las cárceles. Participó en la elaboración del informe de la Comisión Nacional de Personas Desaparecidas CONADEP, y sugirió que llevara por título: *Nunca Más*, porque fue el grito de los sublevados del ghetto de Varsovia cuando decidieron luchar contra la opresión (Plavnik, 1989).

líderes de la Iglesia Católica Romana en el Concilio Vaticano II. Heschel persuadió a la Iglesia para eliminar o modificar pasajes de la liturgia católica que ofendían a los judíos o promovían su conversión al cristianismo. (Rosemberg, 2010).

A partir del año 1983, el retorno de la democracia no pudo revertir la decadencia económica iniciada durante la dictadura militar. La década de 1980 fue considerada la *década perdida* para los países de América latina debido a la caída del producto bruto interno. Como consecuencia de esta situación macroeconómica adversa, emergió en los países de la región un fenómeno social al que se denominó *nueva pobreza*. Se consideró *nuevos pobres* o *pauperizados* a sectores de la población que históricamente habían sido ajenos a la pobreza, pero que durante la década ingresaron a ella debido a la insuficiencia de ingresos monetarios.

En la Argentina, el Estudio de la Pobreza Urbana (INDEC, 1994) mostró que una proporción significativa de hogares que habitaban viviendas de calidad adecuada, cuyo jefe tenía buen nivel educativo, con pocos integrantes inactivos en el hogar, percibían ingresos monetarios insuficientes para adquirir la canasta de bienes indispensables para llevar adelante una vida digna según los estándares vigentes en la sociedad. El Estudio mostró además que los jubilados y pensionados resultaban particularmente afectados por la incidencia de la nueva pobreza. La situación perjudicaba de manera especial a los hogares de pareja sola que debían compartir los ingresos provenientes de un único haber jubilatorio. (Redondo, 1990)

La crisis hiperinflacionaria del año 1989 arrojó más cantidad de familias a la pobreza, en un proceso sin precedentes desde la crisis del año 1930. La pauperización de importantes proporciones de hogares de los sectores medios urbanos argentinos perturbó la situación social de la comunidad judeo-argentina.

En la sociedad argentina estaba difundido el mito de que no existen *judíos pobres*. Como se señaló precedentemente, los primeros inmigrantes judíos que arribaron al país eran personas de muy bajos recursos y con el tiempo la mayoría de ellos fueron progresando, merced a trabajo y esfuerzo, constituyendo como muchos otros

inmigrantes la *clase media* argentina. Sin perjuicio de ello, históricamente siempre existieron núcleos de pobreza estructural en la comunidad judía, en su mayoría hogares de personas mayores, familias vulnerables y adultos con problemas de discapacidad o enfermedades mentales,

El servicio social de la AMIA atendía a una población que se mantuvo más o menos estable desde la década de 1960 y hasta promediar la década de 1980 en dos mil doscientas personas que recibían asistencia. La situación cambió hacia finales de 1980, a medida que familias tradicionalmente no pobres ingresaban al mundo de la pobreza debido a sus ingresos monetarios insuficientes.

4.1 La situación social asistida por el Área de Programas Sociales de AMIA en el año 1992

En un trabajo presentado en el 13° Congreso de la Federación de Comunidades Israelitas de la Argentina, la Lic. Norma Lew, destacada referente del combate contra la pobreza dentro de la comunidad judía y Directora del Área de Programas Sociales durante el período, señalaba que:

“El tema de la pobreza judía es viejo y nuevo a la vez. Viejo dado la pobreza de los judíos que arribaron a la Argentina y nuevo porque recién en estas últimas dos décadas nuestras instituciones se permitieron denunciar y difundir la desventajosa situación de tantos judíos que en nuestro medio se ubican tan distintamente de esa aparentemente holgada clase media que a los ojos de la mayoría, parecían ser el espejo del único judaísmo existente”.

Este trabajo tomaba como base la situación de las familias judías necesitadas, expresadas a través de los pedidos de ayuda al Departamento del Servicio Social de la AMIA durante 1992. Los pedidos están sustentados en necesidades generales que eran las más comunes y frecuentes y necesidades especiales, menos usuales o consecuencia de las primeras.

Necesidades generales:

- Carencia total de ingresos.
- Insuficiencia de ingresos para afrontar un estándar de vida mínimo.
- Falta de vivienda debido al incremento de alquileres o por desalojos.
- Falta o insuficiencia de trabajos (part -time o mal remunerados).
- Necesidades referidas a la salud física o mental.

Necesidades especiales:

- Pedidos de internaciones geriátricas, psiquiátricas o de reeducación.
- Requerimiento de prótesis y/o elementos ortopédicos.
- Tratamientos psicopedagógicos por dificultades de aprendizaje.

En el año 1992, algo más de la mitad de las personas que requerían ayuda eran mayores de 60 años.

Cuadro 4.1 Distribución porcentual por grupo de edades de la población que recibía asistencia del servicio social de AMIA. 1992

Grupo de edades	Porcentaje de población asistida
Hasta 29 años	2,6
30 a 39 años	13,7
40 a 49 años	14,1
50 a 59 años	18,8
60 a 69 años	20,6
70 a 79 años	22,5
80 años y más	7,7
Total	100

Fuente: Norma Lew, 1992

La distribución de la población asistida según la tenencia de la vivienda en la que vivía mostraba con claridad que la mayor parte de las familias no provenía de la pobreza estructural: el 70% de los asistidos era propietario o inquilino de la vivienda en la que habitaba (cuadro 4.2)

El elevado porcentaje de población residiendo en instituciones permite inferir que era elevada la proporción de personas mayores o de discapacitados cuyas familias carecían de ingresos monetarios suficientes para hacerse cargo de las cuotas mensuales de los establecimientos. Asimismo, los altos porcentajes de propietarios e inquilinos y los más bajos de quienes habitaban en viviendas cedidas o en hoteles-pensiones son consistentes con el perfil de los *nuevos pobres* o *pauperizados* descritos por el referido Estudio de la Pobreza en la Argentina (INDEC, *op.cit.*).

Cuadro 4. 2. Distribución porcentual de población asistida según tenencia de la vivienda. AMIA. 1992

Tenencia de la vivienda	Porcentaje de población asistida
Propietario	40,5
Inquilino	29,8
Vivienda cedida	7,1
Hotel o pensión	6,5
Internado en institución	16,1
Total	100

Fuente: Norma Lew, 1992

El informe de la AMIA del que se extrajeron los datos llamaba la atención respecto de las malas condiciones de mantenimiento de las viviendas de los propietarios, consignando que estaban en un estado de deterioro tan importante que constituían un factor de riesgo para sus ocupantes (falta de agua, gas natural y hasta de luz), y se sumaba a ello la precariedad del amoblamiento y la presencia en algunos casos de roedores e insectos.

EL 30,5 % de los asistidos vivía solo y de estos el 10,8 % no tenían familiares. La mayoría de las mujeres que vivían solas eran mayores de 65 años mientras que los hombres solos en mayor número se ubicaban entre los 50-65 años.

Finalmente otro indicador interesante es la categorización de la población según su situación de dependencia. Debe señalarse que la proporción de personas dependientes es prácticamente coincidente con la de la población internada en instituciones (cuadro 4.3).

Cuadro 4.3 Distribución porcentual de población asistida según su situación de dependencia. AMIA. 1992

Situación de dependencia	Porcentaje de población asistidos
Autoválidos	40,9
Semidependientes	42,9
Dependientes	16,2
Total	100

Fuente: Lew, Norma, 1992

Las conclusiones del informe del año 1992 alertaban sobre la tendencia al incremento de los casos y sobre la necesidad de ayuda, previéndose para un futuro cercano:

- 1) Mayor empobrecimiento de un incrementado sector de la llamada *segunda generación* como consecuencia de las dificultades laborales y de vivienda.
- 2) Aumento cualitativo y cuantitativo de las crisis familiares.
- 3) Incremento de las demandas sociales y asistenciales de la población mayor (65 años en adelante).

En su parte final, el trabajo subrayaba la necesidad de la toma de conciencia en el ámbito comunitario de este fenómeno vinculado a la pobreza y la exclusión de parte de sus miembros. Unos años después la magnitud de la crisis superaría todas las previsiones.

“El vivir en democracia facilita un sinceramiento mayor en el reconocimiento del diagnóstico de la situación y en la puesta en práctica de programas alternativos.

De todos modos la comunidad judía en la Argentina sigue teniendo una conciencia limitada de la magnitud de su problemática social y del tema de la pobreza. Enfrentar esta situación significa un verdadero desafío de concientización y creatividad.

Las instituciones comunitarias requieren cambios orientados hacia la total apertura de su agenda de discusión donde los principios de igualdad y solidaridad frente a los embates de la crisis deben ser preservados.

Al mismo tiempo no hay argumentaciones económicas que puedan sostenerse para excusar la necesidad de ayuda digna y cooperación a los hermanos judíos carenciados” (Lew, Norma 1992).

En Septiembre de 1997, la AMIA, la Asociación Sefaradí Argentina, el JDC y la Fundación Tzedaká, conformaron la “Alianza Solidaria”, una unión de instituciones sociales y deportivas de la comunidad judía con el propósito de *“mejorar la calidad de vida de la población judía en situación de pobreza de la Capital Federal y el Gran Buenos Aires”*. Para financiar el programa se constituyó un fondo al que contribuyeron dos entidades bancarias comunitarias¹⁹

Esta tarea asistencial fue desarrollada por el servicio social de la AMIA, que ofrecía más de veinte programas de atención para unas dos mil quinientas familias necesitadas.

El servicio social de la AMIA atendía casos con dificultades asociadas a la pobreza dentro de su comunidad. Se trataba de familias que padecían carencias económicas de larga data, que también presentaban deficiencias en aspectos tales como bajo nivel educativo, enfermedades crónicas, vivienda precaria y escaso capital social. La mayoría de ellos conformaban hogares de una o dos personas de edad avanzada.

¹⁹ Nos referimos al Banco Mayo y al Banco Patricios, que poco tiempo después se declararon en quiebra. Si bien los dueños de estas entidades eran accionistas particulares, la mayoría de ellos eran miembros activos de la comunidad judía e incluso algunos de ellos tuvieron una actuación destacada como directivos de las instituciones centrales. Se los consideraba bancos comunitarios en el sentido de que muchas instituciones judías recibían fondos de ellos para sostener sus actividades y sin duda la debacle de esos bancos afectó de un modo u otro a la comunidad judía en general

4.2 La crisis de la última década del siglo XX

Durante el período comprendido entre los años 1992 y 2001, la comunidad judía argentina fue afectada por cuatro crisis profundas:

1. El ataque terrorista a la Embajada de Israel en el año 1992
2. El ataque terrorista a la sede de la AMIA en el año 1994
3. El colapso de los bancos comunitarios del año 1998 que sostenían a gran parte de las instituciones judías locales.
4. La crisis económica argentina de diciembre de 2001 que arrojó a la pobreza a miles de hogares judeo-argentinos.

Las dos primeras crisis se inscribieron en la situación particular de la comunidad judía argentina en la estructura internacional del judaísmo. Como se dijo, a partir de la Segunda Guerra Mundial la comunidad judía argentina era la tercera en orden de importancia, después del Estado de Israel y de la comunidad judía norteamericana. Los ataques terroristas a las sedes de la representación política del Estado de Israel en el país y a la de la Asociación Mutual Israelita Argentina (AMIA) pusieron en evidencia que la comunidad argentina no era ajena a las vicisitudes de la guerra en Medio Oriente. Una vez más, las prácticas locales se vieron impactadas por el marco estructural internacional más amplio del judaísmo.

A partir del año 1997, en cambio, las crisis comunitarias se inscribieron en un proceso de recesión económica del país que finalmente desencadenó uno de los desequilibrios sociales y económicos más importantes de la segunda mitad del siglo XX. El aumento del desempleo, la caída de los ingresos y el incremento de la pobreza, en el marco del achicamiento del estado, especialmente en la inversión social perjudicaron significativamente a las familias de la colectividad judía argentina. (Schusterman, R., 2009)

“El deterioro económico que afectó a la clase media argentina no discriminó por culto religioso. La epidemia también hizo estragos en la comunidad judía, empobreciendo a una porción considerable de una comunidad integrada por una inmensa mayoría de clase media. El pronunciado declive que sufrió la mayoría de los sectores medios de la población puso más en evidencia la falsedad de un prejuicio bastante arraigado que asocia a los judíos con la riqueza y rechaza la posibilidad contraria” (Zlotogwiazda, 2000).

Como resultado de la severa crisis argentina de diciembre de 2001 las organizaciones asistenciales de la comunidad se vieron virtualmente desbordadas en pocos meses (Oppenheimer, 2000) La cantidad de personas asistidas en el momento más álgido de la crisis superó las 35,000 personas en una comunidad de 244,000 miembros y los cálculos de proyecciones de personas que requerían ayuda y no llegaban hasta las instituciones arrojaron la suma de 50,000 nuevos pobres (Zaglul, 2002).

En la comunidad judía, muchas familias comenzaron a tener dificultades para mantener su nivel de consumo, no pudiendo afrontar el pago de bienes y servicios tales como medicina privada, escolaridad judía y actividades socio recreativas en marcos comunitarios. Simultáneamente las familias que venían arrastrando privaciones debieron hacer ajustes en aspectos relacionados con la satisfacción de sus necesidades básicas. (Kliksberg, 2003)

Frente a esta realidad, la asistencia social comunitaria provista por la AMIA comenzó a resultar insuficiente, y esta situación empeoró a posteriori del atentado y la destrucción de su sede de la calle Pasteur 633, ese mismo año.

En todas las instituciones sociales y comunitarias judías surgieron iniciativas asistenciales destinadas a ayudar a sus miembros más necesitados. Las escuelas y los clubes comunitarios debieron considerar un mayor pedido de becas a la vez que mermaba la matrícula en condición de pagar las cuotas (Gentile, 2002)

En cada una de las instituciones surgieron grupos de voluntarios entre sus asociados, (por lo general mujeres de mediana edad y también adultos mayores) conformados con

el objeto de recaudar fondos, organizar la asistencia y ayudar a los integrantes de las mismas (Schusterman, R., 2009) Todas estas iniciativas se enmarcaron en la perspectiva ya analizada de “tzedaká”. El concepto de *tzedaká* ocupó nuevamente un lugar central en la prédica de la mayoría de los rabinos y líderes comunitarios, quienes promovieron en los servicios religiosos la donación de alimentos y ropa o la ayuda monetaria para el pago de un servicio o alquiler.

4.3 El papel de las organizaciones humanitarias judías internacionales. El American Jewish Joint Distribution Committee

La comunidad judía argentina, una de las colectividades más importantes del mundo, recibió un inestimable apoyo internacional para hacer frente a las devastadoras consecuencias de las cuatro crisis que la afectaron al finalizar el siglo XX

El apoyo profesional y la ayuda financiera que aportó el American Jewish Joint Distribution Committee, conocido popularmente dentro de la comunidad judía como el “Joint” o por sus siglas JDC (una organización humanitaria que está próxima a cumplir sus primeros cien años desde su fundación) fueron decisivos para la recuperación institucional y la asistencia de la población afectada. La referida organización se encarga de dar destino a los fondos que recaudan anualmente las Federaciones Comunitaria Judías (Jewish Federations) de los Estados Unidos.

Anualmente los fondos recaudados proporcionan ayuda a comunidades judías que los necesitan fuera del territorio norteamericano. En la Argentina el Joint, a través de su oficina latinoamericana, con sede en Buenos Aires puso en marcha una estrategia para ofrecer ayuda y recursos humanos y materiales a las organizaciones comunitarias judías locales con el propósito de *aliviar* la pobreza.

La acción del JDC fue un factor determinante en la superación de la crisis comunitaria.

Las organizaciones sociales locales aceptaron trabajar con el JDC dejando de lado sus

diferencias debido a la magnitud de los problemas a resolver, por un lado, pero sobre todo por colaborar con esta organización poseedora de un enorme prestigio y de una vasta trayectoria, sin ninguna sospecha de corrupción.

El JDC no solo envió ayuda financiera para la comunidad judía Argentina, también lideró una importante campaña de recaudación de fondos para la construcción de un nuevo hogar para los ancianos de la comunidad dado que uno de los problemas era la desconfianza de los donantes respecto de los destinos que tendrían los fondos. Muchas instituciones locales habían sido mal administradas por sus directivos y había frecuentes sospechas de malversación. El prestigio de esta organización internacional, sumado al aporte de fondos propios facilitó la recuperación de la confianza de los potenciales donantes locales.

El atentado a la AMIA generó una enorme corriente de solidaridad por parte de toda la sociedad argentina hacia la comunidad judía y dentro de la propia comunidad surgió una gran necesidad de personas de todas las edades de acercarse a las instituciones para realizar actividades de voluntariado con el objeto de ayudar y aliviar, en parte, el sufrimiento colectivo que había causado la destrucción de la mutual judía.

El JDC apoyó entonces la iniciativa de crear *voluntarios en red* que fue la base para la acción mancomunada de miles de personas (muchos de ellos adultos mayores) que fueron el valioso recurso humano que cumplió un importantísimo rol en la asistencia de los más de treinta y cinco mil asistidos a partir de la crisis del 2001.

En el capítulo 1 se mencionó que el modelo de trabajo social y comunitario de las organizaciones estadounidenses se caracteriza por su eficiencia y profesionalismo además de la transparencia en relación con el destino que se da a los fondos. Una de las primeras acciones del JDC en Buenos Aires fue la creación de un sistema informático para tener una completa base de datos de todos los beneficiarios que recibían asistencia,

que llegaron a ser más de treinta y cinco mil en todo el país. Para ello se compraron computadoras que se instalaron en todos los centros de distribución de ayuda social.

Además se contrató personal administrativo y trabajadores sociales que formaron un equipo o unidad básica de trabajo por centro. Los centros y sus equipos a su vez, tenían un coordinador de programas sociales de área o región que supervisaba la labor de varios centros. Finalmente todas las operaciones eran supervisadas por un Director General. De esta manera se conformaron redes de trabajo con personal profesional y con apoyo voluntario que cumplían un plan rector, con una planificación para todos los centros, con objetivos y metas, realizando un trabajo mancomunado.

El JDC funcionaba como un *organismo internacional* y propugnaba un mismo plan de trabajo para todas las comunidades con uniformidad de prestaciones para el universo completo de beneficiarios. Es decir, el programa o modelo de atención era el mismo para la comunidad judía de Buenos Aires, la de Salta o Neuquén, así como lo que recibía un anciano vulnerable en la Capital Federal era lo mismo que recibía otro anciano en la Puna o el sur argentino. Desde el punto de vista de la equidad en el reparto este modelo tenía sus fortalezas, pero algunas veces no contemplaba las diferencias culturales y sociales de cada región. El JDC tenía una misión que cumplir y fondos para hacerlo, pero carecía de tiempo para negociar o convencer a los líderes políticos de cada comunidad respecto de su operatoria. La consigna era simple: o se cumplían las normativas del JDC o simplemente la ayuda no llegaba. Mejor dicho, la ayuda llegaba directamente a las personas necesitadas sin la mediación de la comunidad judía local.

En algunas localidades del interior del país con población judía reducida existían dos organizaciones judías comunitarias, por diferencias internas sus directivos no se dirigían la palabra ni tenían contacto entre sí. Al llegar el representante del JDC al lugar, los presidentes de las organizaciones pretendían que la ayuda social fuera entregada

exclusivamente desde su institución. Es decir, que eran ellos o nadie y se negaban a trabajar juntos. En estos casos la solución era proponerles un trabajo conjunto, a veces de manera salomónica: la oficina del servicio social se instalaba en una sede comunitaria y los profesionales contratados pertenecían a la otra institución. Cuando el JDC enviaba dinero para realizar un festejo comunitario general llamado *Beiajad* o *Juntos*, se los *invitaba cordialmente* a que se unieran para organizarlo. En una ocasión un presidente de una comunidad del interior ashkenazí (judíos emigrados de Europa oriental) se quejaba amargamente ante el representante del JDC de que sus vecinos de la comunidad local sefaradí (emigrados de países árabes), que tenían un hermoso templo pero no llegaban a conformar un miniam (10 personas para iniciar los rezos), no les dejaban usar el templo, pues les faltaba lugar en su sinagoga para ubicar a la cantidad de asociados que tenían.²⁰

Esta conducta tuvo un verdadero efecto disciplinante sobre las organizaciones comunitarias locales que tras décadas de no tener contacto entre sí comenzaban a limar sus diferencias y se unían en pos de un objetivo superador. De esta forma se lograba que la ayuda llegara rápidamente a las familias necesitadas. El JDC brindaba ayuda a las familias en situación de pobreza, no a las instituciones. Se procuraba evitar que los fondos se desviarán para otras necesidades, que si bien podían ser importantes para cada comunidad local, no eran la prioridad del Joint (por ejemplo el pago de sueldos atrasados o realizar arreglos edilicios).

²⁰ En Argentina era muy común este tipo de divisiones, sobre todo en localidades pequeñas. Tal era como lo describía aquel viejo chiste judío: Un judío naufraga y a duras penas llega a una pequeña isla. Años después es rescatado y sus salvadores observan que al lado de su modesta choza de madera el judío había construido dos magnificas chozas una al lado de la otra. Le preguntan que eran esas construcciones y el judío responde que había sentido la necesidad de comunicarse con Dios y por eso había construido dos sinagogas. Le preguntan: ¿Por que dos? Y el judío responde: "Una es para ir a rezar y a la otra para **no** ir". Efectivamente las divisiones internas a nivel comunitario son marcadas y solo se dejan de lado en tiempos de crisis.

Resulta claro que el modelo organizacional de la comunidad judía norteamericana tuvo una gran influencia en este período a través de su capacidad de financiamiento. Claramente el financiador impone sus reglas y esto tiene consecuencias. En el caso de la comunidad judía argentina, la influencia del modelo estadounidense ya se podía apreciar en los proyectos de desarrollo comunitario que había impulsado la oficina del JDC en la década del '70, incentivando proyectos innovadores y brindando capacitación a los profesionales comunitarios. En el plano gerontológico, la creación de clubes de la tercera edad fue un proyecto importado de Estados Unidos, que se adaptó exitosamente a la idiosincrasia local.

Luego de la crisis del año 2001, con la gran cantidad de dinero que inyectó la comunidad judía estadounidense a través de organizaciones como el Joint, se produjo también una transferencia de tecnología y métodos organizacionales como: management, planificación estratégica, fund raising, re-ingeniería comunitaria, consultoría, entre las más conocidas.

Sin duda estas herramientas de gestión y esta metodología de trabajo fueron útiles porque no solo ayudaron a dinamizar las estructuras un tanto anquilosadas de las instituciones locales sino que aportaron entrenamiento y capacitación rigurosos a sus profesionales.

Sin perjuicio de ello, las comunidades judías de Norteamérica y las latinoamericanas se hallan inmersas en culturas diferentes en relación con los aspectos económicos, por lo que se debe tener mucho cuidado al importar proyectos o metodologías que pueden fracasar si no se adaptan al uso y costumbre local.

Por ejemplo, en el caso del “*fund raising*” (recaudación de fondos) se evidenciaron comportamientos netamente diferenciados, ya que en el hemisferio norte la cultura de la filantropía está muy instalada y es alentada desde el propio estado mediante los

beneficios que reciben las empresas por las acciones que realizan para la comunidad. Una de las recomendaciones del JDC a la comunidad judía local fue justamente la de exigir un mayor involucramiento de los sectores prósperos de la comunidad judía local para ayudar a sus propios *paisanos*. Se tenía la sensación de que no se recaudaba lo suficiente a nivel local.

La relación entre las organizaciones de ayuda social de la comunidad judía estadounidense y las comunidades judías de la diáspora ha sido estudiada por Bubis:

“El “know how” norteamericano no siempre es apropiado en la Diáspora. Tampoco lo es la tendencia norteamericana a lograr soluciones pulcras y con final feliz (“happy end solutions”). Conviene evitar que las organizaciones locales de ayuda se paralicen y esperen que todas las soluciones provengan del afuera, evitar caer en una posición de comunidad receptora de la dádiva norteamericana con una mentalidad receptora (“taking mentality”) (Bubis, 2000).

Es probable que la experiencia de intervención del JDC en otras crisis similares los haya orientado desde un comienzo a alentar la promoción de programas *semilla*, es decir programas que al comienzo eran financiados hasta en un 100 % por el JDC, pero trabajando asociados a organizaciones locales, paulatinamente el JDC iba disminuyendo el aporte de fondos y fomentando el incremento de los de las organizaciones autóctonas hasta lograr que el financiamiento fuera exclusivamente local.

El JDC realizó alianzas estratégicas con las principales organizaciones sociales de la comunidad judía argentina: la AMIA en primer lugar, seguida por la Fundación Tzedaká, la Fundación Jabad y la red de Centros Sefaradíes y en una segunda etapa con las comunidades judías del interior del país.

La paulatina salida de la crisis (fundamentalmente a fines del año 2005) y la mejora de los indicadores económicos del país fueron acompañados por una mayor recaudación de fondos a nivel local. Se produjo un lento pero sostenido saneamiento de las finanzas de las instituciones centrales y el surgimiento del proyecto para la creación de un nuevo

Hogar Comunitario en reemplazo del deteriorado Hogar de Burzaco obtuvo un importante aliento. Muchos donantes, dirigentes, voluntarios y profesionales percibieron por primera vez, que estaban participando de una propuesta comunitaria de magnitud comparable a los proyectos fundacionales llevados a cabo por sus padres y abuelos.

En el año 2003, el emblemático Hogar Israelita Argentino para Ancianos de Burzaco se encontraba en una situación muy delicada. A punto de cumplir ochenta y siete años de existencia, su situación económica y financiera era muy negativa y estuvo cerca de llegar a la convocatoria de acreedores y a la quiebra. El Hogar de Burzaco, otrora instituto modelo y verdadero orgullo comunitario, sufría un deterioro institucional terminal.

El hogar albergaba a doscientos veinticinco residentes de bajos recursos, su infraestructura estaba en muy malas condiciones por la falta de mantenimiento y de inversiones orientadas a modernizar el edificio para adecuarlo a los modernos criterios de la arquitectura geriátrica. Varios pabellones estaban abandonados (dos de ellos semi-destruidos por incendios intencionales y acciones de vandalismo). El equipamiento resultaba obsoleto y la falta de recursos económicos apenas permitía llevar adelante su operatividad y no podía recibir más residentes.

Las razones que llevaron al Hogar a un estado crítico, al borde de la desaparición, fueron múltiples. Algunas tienen que ver con la mala situación económica del país y las sucesivas crisis. Pero también se debe mencionar la falta de políticas comunitarias para atender los problemas de los ancianos que fueron quedando fuera del sistema por problemas económicos y de salud. Sin duda, la negligencia de quienes tuvieron la responsabilidad de regir los destinos de esta institución, ya sea por acción u omisión, tuvo mucho que ver con el colapso de la misma.

La crisis del Hogar de Burzaco, una de las *naves insignias* de la comunidad, y el creciente número de personas mayores que solicitaban ayuda hicieron que los problemas sociales de la ancianidad ocuparan el centro de la agenda comunitaria.

A instancias del JDC se creó un *Comité para la Ancianidad*, constituido conjuntamente con AMIA y la Fundación Tzedaká, para analizar el caso específico de los ancianos con problemas de falta de cobertura social, habitacional o en riesgo asistencial.

En el marco de un plan estratégico de servicios y prestaciones dirigido a los ancianos de toda la comunidad, el programa contemplaba tanto las perspectivas financieras como las políticas asistenciales. A partir del pedido de la Comisión Directiva del Hogar Israelita de Burzaco, se llevó a cabo su intervención y un asesoramiento técnico tendiente a lograr el equilibrio presupuestario mediante la evaluación y el diagnóstico de situación de esta institución.

El Comité para la Ancianidad se integró con profesionales de diversa extracción entre los que había especialistas en gerontología, médicos geriatras, sociólogos y arquitectos, conformando un equipo interdisciplinario que trabajó coordinadamente con un comité político integrado por los presidentes de las principales organizaciones sociales de la comunidad judía. El primer paso consistió en realizar un diagnóstico de la situación de los ancianos y de los servicios destinados a atender sus necesidades.

La primera conclusión a la que arribó el comité fue que no existía una política de integración de los servicios para la ancianidad ni una organización central que los coordinara. La segunda conclusión fue que en el ámbito de la Capital Federal, la comunidad judía no contaba con un servicio de hogar o residencia para ancianos gratuito que pudiera satisfacer las necesidades de la población dependiente y que tuviera adecuados estándares de calidad. La tercera conclusión fue la necesidad de elaborar un

plan gerontológico integral que pudiera resolver no solo las necesidades de los ancianos dependientes y de bajos recursos, que hasta ese momento atendía el Hogar Israelita de Burzaco, sino también la de aquellos ancianos frágiles o vulnerables que requirieran apoyo diurno para poder mantener su autonomía e independencia mediante la creación de centros de atención comunitaria, centros de día y servicios de atención domiciliaria. Como resultado de la intervención del JDC, se encaró la construcción de un hogar de más de dieciséis mil metros cuadrados con capacidad para trescientos cincuenta residentes en un magnífico edificio, equipado con tecnología de avanzada y cumpliendo con los más altos estándares de arquitectura, con una concepción gerontológica moderna. Los residentes del Hogar de Ancianos de Burzaco fueron alojados en el Nuevo Hogar.²¹ Los estatutos obligan a que las dos terceras partes de sus camas estén destinadas a personas de bajos recursos.

4.4 Los desafíos del envejecimiento poblacional. El contexto argentino en la actualidad

En el año 2003 el JDC conformó un Comité de Ancianidad y le encomendó la elaboración de un documento conteniendo la definición de políticas de ayuda para la población de adultos mayores de la comunidad judía. En sus consideraciones el documento señala:

“En la Argentina se calcula que para el año 2025, los adultos mayores de 60 años representarán el 17% de la población. Es decir que casi una de cada 5 personas tendrá más de 65 años.

Al país literalmente se le “arrugan las manos”, y por esa razón, fue incluido entre las naciones con “envejecimiento avanzado” en la última Cumbre de la Tercera Edad y afronta el desafío

²¹ El traslado de los residentes del Hogar Israelita Argentino para Ancianos de Burzaco al Nuevo Hogar, ha sido probablemente una de las experiencias más conmovedoras que merece un capítulo aparte en esta historia. Durante los días previos voluntarios de la red ayudaron a los residentes a empacar sus pertenencias. Muchos de ellos habían permanecido allí por décadas. El personal del Hogar acompañó a los mayores hasta los micros y cuando finalmente llegó el momento de salir por la entrada principal del predio, el personal había formado dos filas sobre el camino y despidió a sus queridos viejos con un último aplauso. La mayoría de los empleados no los acompañaría ya que muchos prefirieron cobrar una indemnización antes que continuar trabajando en un lugar ubicado muy lejos de su propio domicilio.

de atender a una población adulta que hoy es de cinco millones de personas, pero que en 15 años aumentará a 7 millones.”

“Esta es una sociedad distinta a la de nuestros antepasados: es mejor porque la esperanza de vida al nacer es superior a la del siglo XX; y peor, porque las instituciones políticas y sociales no están preparadas para el cuidado de tantos adultos mayores.

En 1950, los argentinos nacían con una expectativa de vida de 62 años: hoy es de 74 y en el 2050, según el Centro Latinoamericano de Demografía, será de 80 años.

Un brazo de las Naciones Unidas, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, acaba de admitir que esta mutación demográfica “ocurre en un contexto de gran incidencia de la pobreza, creciente participación laboral en el mercado informal, persistente y aguda inequidad social, escaso desarrollo institucional y baja cobertura de la seguridad social”.

El envejecimiento es una situación mundial. Solo que el mundo desarrollado era rico cuando envejeció, mientras que los países en desarrollo están envejeciendo en pobreza.” (Diagnóstico Comunitario, JDC, Agosto 2003).

En otra parte del informe se menciona la situación de la “calidad de vida” de los adultos mayores en nuestro país:

“ Particularmente en la Argentina observamos niveles de envejecimiento poblacional propios de los países desarrollados pero en condiciones adversas, puesto que esto no se corresponde con un mejoramiento de la calidad de vida de los ancianos, ni con un espacio social reconocido, a lo que se agrega la amenaza de la pobreza y la soledad.”

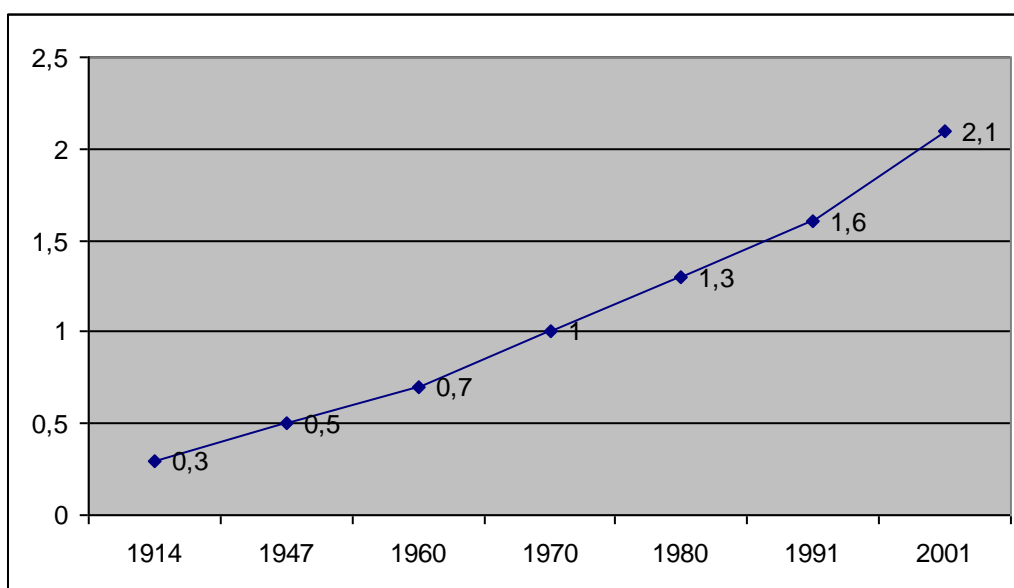
Los nuevos desafíos que representan estas cifras en el campo de la salud y la previsión social requieren una cuidadosa planificación pensando en el futuro: Nélide Redondo (Redondo, 1990) advierte respecto de la necesidad de considerar estos temas en la agenda pública: *“El aumento de la proporción de personas mayores en una sociedad exige adecuaciones de salud, de vivienda, de servicios sociales y otras que pueden y deben ser anticipadas y planificadas si se procura evitar la emergencia de situaciones problemáticas.”*

El documento elaborado en el marco de la cooperación técnica del JDC se basa, por un lado, en la observación de la situación social y la calidad de vida de los adultos mayores en la comunidad judía argentina. Por otro lado, toma como referencia indicadores

sociodemográficos y socioeconómicos de la población de adultos mayores de la Argentina.

El aumento del porcentaje de personas de 80 años y más sobre el total de la población es el indicador demográfico más relevante para evaluar la necesidad de diseñar políticas, programas y servicios específicamente dirigidos al cuidado y atención de la dependencia. En la Argentina, ese porcentaje ha aumentado sostenidamente a lo largo del siglo XX, siendo particularmente notable el incremento en las últimas décadas (Gráfico 4.4)

Gráfico 4.4 Porcentaje de personas de 80 años y más sobre el total de la población. Total del País. 1914-2010



Fuente Nélica Redondo, 2007.

El aumento de la proporción de personas de 80 años y más es, hasta el momento, el indicador que predice la necesidad de encarar servicios para el apoyo de la dependencia. En la Argentina, según los últimos datos disponibles (SIEMPRO, 2001), en ese grupo de edad aumenta significativamente la proporción de personas que requieren ayuda para el desempeño de las actividades de la vida diaria imprescindibles para la supervivencia (Cuadro 4.5)

Cuadro 4.5 Cantidad y distribución porcentual de la población de 65 años y más que requiere ayuda para su cuidado personal por grupos de edad. Total de Aglomerados. 2001

Personas que necesitan ayuda	Grupos de edad			
	65-69	70-79	80 y más	Total
Cantidad	48.221	142.037	185.000	375.258
Porcentaje	5,4	9,6	30,9	12,7

Fuente: Nérida Redondo, 2010

En los países de América latina, la Argentina entre ellos, la atención de la dependencia continúa siendo un problema que se resuelve en el ámbito de las familias. En los países industrializados, con poblaciones envejecidas, progresivamente se han implantado programas sociales para la población dependiente e incluso su atención está contemplada y garantizada por ley.²² Si bien no existe consenso acerca de su financiamiento público o privado, en esos países los servicios para el apoyo a la dependencia se desarrollaron con intensidad en las últimas tres décadas.

En la Argentina, en cambio, las personas mayores frágiles y dependientes que necesitan apoyo y asistencia lo reciben en la mayoría de los casos de sus familiares. Son escasos todavía los servicios orientados a atender a personas adultas mayores con algún tipo de dependencia de modo que éstas puedan mantenerse integradas en su medio y realizar actividades que les ayuden a alcanzar una mejor calidad de vida. Los datos de la ECV ponen en evidencia que solo los sectores de mejor nivel socioeconómico están en condiciones de contratar servicios formales de apoyo y atención. En los sectores populares la atención de las personas dependientes está a cargo casi exclusivamente de sus familiares o vecinos.

²² Los países europeos más avanzados han puesto en marcha, dentro de sus sistemas de protección social, actuaciones y programas mediante los que se garantiza una amplia red de servicios sociales universales que colaboran con las familias en la prestación de los cuidados que necesitan las personas dependientes.

Cuadro 4.6 Distribución porcentual de la población de 65 años y más que necesita ayuda por cobertura de salud y persona que lo ayuda. Áreas urbanas con 5.000 personas y más. Total de aglomerados. 2001

¿Quién lo ayuda?	Obra social/PAMI	Prepago con o sin obra social	Sector Público	Total
Familiares	84,0	51,7	97,5	83,2
Una persona contratada (asistente , empleada doméstica)	16,0	48,3	2,5	16,8
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración Nélica Redondo sobre la base de datos brutos de la ECV. SIEMPRO-2001

La Encuesta SABE (OPS 2002)²³ puso en evidencia que más del 80% de los cuidadores informales son mujeres, casi siempre hijas o nueras. El 76% de las personas consultadas afirmaron no contar con ingresos suficientes para sostener a la persona mayor en el hogar y el 80% contestó: “no puedo más”.

Una investigación en hogares geriátricos del Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires (Redondo, 2007) puso en evidencia que, en la jurisdicción con el envejecimiento demográfico más pronunciado de todo el país, la internación geriátrica de larga estadía es prácticamente la única alternativa disponible para las personas mayores que necesitan cuidados y carecen de medios o familias para hacer frente a los gastos que demandan los servicios de larga duración en el domicilio. Sin embargo, en los hogares o asilos estatales todavía existen normas que requieren la condición de autoválido para ser internado. Por lo que las personas de escasos recursos dependientes no tienen posibilidad alguna de cuidados. Tampoco se han desarrollado programas de apoyo y respiro para las familias cuidadoras.

Resumiendo, en la Argentina, el diseño de sistemas de cuidados de larga duración para personas sin recursos debe contemplar la doble restricción que impone la nula capacidad

²³ Organización Panamericana de la Salud, Encuesta Multicéntrica sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe.

para afrontarlos mediante gastos privados familiares y la competencia que ejercen otros grupos vulnerables además del de adultos mayores dependientes sobre los fondos públicos.

Estas cifras ponen en evidencia que la demanda de cuidados para personas dependientes se han venido incrementando de forma notable en los últimos años y seguirá aumentando a un fuerte ritmo durante las próximas décadas, como consecuencia de la combinación de factores de carácter demográfico, sanitario y social (envejecimiento de la población; mayor supervivencia de las personas afectadas por alteraciones congénitas, enfermedades y accidentes graves; creciente incidencia de los accidentes laborales y de tránsito). El crecimiento de las demandas coincide con una reducción del potencial de apoyo informal motivada, fundamentalmente, por los cambios en el modelo de familia y los nuevos roles que las mujeres desempeñan en las sociedades modernas. Todo ello ha hecho que la dependencia se transforme en el mayor reto de la política social en nuestros días.

En el aspecto de la infraestructura urbanística, la ciudad no está diseñada para que los adultos mayores con discapacidad puedan circular ni disfrutar de todo lo que la ciudad propone para el resto de la población; las barreras urbanísticas, de transporte y de comunicación que padecen los ancianos dependientes hacen que éstos se vayan recluyendo en sus viviendas, perdiendo sus vínculos familiares y sociales, no concurriendo a los servicios de salud, retrayéndose y aislándose progresivamente.

Para poder vivir una vida sin riesgos de exclusión física y social, los adultos mayores dependientes requieren espacios de encuentro, contención, integración social, conservación y fortalecimiento de sus capacidades y rehabilitación. Es por ello que se necesita crear espacios funcionales orientados a lograr estos objetivos.

El diagnóstico efectuado por el JDC analizó la situación sociodemográfica y socioeconómica de la población adulta mayor de la Argentina y, sobre la base de la amplia experiencia norteamericana en la materia, diseñó programas específicos para encarar de manera integral una respuesta eficaz al problema social de la dependencia en el seno de la comunidad judía argentina.

Asimismo, aspectos internos de la comunidad judía argentina sustentaron el contenido de la propuesta programática, en particular, el fenómeno de la emigración de las generaciones más jóvenes a posteriori de diciembre del 2001: *“Otro aspecto no menor, es la crisis de valores que estamos atravesando y que golpea fuertemente a los ancianos sumándose a la falta de recursos económicos y sociales que padecen las personas de edad. Paralelamente, sus familiares directos, hijos y nietos, atravesados por esta misma crisis, muchas veces ya no cuentan con recursos económicos y afectivos para brindarles ayuda, quebrándose así la red de contención familiar que todo individuo necesita”.* (Diagnóstico comunitario, JDC, Agosto 2003)

La referencia a deficiencias del sistema previsional y a la falta de cobertura médica y social, se suma a los fundamentos. La posibilidad de jubilarse sin aportes y de acceder a una cobertura de PAMI para mayores de 70 no existía aún, no obstante los planteos todavía tienen vigencia: *“Los magros haberes jubilatorios, el colapso del sistema previsional, el altísimo costo de la medicina prepaga (triplica los costos de una persona joven), sumados al quiebre de la seguridad social y del sistema de atención pública de salud, representan indicadores del severo riesgo que amenaza a la población mayor”* (Diagnóstico comunitario, JDC, Agosto 2003).

El documento procuró llamar la atención y hacer foco en la población mayor vulnerable y frágil que emergió como consecuencia directa de la crisis social comunitaria. Y permanecía *invisible* para las instituciones centrales: *“Un gran número de ancianos que*

viven solos y que requieren de algún tipo de asistencia o de sostén, los ancianos frágiles, aquellos que no cuentan con recursos propios ni apoyo para procurarse la ayuda que necesitan, constituyen un grupo vulnerable y de alto riesgo social, que podría deteriorarse fácilmente y complicarse aún más de no mediar la intervención temprana de las organizaciones comunitarias” (Diagnóstico comunitario, JDC, Agosto 2003).

En base a este diagnóstico se elaboraron los lineamientos de los programas que siguen las modalidades de prestación de servicios innovadoras. Sobre sus fundamentos y contenidos se detiene el próximo capítulo.

Capítulo 5

La atención gerontológica en la comunidad judía Argentina en los inicios del siglo XXI

En la primera década del siglo XXI la comunidad judía argentina diseñó y puso en marcha un nuevo programa prestacional para su población de adultos mayores. La influencia del JDC se puso en evidencia tanto en el contenido y la orientación de la nueva propuesta como en la calidad de las instituciones que se formaron. Como se detalló en el capítulo anterior, la nueva programación se fundamentó en un diagnóstico de las características de la población adulta mayor de la comunidad y de la situación de la planta física y la funcionalidad de las instituciones existentes.

5.1. Diagnóstico de la población adulta mayor de la comunidad judía argentina

El Comité para la Ancianidad formado por el JDC realizó el relevamiento de la situación de la población adulta mayor de la colectividad utilizando como fuente de información los datos estadísticos correspondientes al censo de población 2001 del INDEC y fuentes propias de la comunidad judía a través del SIC (Sistema de Información Comunitario).²⁴

La población judía argentina se concentra mayoritariamente (entre el 80 y el 90% de la comunidad) en el Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires (AMBA). Para la elaboración del diagnóstico poblacional, el Comité para la Ancianidad partió del supuesto de que la población judía sería similar en sus características al conjunto de la población de la zona en la que se encontraba incluida, es decir, en Capital Federal y el primer cordón del Gran Buenos Aires

²⁴ El Sistema de Información Comunitaria fue una herramienta clave en la lucha contra la pobreza dentro de la comunidad judía. Fue introducido por el Joint en el año 2002 como una base de datos disponible en todos los centros sociales de la comunidad judía. Esta base de datos a la que se podía acceder on line por internet fue cargada con los datos de todos los beneficiarios de la red y era actualizada periódicamente por las trabajadoras sociales. Permitió dar más transparencia y equidad a la distribución de la ayuda social, realizar estadísticas, evitar fraudes (algunos beneficiarios hasta su implementación recibían ayuda en varios centros al mismo tiempo), etc.

Por tal motivo, y a falta de datos demográficos completos y actualizados de la población judía argentina²⁵, se utilizaron parámetros poblacionales correspondientes al total de población residente en Capital Federal. Los parámetros poblacionales con los que se trabajó fueron:

- Población envejecida. La proporción de mayores de 60 años en aumento.
- Baja tasa de fecundidad (caída constante desde hacía aproximadamente 20 años).
- Alta expectativa de vida (En Capital Federal, la población de 65 y más años representaba el 17.2%, siendo para el total país del 9.9%).
- Menor incidencia de la pobreza, la indigencia y el desempleo (las tasas de pobreza de la comunidad judía, estimadas en entre un 20 y 30% del total de la comunidad, tenían más similitud con las cifras de Capital que con las de Argentina, que representaban casi el doble).
- La Capital Federal posee una fuerte presencia de población de clase media, característica que comparte tradicionalmente la comunidad judía argentina.

Cuadro 5.1. Porcentaje de personas de 65 años y más y expectativa de vida al nacer total y por sexo. Total del país y ciudad de Buenos Aires. 2001

País	Porcentaje de personas 65 años y más	Expectativa de vida al nacer	Expectativa de vida hombres	Expectativa de vida mujeres
Argentina	9.9%	71.9	68.4	75.6
Capital Federal	17.2	72.7	69.2	76.4

Fuente: Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares. INDEC, 2001

La información proporcionada por el SIC del AMBA permite conocer la cantidad de personas mayores de 60 años atendidas en los programas sociales comunitarios al 10 de abril de 2003.

²⁵ No se había realizado aún el estudio sociodemográfico de la población judía de Buenos Aires, que finalizó en el año 2005.

Cuadro 5.2. Cantidad de personas de 60 años y más asistidas en los programas asistenciales de AMIA según grupos de edades. AMBA. Abril de 2003

Edades	Beneficiarios
60 a 69 años	2492
70 a 79 años	3031
80 a 89 años	1193
90 años y más	166
Totales	6882

Fuente: Servicio Social AMIA

Según la referida información, seis de cada diez beneficiarios adultos mayores eran mujeres. Como se mencionó en el capítulo anterior, la población de 60 años y más que recibía ayuda en la comunidad judía representaba el 30% del total de asistidos.

Alrededor de mil personas de 60 años y más recibían subsidios para pagar el alquiler de su vivienda y el pago de otros servicios esenciales.

Cuadro 5.3. Cantidad de personas de 60 años y más que recibían subsidios para pago de alquiler y servicios básicos según grupo de edades. AMBA. Abril de 2003

RANGO DE EDAD	CANTIDADES
60 a 69 años	383
70 a 79 años	416
80 a 89 años	101
90 años ó más	21
Total	921

Fuente: Servicio Social AMIA

Los subsidios monetarios para el pago de alquiler y servicios básicos constituían prestaciones adecuadas para dar respuesta al empobrecimiento de los sectores medios urbanos argentinos que se registraba durante ese período.

5.2. La situación del Hogar Israelita de Burzaco

El Hogar de Burzaco fue la principal institución de la comunidad judía argentina destinada a la atención de las personas mayores durante todo el siglo XX. En el año 2003, la situación económica del Hogar era insostenible debido a que se había acumulado una deuda millonaria con la AFIP, muy difícil de saldar. Por otra parte, el

predio estaba completamente alejado de los centros urbanos y comunitarios y esto aumentaba su aislamiento. Las instalaciones eran muy antiguas, y estaban muy deterioradas, con pabellones de tipo hospitalario, típicas del modelo *asilar*.

Resultaba impresionante observar las hileras de camas, separadas por tabiques de madera, sin privacidad. No obstante la población estaba bien atendida y el personal profesional, administrativo y de limpieza hacía grandes esfuerzos por mantener la calidad de servicio.

Los residentes estaban satisfechos con la atención pero padecían la estructura edilicia o mejor dicho, el déficit de estructura. Quizás lo más valorado de Burzaco eran sus hectáreas de parque, con mucho espacio verde y una bella arboleda.

Para solucionar los problemas del Hogar se analizaron tres alternativas:

1. Reconstruir el Hogar en Burzaco.
2. Fundar un nuevo hogar, en la Capital Federal, en un edificio disponible de la comunidad judía.²⁶
3. Construir un nuevo hogar en la Capital Federal desde los cimientos.

Las opciones 1 y 2 fueron rápidamente descartadas. No se consideró conveniente hacer una nueva edificación, con un costo elevado, en una localidad tan alejada de la vida comunitaria. Asimismo, los edificios comunitarios disponibles en la Capital no eran adecuados para un hogar que pudiera albergar a la población de Burzaco. Se entendió entonces que la única opción viable era construir el nuevo hogar en la ciudad de Buenos Aires.

La construcción de un nuevo edificio en Capital fue una oportunidad para diseñar una profunda transformación del modelo asilar hacia los nuevos paradigmas gerontológicos en materia de instituciones de larga estadía para personas mayores. El modelo

²⁶ Por la crisis económica varias escuelas judías se habían fusionado y otras cerraron sus puertas y por esa razón había varios edificios vacíos disponibles que pertenecían a la comunidad judía.

tradicional del *Hogar de Ancianos*, con las características de institución *cerrada* y aislada ya no se compadecía con las necesidades actuales de la población mayor vulnerable de la comunidad.

La transformación requería también un cambio organizacional en la comunidad judía argentina. Era imprescindible aprender de las lecciones del pasado, fundamentalmente del colapso financiero de las últimas décadas, previendo la sustentabilidad de la nueva organización y la garantía de la continuidad de los servicios. El modelo de Burzaco estaba perimido, si bien durante casi noventa años había respondido a las necesidades de la población mayor comunitaria de bajos recursos. A principios del siglo XXI, los requerimientos eran de distinta índole, lo que obligó a reformular el tipo de recurso institucional destinado a los adultos mayores judíos.

Sobre la base del diagnóstico realizado, se diseñó el proyecto de Nuevo Hogar y Centro Comunitario para la Ancianidad concebido como una organización que ofrecería atención integral a los adultos mayores de la comunidad judía de la Capital Federal y el Gran Buenos Aires mediante la prestación de un amplio abanico de servicios capaces de resolver problemáticas que abarcan desde el aislamiento y la soledad hasta la atención de personas mayores dependientes que requieran cuidados y servicios institucionales, las 24 horas del día.

El Centro Comunitario para la Ancianidad proyectado debería mantener contacto fluido y permanente con todos los centros de atención social de la Red Comunitaria Judía y con otras organizaciones y agencias privadas o estatales que proporcionan servicios para los adultos mayores.

El plan integral que se diseñó implicaba resolver las necesidades de las personas mayores dependientes, así como las frágiles que requieren atención diurna para su rehabilitación o para otorgarles a sus cuidadores informales un descanso en su tarea de

apoyo. También contemplaba la atención en los domicilios de los mayores, realizando tareas de prevención para postergar o evitar internaciones prematuras, siguiendo la premisa de: *“en casa mientras sea posible, en la residencia cuando sea necesario”*.

5.3. Servicios integrales para la atención de la dependencia

El paradigma de atención gerontológica que orientó el diseño reconoció la marcada influencia de la experiencia norteamericana en la materia, presentada por el JDC ante el Consejo de Ancianidad formado. En el diagnóstico se enfatizó la necesidad de realizar actividades de prevención y promoción de la salud. La intervención temprana es acorde con una moderna concepción de la medicina y geriatría, reconociendo que es mucho más económico y beneficioso incentivar el envejecimiento activo y prevenir las patologías crónicas que atender las consecuencias de la dependencia: *“Cuando un anciano se encuentra en el período de comienzo de las necesidades de asistencia, requiere de un nivel mínimo de atención, pero si no se lo atiende en forma prematura, puede pasar rápidamente a alcanzar altos requerimientos de asistencia, con un costo mucho mayor. Estas situaciones son evitables si se cuenta con una estructura de servicios sociales y comunitarios adecuada”*. (Diagnóstico comunitario, JDC, Agosto 2003)

No obstante, no se deja de reconocer que las residencias de larga estadía tienen un rol definido y necesario: *“Otro problema asociado al aumento de la longevidad y del número de ancianos consiste en la aparición de enfermedades y patologías invalidantes, que ocasionan la pérdida de autonomía de un porcentaje de la población mayor. Cuando estas personas no pueden recibir atención ambulatoria ni permanecer en sus domicilios aparece la Institución como su único espacio de sostén”* (Diagnóstico comunitario, JDC, Agosto 2003).

Para cumplir con sus objetivos de integralidad, el Nuevo Hogar y Centro Comunitario para la Ancianidad debía contar con tres áreas integradas en el mismo predio:

- Un Hogar de Ancianos con capacidad para 300 – 350 residentes.
- Un Centro de Día.
- Servicios de Atención Domiciliaria.

Figura 5.1. Esquema conceptual de funcionamiento del Nuevo Hogar y Centro de Ancianos



El esquema conceptual precedente grafica la organización del Proyecto del Nuevo Hogar y Centro Comunitario: Una residencia con servicios de larga y media estadía asociado a un centro de día para recibir pacientes ambulatorios y servicios de atención domiciliarios ubicado en el centro geográfico de la comunidad judía con residentes becados y residentes que abonan el servicio.

5.3.1 Modelo propuesto para el Nuevo Hogar

El Centro para la Ancianidad propuso un cambio de paradigma pasando de un modelo institucional de *una sola mano* (“one way institution”) a otro más versátil, dinámico,

integrado con la urbe, y que contara con servicios y programas que pudieran ser utilizados no solo por el anciano institucionalizado, sino también por otros adultos mayores de la comunidad y sus familiares que, con criterios profesionales, pudieran beneficiarse de la utilización de los servicios.

El modelo de *institución cerrada* debía dar paso a una concepción más moderna, en la cual la *organización* se vincula dinámicamente con el *afuera*, alcanzando con sus servicios ambulatorios y/o de atención domiciliaria a la población no institucionalizada, obviamente, al mayor número de necesitados.

El modelo integra todos los niveles de atención con servicios que resuelven problemáticas de menor a mayor complejidad y de la atención en la comunidad a la atención institucional. Propone un sistema abierto, con múltiples puertas de acceso y de egreso. Según el diseño, una persona adulta mayor puede concurrir al centro comunitario para realizar una actividad social, recibir atención en su domicilio, si lo necesita o internarse de manera temporal si tiene que rehabilitarse tras una operación de cadera para recuperarse posteriormente y volver a su hogar.

En este sistema integral de atención el Hogar deja de ser un lugar temido del que no se regresa para ser un espacio de integración y si es necesario de muy respetuoso cuidado.

5.3.2 Características funcionales del modelo propuesto para el Nuevo Hogar:

- Un hogar cerca del hogar: fácil accesibilidad no solo para los usuarios sino también para los familiares y el personal.
- Altos estándares de calidad.
- Servicios internos compartidos
- Auto sustentable a partir de ingresos propios y donaciones.
- Distintas opciones de hotelería
- Soporte médico de primer nivel.

- Marco comunitario judío.
- Servicios de atención en domicilio.
- Trabajo en equipo multidisciplinario.
- Trabajo en red
- Articulación con otras organizaciones sociales y comunitarias (en especial con los centros de asistencia social.)
- Control de gestión y auditoría de los servicios.
- Base de datos unificada de la población de mayores de 60 años de la comunidad judía (con el soporte técnico del Sistema de Información Comunitario)
- Capacitación e investigación aplicada en gerontología.
- Contempla el ofrecimiento de una multiplicidad de servicios y programas de variada complejidad (desde charlas de prevención, atención de pacientes con Alzheimer hasta servicios de cuidados paliativos.)

Se realizaron acuerdos de cooperación y colaboración con instituciones dedicadas a la atención de los adultos mayores en otros países y se diseñó como un centro de formación académica en la especialidad mediante la creación de un área de docencia e investigación, la firma de acuerdos con universidades y facultades de medicina, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, kinesiología, enfermería, entre las más destacadas, para recibir pasantes y concurrentes que realicen sus prácticas en el Nuevo Hogar con la supervisión de los docentes y el equipo profesional de la institución, así como la realización de jornadas y congresos.

5.3.3 Desarrollo de la vida judía dentro del marco comunitario

El Nuevo Hogar se propone permanecer inserto en el marco comunitario judío manteniendo una filosofía de integración de los adultos mayores en la vida comunitaria.

Para el logro de esta meta se propuso la realización de distintas actividades tales como:

- Realización de festejos “*Beiajad*”, que en hebreo significa todos juntos con celebraciones comunitarias de las principales festividades del calendario hebreo en el Centro.
- Visitas organizadas de escuelas pertenecientes a la red escolar judía.
- Actividades intergeneracionales.
- Actividades compartidas con la Red de Adultos Mayores de AMIA
- Celebración de Bar y Bat Mitzvah, casamientos, etc. en el templo del centro comunitario.
- Actividades con las Instituciones socio-deportivas de la comunidad.
- Convenios de cooperación e intercambio con todas las instituciones y departamentos de cultura de la comunidad.
- Las instalaciones para actividades recreativas estarán abiertas a todo miembro de la colectividad judía que desee utilizarlas.
- Organización de festivales y encuentros de coros para la tercera edad, grupos de rikudim (bailes folklóricos judíos), etc.

5.3.4. Puesta en marcha y funcionamiento del Nuevo Hogar y Centro Comunitario para la Ancianidad Judía

El proyecto de servicios integrales con base institucional en el Nuevo Hogar se inspiró en los lineamientos de los programas de atención de las comunidades judías de la costa este norteamericana. Como se señaló, el modelo de atención integral para la dependencia forma parte del nuevo paradigma de la gerontología en los países

industrializados con poblaciones envejecidas. En nuestro país todavía persisten modelos de atención que tienden hacia la fragmentación de prestadores y prestaciones. La comunidad judía argentina no es ajena a esta dinámica institucional que separa los ámbitos de incumbencia y los servicios que a través de ellos se prestan.

Por este motivo, desde la puesta en marcha hasta el presente no se cumplió la meta de integralidad de las prestaciones a la dependencia a partir del Nuevo Hogar como centro base. El Nuevo Hogar está funcionando como una institución de internación de larga estadía con estándares de calidad de excelencia, con programas de servicios y actividades orientados según los últimos lineamientos en la materia, pero no es la base institucional de servicios prestados en la comunidad y cuidados en domicilio. Como se detallará en este mismo capítulo, los servicios de base comunitaria se desarrollan actualmente en otros ámbitos institucionales de la comunidad judía.

Hasta el momento, se ha puesto en marcha y se halla en plena fase de funcionamiento el Nuevo Hogar y Centro de Ancianos Le Dor Va Dor (en hebreo De Generación en Generación) en el barrio de Chacarita, en la ciudad de Buenos Aires. El edificio de treinta mil metros cuadrados fue construido íntegramente a partir del reciclado de una antigua fábrica e incluyó los últimos adelantos tecnológicos. Sus principales características son:

- Ubicado en una zona de fácil acceso para el residente y su grupo familiar.
- Cuenta con una amplia zona de terrazas y jardines.
- Ofrece una excelente calidad de servicio médico y asistencial, especialmente orientada hacia la geriatría y gerontología.
- Se proyectaron estructuras edilicias flexibles y adaptables a nuevas funcionalidades acompañando los cambios evolutivos de los residentes.
- Capacidad para trescientos noventa residentes.

- Ofrece servicio de hotelería de alta calidad, con habitaciones de hasta dos camas con baño privado, y habitaciones individuales para los residentes que puedan costearse un servicio diferencial de internación.
- El Hogar cuenta con todos los adelantos que la arquitectura moderna ha desarrollado para ofrecer el mejor hábitat para este tipo de usuarios.
- Se eliminaron todas las barreras físicas.
- Sus instalaciones están adaptadas a las necesidades de las personas mayores con discapacidades mentales, visuales, auditivas, manuales, con dificultades de locomoción etc.
- Dispone de todos los elementos de seguridad (equipo eléctrico, detectores, de humo, calor, gas, de movimiento, etc.)
- Dispone de un servicio de transporte que está tercerizado.
- El edificio está dividido en unidades asistenciales de no más de treinta y cinco residentes. Cada unidad asistencial cuenta con su propio equipo de atención y seguimiento de los residentes.
- Cada unidad asistencial se especializa en la atención de residentes con capacidades y necesidades similares (unidad de atención de pacientes con Alzheimer, unidad de cuidados paliativos, pacientes postrados, unidad de estadía transitoria, unidad de auto válidos, etc.) y con la versatilidad funcional adecuada a los requerimientos circunstanciales (hombres, mujeres, mixtas, más o menos confusos, etc.)

Están en funcionamiento los servicios de:

A- Servicio médico:

Se ofrece atención especializada a cargo de médicos y enfermeras especialmente seleccionados. Dispone de:

Guardia médica permanente las 24 horas.

Unidad de cuidados especiales destinada a la atención de las patologías que requieren de más observación, previa a la derivación a un establecimiento de mayor complejidad, cuando lo requiera el cuadro.

Evaluaciones para el ingreso, y controles periódicos durante su estadía en el hogar.

El servicio médico trabaja articuladamente con los demás servicios profesionales del establecimiento.

B- Servicio de Psicogeriatría:

La incidencia de las demencias y trastornos cognitivos sumados a las patologías psiquiátricas requieren un abordaje integral para responder a la demanda de internación por estas causas. El abordaje terapéutico incluye

- Control psicofarmacológico
- Atención individual.
- Terapia Grupal
- Grupos de reflexión.
- Trabajo con la familia.
- Psicoeducación.

C- Servicio social:

Recibe y acompaña al adulto mayor y a su grupo familiar al ingreso al establecimiento.

Acompaña el proceso de adaptación al nuevo Hogar

Organiza el programa de actividades sociales, culturales y recreativas.

Provee acompañamiento y contención al residente en situaciones de crisis.

Coordina la labor de los voluntarios.

Coordina el equipo interdisciplinario.

Asesoramiento previsional, gestiones, trámites.

Armado de redes.

D- Servicio de kinesiología y fisiatría:

El hogar cuenta con un moderno gimnasio de rehabilitación con salas de electroterapia, fisioterapia e hidromasaje para terapias específicas.

Actividades de gimnasia preventiva, gimnasia adaptada para el adulto mayor, etc.

E- Otros servicios terapéuticos:

- Terapia Ocupacional:
- Musicoterapia
- Taller de Juego y Memoria
- Aromaterapia
- Yoga
- Jardinería.
- Terapia con mascotas.

F- Servicios recreación:

Animación socio-cultural.

Festejos de cumpleaños.

Organización de salidas, paseos, excursiones,

Talleres

G- Servicio de peluquería y podología

H- Servicio de transporte adaptado (propio o tercerizado)

I- Servicios religiosos

El Nuevo Hogar cuenta con una sinagoga propia.

Se realizan servicios religiosos y se celebran todas las festividades del calendario hebreo. (En una segunda etapa se sugiere implementar servicios abiertos a toda la comunidad: bar/bat mitzvah, casamientos, etc.)

El rabino que oficie en el templo será un integrante importante del equipo interdisciplinario y trabajará junto a los demás profesionales para brindar la mejor atención.

J- Servicio de cafetería y minishop

La moderna cafetería funciona de manera continua todos los días de la semana de 9.00 a 21.00 horas y se encuentra abierta tanto para los residentes como para los familiares y visitantes que deseen hacer uso de sus servicios.

5.3.5. Criterios para determinar el número de camas con las que debía contar el Nuevo Hogar y Centro de Ancianos Le Dor Va Dor

Existen algunas dificultades para poder determinar de manera exacta el número de camas que un hogar de ancianos para la comunidad judía podría requerir en el futuro, sobre todo teniendo en cuenta la falta de datos y estadísticas sobre este tema en la comunidad y la dificultad para predecir el aumento de la población mayor (sobre todo de aquellos adultos mayores que pudieran sufrir una discapacidad permanente)

Otras variables inciertas tienen que ver con el devenir de la economía, la salud pública, la pobreza, el desempleo, el sistema previsional, entre otras. No obstante cuando se realiza un emprendimiento que ha sido pensado no solo para la presente generación de adultos mayores sino también para las venideras, es conveniente adoptar algunos criterios que permitan realizar una estimación.

Existen dos criterios que pueden ser tomados en cuenta en base a la información con la que se contaba en el momento de realizar el proyecto: a) criterios estadísticos, y b) de funcionalidad.

A- Estadísticos:

El porcentaje de adultos mayores de 60 años de la población total del país según fuentes del INDEC era aproximadamente 14 %. La tasa de internación alcanzaba en ese momento el 1,8 %. Si se proyectan estos datos a la población judía de la Argentina de

220.000 personas aproximadamente, se infiere que el 14 % de dicha población son personas de 60 años y más, es decir, alrededor de 31,000 personas en todo el país. La tasa de internación arrojaría **560** personas en todo el país.

Sobre este número total se pueden realizar las siguientes observaciones:

- 1) Que no se debe tomar el 100 % de esta población potencial como parámetro porque no todos los ancianos de la comunidad judía se internan en hogares comunitarios (muchos se deciden por hogares privados o públicos, otros no eligen hogares comunitarios por no ser afines con la comunidad judía, etc.)
- 2) Que la oferta de camas en el año 2003 que poseían los hogares comunitarios sumada a las del Nuevo Hogar alcanzaban para cubrir el 80 % de la totalidad de camas requeridas por la población de ancianos de la comunidad judía de todo el país.

B- Criterios de funcionalidad

Tomando como referencia los modernos criterios aplicados al hábitat gerontológico de las residencias y hogares de ancianos, el equipo técnico encargado de diseñar los servicios del Nuevo Hogar consideró que el número de plazas propuestas guardaba un equilibrio entre los criterios de funcionalidad y de racionalidad económica garantizando la calidad de atención.

5.3.6. Políticas de admisión

Estarán en condiciones de acceder al Hogar de Ancianos y Centro de Ancianos Le Dor Va Dor quienes cumplan las siguientes condiciones:

- Personas preferentemente mayores de 60 años.
- Quienes sometidos a una evaluación bio-psico-social, acrediten que la mejor alternativa es su alojamiento en el Nuevo Hogar. No se admitirá el ingreso de personas mayores que puedan recibir atención en su domicilio de acuerdo a los

modernos criterios gerontológico respetando la premisa: en casa mientras sea posible en la residencia cuando sea necesario.

- Tendrán prioridad de atención los ancianos dependientes o semidependientes que requieran internación.
- Los ancianos autoválidos o semidependientes que según los criterios de evaluación, no requieran internación y deseen ingresar al establecimiento, podrán hacerlo si hubiera vacantes disponibles abonando el 100 % del costo del alojamiento.
- Quienes no padezcan enfermedades que por su complejidad o riesgo, requieran una atención en una unidad de mayor complejidad que la del Nuevo Hogar.
- Quienes no padezcan trastornos mentales graves que pudieran representar un riesgo para sí o para terceros, alterando la normal convivencia en el Hogar.
- Quienes puedan respetar los códigos de convivencia del Hogar
- El comité de admisión será el encargado de admitir o rechazar al posible residente a partir de los informes que realice el equipo interdisciplinario de admisión.

5.3.7. Esquema de financiamiento

El financiamiento de la construcción del edificio para el Nuevo Hogar y Centro de Ancianos se obtuvo de donaciones de instituciones comunitarias nacionales e internacionales, y del aporte de donantes particulares.

Las modalidades de financiamiento del Nuevo Hogar comunitario son:

- a) Arancel de los residentes: cada residente, en función de las condiciones socio-económicas propias y de su familia, abona la totalidad o parte del arancel.
- b) Ingresos de PAMI y jubilaciones de los residentes en el Hogar.

c) Donaciones: provenientes de organizaciones nacionales, internacionales, y donantes particulares.

d) Donación de la vivienda como forma de pago del arancel.

Conviene detenerse a reflexionar en este punto respecto de las características de este Nuevo Hogar de la Comunidad Judía. Desde su concepción se pensó en una institución que pudiera continuar con la misión del viejo *asilo* para ancianos de Burzaco, pero con todas las innovaciones y el confort de una residencia del siglo XXI. Por supuesto incorporando también los avances en el campo de la gerontología.

En los estatutos del Nuevo Hogar se declara que las dos terceras partes de las plazas serán ocupadas por los residentes de Burzaco y que en adelante esas vacantes se guardarán para adultos mayores de bajos recursos de la comunidad judía que los necesiten y que serán derivados a través de los servicios sociales de la red comunitaria.

El resto de las plazas se pueden contratar, previa admisión, como en cualquier otra residencia privada. Es decir que una parte importante de la población no paga o paga una suma sustancialmente menor a la del costo de mantenimiento por internado y otra parte de la población de mayores recursos paga un costo que equivale al de otras residencias geriátricas *Premium* que existen en plaza actualmente.

A la hora de diseñar el nuevo hogar, esta composición *mixta* de la población y este modo de financiamiento motivaron acalorados debates y serias dudas respecto de su viabilidad. En primer término, surgió la duda acerca de si este modelo de cobrar un precio alto al que pueda pagarlo y subsidiar al más necesitado iba a ser económicamente viable.

A cuatro años de su inauguración se puede afirmar que el modelo es sustentable desde el punto de vista económico. Lo que se recauda de la población de alto nivel adquisitivo, sumado a las donaciones, lo que aporta el PAMI por su población afiliada,

lo que aportan las familias de la población vulnerable de acuerdo a sus posibilidades y la venta de algunos servicios del Hogar permiten alcanzar un equilibrio y por momentos un pequeño superávit.

La integración de poblaciones que provienen de sectores socioeconómicos diferentes ha sido bastante exitosa. Al parecer, al menos en este grupo etario de población añosa, no resultan tan importantes las reservas económicas que pueda tener un adulto mayor que vive en el hogar sino más bien sus reservas cognitivas y anímicas. Claramente en los grupos de socialización se adaptan más fácilmente las personas mayores que conservan su capacidad intelectual y un buen estado de ánimo, cierto *optimismo* que aquellos mayores que evidencian deterioro psico – orgánico o cuadros depresivos, sin importar su patrimonio o qué cargos o blasones haya sustentado en el pasado.

Quizás la debilidad mayor de la ecuación se encuentra en los adultos mayores de clase media que no encajan en ninguno de estos dos grupos. No son vulnerables desde el punto de vista económico, tampoco son personas pudientes y tienen familias continentales. Ante esta situación, cuando llega el momento de buscar una residencia para su familiar se da cuenta de que no pueden recibir el subsidio para internación geriátrica del Nuevo Hogar, porque no califican y tampoco pueden pagar la matrícula privadamente.

Hasta el momento, la respuesta comunitaria frente a este problema ha sido abstenerse de intervenir, argumentando que estas familias disponen de los recursos necesarios para contratar los servicios de residencias geriátricas dignas para sus familiares o, incluso, lo pueden gestionar a través del PAMI. Sin perjuicio de esta realidad, también es cierto que las familias muchas veces buscan una residencia que contemple el modo de vida, la cultura y la tradición judías que estos ancianos respetaron a lo largo de su vida adulta y esto no es fácil de conseguir fuera de los hogares comunitarios. Una asignatura

pendiente de la comunidad judía en Argentina es establecer un hogar comunitario para familias de clase media que sea económicamente autosustentable.

En la actualidad, a pesar de los esfuerzos por poner en marcha y desarrollar un modelo integral de atención a la dependencia con base en la institución más moderna y mejor equipada del país, la dinámica política de la comunidad judía argentina impuso de hecho una fragmentación de los servicios. Los servicios comunitarios y en domicilio proyectados para el Nuevo Hogar Le Dor Va Dor que se detallan a continuación, hasta el momento no se han implementado. En cambio, la atención a las personas frágiles y dependientes de base comunitaria se ofrece en la AMIA, a través del Centro de Atención Integral para Adultos Mayores.

5.3.8. Las actividades de base comunitaria proyectadas que no se pusieron en marcha

1. El Centro de Día del Nuevo Hogar Le Dor Va Dor

El centro de día del Nuevo Hogar y Centro de Ancianos fue proyectado para atender las necesidades de la población de adultos mayores con trastornos cognitivos y diversos tipos de demencia. Se procuraba atender a los casos en sus etapas iniciales antes de que necesitaran institucionalización. La apoyatura en los servicios profesionales (médicos, enfermeras, kinesiólogos, terapeutas, y otros) del Hogar era muy importante. Lamentablemente esta iniciativa no ha podido concretarse aún pero es posible que pueda hacerse en un futuro próximo. Por este motivo se describe a continuación el programa proyectado, cuyos objetivos se estima que:

- Favorecerá el tratamiento y la rehabilitación del anciano semi-dependiente evitando los efectos indeseados de las internaciones prolongadas
- Mantendrá al anciano inserto dentro de su núcleo de pertenencia familiar social y comunitaria.

- Aliviará a los familiares cuidadores en su ardua tarea de atender a un anciano dependiente, evitando situaciones de agotamiento, stress y maltrato del anciano por agotamiento del cuidador.
- Le brindará a los familiares la posibilidad de contar con tiempo libre o de concurrir a sus obligaciones cotidianas con la tranquilidad de saber que su familiar se encuentra atendido y cuidado durante el día.

El Centro de Día se apoyará en la estructura profesional del Nuevo Hogar de Ancianos Modelo para brindar servicios médicos y de enfermería, higiene y confort de los residentes, entre otras acciones.

Actividades Propuestas:

Terapia Ocupacional

Músico-terapia

Terapia Física

Estimulación Cognitiva

2. Servicios de atención domiciliaria

Los servicios de atención domiciliaria constituyen uno de los pilares de la atención gerontológica. Se trata de atender al anciano en su hogar, para que pueda seguir en su medio el mayor tiempo posible. El Nuevo Hogar y Centro para la Ancianidad se propuso liderar estos servicios insertos en la comunidad.

Actualmente estos servicios no se brindan desde el Hogar sino desde el centro para mayores de AMIA. El Nuevo Hogar brinda apoyatura para las prácticas que realizan los alumnos de los cursos de formación de cuidadores que se dictan en AMIA y muchos de ellos son contratados a posteriori por el hogar para sumarse a su planta de personal de atención a la población de residentes. Es por ello que a continuación se enuncian a modo de ideas o propuestas los servicios que podrían implementarse:

Auxiliar Geriátrico a Domicilio

Brindará servicios de atención y aseo personal que incluyen:

- Movilización
- Cambios posturales en pacientes postrados
- Gestión Médica.
- Higiene y confort
- Atención Hogar
- Limpieza
- Compras
- Preparación de comidas.

Acompañante gerontológico:

Brindará acompañamiento al anciano en su domicilio, realizará actividades de estimulación.

No realiza la limpieza del hogar ni la higiene del anciano.

5.4. Programas de atención comunitaria para adultos mayores de la AMIA

Como parte de las actividades de proyecto para el establecimiento del Nuevo Hogar y Centro de Ancianos, integrantes del equipo técnico tuvieron la oportunidad de viajar a Estados Unidos e Israel²⁷. Allí conocieron este dispositivo de atención ambulatoria y rápidamente comprendieron sus ventajas por la posibilidad de combinarlo con otros servicios institucionales para adultos mayores. En Israel, los centros de día son muy populares y como señaló la doctora. Jenny Brodsky, investigadora del Instituto

²⁷ Estas visitas y el relato pormenorizado de las experiencias y de los programas asistenciales y sociales para adultos mayores se encuentran en el anexo 1 y 2 de este trabajo denominadas como: "*Learnig Expeditions to USA & Israel*". A posteriori de las visitas los equipos profesionales de la comunidad judía argentina, mantuvieron los contactos con sus colegas del extranjero y en varias oportunidades viajaron a presentar trabajos en congresos. En contrapartida el Director de ESHEL, la agencia gubernamental que tiene a su cargo los programas sociales para adultos mayores en Israel, visitó recientemente Buenos Aires y dio una conferencia abierta en la Biblioteca Nacional para un nutrido grupo de profesionales argentinos auspiciado por la Dirección Nacional del Adulto Mayor.

Brookdale, los centros de día para ancianos constituyen desde hace más de veinte años “el orgullo de nuestros servicios sociales”.

Poco tiempo después de estas visitas de profesionales, la AMIA presentó ante el Consejo Nacional de Políticas Sociales dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, el proyecto para la construcción de un Centro Integral para Adultos Mayores de características inéditas en nuestro país. El mismo consistía en la creación de un Centro de Atención Integral para Adultos Mayores que pudiera recibir e integrar en sus grupos a personas de más de 60 años con y sin discapacidad motriz.

El proyecto fue aprobado en el transcurso del año 2005 e inmediatamente comenzaron las obras hasta su finalización y posterior inauguración en junio del año 2006. La construcción y el equipamiento de las instalaciones del Centro de Atención Integral para Adultos Mayores de AMIA fueron posible gracias al apoyo del Consejo Nacional de Políticas Sociales, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, de la CONADIS (Comisión Nacional de Discapacidad), la colaboración del American Jewish Joint Distribution Committee y fondos propios de AMIA..

La actividad del Nuevo Hogar de la Comunidad Judía se complementó entonces con el Centro Integral de Atención para adultos Mayores de la AMIA. La recepción de financiamiento por parte de organismos estatales constituye una modalidad relativamente nueva para la comunidad judía y abre un campo de posibilidades que se enmarca en la interacción de las organizaciones de la sociedad civil con el Estado. AMIA también lleva a cabo proyectos de lo que se denomina *Gestión Asociada*. Una modalidad que promueve la creación de espacios de concertación entre diversos actores (sector público, privado, gubernamental y grupos de base), en los que se construyen diagnósticos y estrategias que permitan resolver problemas previamente detectados por ellos.

El centro de atención integral para adultos mayores atiende a población vulnerable desde el punto de vista social y económico con o sin discapacidad motriz. Actualmente, la población atendida supera los trescientos concurrentes semanales y con sus diferentes programas beneficia a una población de más de setecientos adultos mayores.²⁸

En el centro integral de la AMIA funcionan de manera integrada diversos proyectos y programas. Los principales proyectos son:

- El Centro de Día
- El Servicio Social
- Programas de capacitación y formación: Curso de cuidadores domiciliarios, cursos de capacitación permanente para cuidadores, seminarios gerontológicos, seminarios para cuidadores informales, entre otros.
- Servicio gratuito de atención domiciliaria con el apoyo del GCBA y la DINAPAM (Dirección Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Desarrollo Social).

El Centro de Día es probablemente el proyecto más ambicioso y en el que se realiza la mayor inversión de presupuesto, además es el programa que atiende a la población más numerosa y vulnerable del centro integral. Los centros de día son relativamente escasos en Argentina y la modalidad que adoptó la AMIA de atender a una población de adultos mayores vulnerables, autoválidos, con o sin discapacidad motriz, prácticamente inédita. No obstante en otros países los centros de día están muy difundidos y constituyen una institución bisagra entre las que ofrecen servicios de larga estadía y los servicios domiciliarios.

²⁸ Para conocer en detalle el proyecto y funcionamiento del Centro Integral para Mayores de AMIA remitirse a la lectura del mismo en el Anexo n°3.

A continuación pondremos en contexto este dispositivo de atención en comunidad desde una perspectiva histórica en otras latitudes y en Argentina para describir finalmente la experiencia de AMIA dentro de la comunidad judía.

El gran desafío desde la realización del proyecto ha sido su financiación, en momentos en que estaban prácticamente agotados los fondos provenientes de comunidades del exterior y con las organizaciones judías internacionales en proceso de retirada del país.

La AMIA es la más importante de las organizaciones sociales de la comunidad judía y ha tenido que enfrentar el desafío de ofrecer servicios de atención a la población vulnerable a lo largo del tiempo y de manera sustentable.

Efectivamente, la población de adultos mayores seguirá creciendo y una parte de esa población con los años se prevé que va a fragilizarse. Un porcentaje de esa población además carece de recursos económicos. La preocupación por el financiamiento a largo plazo de los programas sociales es una dura lección aprendida durante la última crisis.

En el caso del Centro de Día, la AMIA por primera vez en su historia se convirtió en prestadora de servicios de una obra social, el PAMI.

Cuando AMIA abrió sus puertas en junio del año 2006 comenzó sus actividades y atendió a una población mayor vulnerable, con sus propios fondos y como parte de un plan estratégico para garantizar su sustentabilidad se firmó un acuerdo con el PAMI por el cual la prestación que la AMIA ofrece a sus beneficiarios que tienen PAMI es reconocida por la obra social.

En este momento, el Centro de Día de la AMIA es el único en su tipo contratado por el PAMI en la Capital Federal. El centro es considerado un centro modelo por la calidad de sus prestaciones, por su equipo profesional y sus instalaciones. Los fondos que se reciben del PAMI permiten asistir a población mayor vulnerable que no cuenta con ninguna cobertura social.

En Argentina se observa – respecto de otros países envejecidos- una falta de adecuación en el diseño de algunas políticas y programas destinados a los ancianos, fundamentalmente en los dirigidos a los grupos de riesgo (Redondo, 1998). A mediados del año 2005, la AMIA inició un ambicioso e innovador proyecto destinado a satisfacer las necesidades de un importante número de personas mayores en situación de vulnerabilidad social y económica. Un porcentaje importante de esta población tiene algún grado de discapacidad.

5.4.1. Características del Centro de Atención Integral para Adultos Mayores

El proyecto que la AMIA diseñó para responder a las necesidades de la población mayor en situación de vulnerabilidad social con y sin discapacidad física se caracteriza por integrar a servicios sociales y servicios de salud en un mismo ámbito físico, proponiendo una modalidad de trabajo interdisciplinario. En AMIA funciona un cuerpo de voluntarios bastante importante que se integra y colabora en las diferentes áreas.

Se prestan servicios de comida -que por tratarse de una institución judía es comida kosher- servicio social, servicio de transporte, orientación familiar, salud, consultoría gerontológica, asesoramiento previsional, cuidadores domiciliarios, bancos de insumo ortopédico, socialización, etc.

Programas principales.

A- Centro de día

. El Centro de Día tiene capacidad para recibir hasta trescientos adultos mayores autoválidos o con discapacidad motriz.

El Centro de Día para adultos mayores vulnerables de 60 y más años constituye una alternativa a la institucionalización prematura de estos ancianos y complementa y alivia la labor de las familias, mejorando la calidad de vida de las personas mayores vulnerables y su permanencia en el hogar. El Centro fue construido sin barreras

arquitectónicas y con plena accesibilidad. Los profesionales de planta que integran el Centro de Día son: trabajadoras sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales y también hay músico terapeuta y una enfermera, personal administrativo, maestranza y los voluntarios.

B- Servicio social:

El servicio social está inserto y funciona en el mismo edificio del Centro Integral. Un equipo de trabajadores sociales se ocupa de evaluar y realizar el seguimiento de los casos a lo largo del tiempo. Cada trabajador social dispone de una *canasta de servicios* que puede ofrecer a los beneficiarios de acuerdo a sus necesidades y que incluyen: tarjeta de débito para comprar alimentos en el supermercado, medicamentos, subsidios para pagar alquileres, expensas, servicio de transporte, viandas a domicilio, entre otros.

C- El club del adulto mayor:

En las instalaciones del Centro Integral funciona un club para adultos mayores conocido como “*Jofesh*” (que en hebreo tiene diversas acepciones, significa libertad, tiempo libre o vacaciones) y que ya tiene veintiocho años de existencia. El club funciona todos los días por las tardes con excepción del día sábado. Las actividades son múltiples y variadas y se reparten entre los talleres, las actividades del área física, recreativas, culturales y sociales. Además se realizan paseos, excursiones y propuestas durante todo el verano al aire libre.

El régimen de actividades es más flexible en el encuadre y los horarios que en el centro de día y se hace mayor hincapié en lo recreativo – social que en las actividades terapéuticas y de rehabilitación.

D. Área de voluntariado en adultos mayores: Proyecto: **Un camino sin edades**

El proyecto convocó y capacitó a personas adultas mayores formándolas como voluntarios en temáticas tales como niñez, voluntariado, recreación, juego y arte. Para

ello se les brindaron herramientas y conocimientos para el trabajo voluntario con niños/as en situación de vulnerabilidad social.

En el marco de este proyecto, AMIA se ha comprometido a jerarquizar el rol del adulto mayor en nuestra sociedad, como un actor social capaz de ser partícipe de la promoción de la solidaridad y de ser incluidos en actividades de la sociedad civil. A su vez el proyecto pretendió posibilitar el vínculo intergeneracional entre niños y adultos mayores como sujetos históricos y sociales.

E. El área de capacitación y servicios.

La AMIA desarrolla una oferta de servicios de capacitación para la atención de las personas mayores.

El Curso de Cuidadores de AMIA ha obtenido un reconocimiento por parte de la Subdirección de Tercera Edad del GCBA para que sus egresados se inscriban en un padrón único de cuidadores y reciben un número de legajo que les permite acreditar para que puedan trabajar en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires. Recientemente este curso ha sido avalado por la Dirección Nacional del Adulto Mayor (DINAPAM), que depende del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, y por lo tanto su validez se extiende a todo el territorio nacional.

La AMIA brinda un servicio de intermediación laboral gratuito ofreciendo el servicio de acompañamiento gerontológico para las familias y los adultos mayores que lo necesitan. El servicio es completamente gratuito y abierto para toda la sociedad.

La DINAPAM (Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación) ha acordado un importante subsidio para que la AMIA pueda desarrollar un software de gestión del sistema de intermediación laboral y también para brindar capacitación permanente a los cuidadores.

El programa de los cuidadores informales es el más reciente que ha implementado el Área de Adultos Mayores de AMIA y aborda una temática que es relativamente nueva en nuestro país: capacita y apoya a aquellas personas que tienen que cuidar a parientes o amigos en situación de dependencia y lo hacen ad honorem, por un compromiso afectivo y de amistad.

El *Seminario de Formación y Fortalecimiento del Cuidador Informal* ofrece herramientas teórico-prácticas y un espacio de contención y reflexión para personas que cuidan a familiares en edad avanzada y con distintos niveles de dependencia con el objeto, además, de beneficiar subsidiariamente a los adultos mayores que se encuentran bajo cuidado.

La población objetivo del seminario son los familiares cuidadores de ancianos sin distinción de credos, razas, condición económica; mediante un proceso de admisión abierto se realiza la incorporación de quienes participan del Centro de AMIA como de aquellos que no lo hacen. A través de la capacitación y contención de los cuidadores familiares, se busca beneficiar a cientos de ancianos que requieren atención permanente. Muchas personas en nuestro país dedican una parte importante de su tiempo a cuidar a un familiar de edad avanzada dependiente que necesita ayuda para desenvolverse en su vida diaria. Si bien para estas personas el hecho de cuidar puede resultar una experiencia satisfactoria, a menudo pueden percibirla como una tarea solitaria, difícil, ingrata y pocas veces reconocida.

Cuidar conlleva esfuerzo, dedicación y con frecuencia implica renunciar a aspectos importantes de la vida personal: a un trabajo, a una promoción laboral, a realizar viajes, a continuar formándose, a dedicar más tiempo al resto de la familia y amigos, etc. Cuidar, afortunadamente, también puede significar para el cuidador informal la oportunidad de descubrir cualidades, aptitudes o talentos desapercibidos y, en

ocasiones, puede llevar a que se establezca una relación más próxima y a fortalecer los vínculos con las personas que reciben el cuidado o con otros familiares.

Por todo ello, una buena parte de los cuidadores, pese a posibles sinsabores, pueden acabar descubriendo la íntima satisfacción de ser útiles a sus familiares más próximos y experimentar la reciprocidad al devolver algo de los que les fue dado (cuidar y ser cuidado).

Para que esta tarea pueda ser vivida de manera satisfactoria y no como una pesada carga, es recomendable que el cuidador informal encuentre contención y también formación especializada. Es destacable que las personas que devienen en cuidadores informales no han recibido capacitación para cumplir ese rol. La mayoría de ellos debe ocuparse de cuidar a un familiar *de un día para otro* sin demasiado tiempo para *aprender a cuidar* ni espacios en dónde construir el nuevo rol.

Esta es la base del Seminario de Formación y Fortalecimiento del Cuidador Informal: brindar un espacio de capacitación que ofrezca respuestas a las necesidades insatisfechas de las personas que en su rol de cuidadores informales han tenido que ocuparse de los demás. Para ello, se ha desarrollado una intervención que ofrece el marco para la formación y el fortalecimiento, en el cual los cuidadores informales reciben y construyen los conocimientos necesarios para poder cumplir con su tarea de una manera eficiente, sin descuidar el propio cuidado y la atención personal. De esta forma se busca evitar que el cuidador familiar llegue al punto (que en ocasiones preanuncia la institucionalización del anciano) en donde no se distingue quién requiere atención: el anciano o su cuidador.

La capacitación se ha articulado con otro espacio importante: el de contención emocional y reflexión, en el que el cuidador informal puede hablar de lo que le sucede,

compartir su problemática con otros cuidadores y sentirse más acompañado y menos solo.

Esta intervención está coordinada por psicólogos especialistas en gerontología y forma parte de las actividades desarrolladas por el Centro Integral de Atención a Adultos Mayores de AMIA para evitar institucionalizaciones tempranas y/o precarias. De esta manera, son cientos los ancianos que reciben beneficios concretos en su atención, condiciones de salud y calidad de vida en términos generales, promoviendo el cuidado centrado en las personas.

Es importante destacar que los beneficios para los adultos mayores bajo cuidado se extienden en el tiempo, entendiendo que los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos en los cursos son aplicados mientras se sostenga el vínculo entre el cuidador informal y el anciano dependiente. Asimismo, los conocimientos adquiridos por el cuidador informal pasan también a formar parte de su propio aprendizaje y crecimiento personal, y seguramente fortalecen el proyecto vital propiciando una mayor comprensión y aceptación sobre el propio proceso de envejecimiento.

5.5. Algunas consideraciones de la experiencia adquirida en el Centro de Atención Integral para adultos mayores de AMIA

Los centros de día para adultos mayores con algún grado de dependencia constituyen una alternativa válida a la institucionalización prematura del anciano y permiten prolongar en el tiempo la permanencia en sus hogares, envejeciendo en sus casas y en su comunidad. A su vez estos sistemas de apoyo y atención ambulatorios constituyen un verdadero *alivio y respiro* para el grupo familiar y principalmente para los cuidadores informales que tienen que atender las necesidades del adulto mayor dependiente.

Los centros de día no reemplazan a las instituciones geriátricas cuando el anciano alcanza un alto grado de dependencia que requiere de un amparo prolongado y cuidados continuos. Mientras esto no sucede, resulta importante y perentorio evitar las

institucionalizaciones de todos los casos que puedan ser atendidos dentro de la comunidad. La modalidad de centro de día se complementa muy bien con cuidados domiciliarios y acompañamiento gerontológico.

La creación y desarrollo de centros de día, que en otros países se encuentran muy difundidos, solamente será posible a partir del impulso de los diversos sectores involucrados: el sector privado que ofrece servicios de salud geriátrica; las familias que brindan una insustituible función de apoyo y sostén, los propios ancianos y el Estado. Este último actor es el más importante y clave para la apertura de estos centros ya que el sector privado en general se ha volcado al desarrollo de instituciones destinadas al alojamiento y cuidados del anciano en residencias y establecimientos geriátricos que resultan más atractivas por su mayor rentabilidad.

Los Centros de Día orientados a la atención de ancianos con trastornos cognitivos y demencias deberían estar entre las prioridades a la hora de planificar servicios de atención diurnos. La experiencia internacional demuestra que los centros de día realizan una tarea eficaz postergando la institucionalización y brindando alivio a los familiares de los concurrentes.

El modelo presentado desarrollado por la AMIA incorpora la modalidad de centro de día dentro de un abanico más amplio de servicios intentando brindar una atención que responda a las necesidades de los adultos mayores de manera integral. Para finalizar, es importante resaltar que los sistemas alternativos a la institucionalización geriátrica (cuando están correctamente indicados) no siempre resultan más económicos que la institucionalización del anciano pero, sin duda, permiten una mejor calidad de vida de los mismos, que pueden, de este modo prolongar su vida independiente y mantenerse integrados al entorno familiar y social por más tiempo.

5.5.1. La adaptación en la AMIA de los modelos internacionales en materia de centro de día

En la experiencia internacional se distinguen modalidades diferenciadas de centros comunitarios de atención ambulatoria, sin internación, destinados a la atención de personas mayores con distintos tipos de discapacidades y niveles de dependencia. El siguiente cuadro permite establecer una comparación entre los sistemas de atención diurna más difundidos:

Modelo	Dependencia	Objetivo	Duración del Servicio	Destinatarios
Hospital de Día	Servicios Sanitarios	Valoración geriátrica con tratamiento, rehabilitación ante problemas de salud	Programa cerrado. Período de pocos meses	Pacientes geriátricos vulnerables que precisan atención sanitaria
Centros de Día	Servicios sociales y socio sanitarios	Prevención de la institucionalización, rehabilitación, mantenimiento del nivel de autonomía, apoyo a las familias.	Flexible. Hay situaciones que tienden a cronificarse.	Personas mayores con problemas de pérdida de autonomía funcional y / o psico social
Clubes	Servicios Sociales	Recreación, socialización, información y formación	Indefinida	Personas mayores autónomas.

España es uno de los países con poblaciones envejecidas que ha desarrollado una importante actividad para atender las necesidades y la atención social de la dependencia. Actualmente cuenta con diversos sistemas de atención diurna para ancianos y gran

cantidad de centros de día. De acuerdo con la modalidad española y según la definición conceptual establecida por los profesionales españoles, un Centro de Día se define como: *un servicio socio sanitario y de apoyo familiar que funciona durante el día y ofrece atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socio-culturales de personas mayores afectadas por discapacidad con diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual. (INMSERSO, Madrid, 1999).* Los centros de día para ancianos tienen características que le son propias y lo diferencian de otros sistemas de atención diurna.

En Estados Unidos, como en los países europeos, se ha generado una gran variedad de sistemas de atención diurna cuyos programas se inclinan en algunos casos a desarrollar una acción predominantemente de orden sanitario y de rehabilitación mientras que otros establecimientos responden a un modelo de atención psico-social. Esto depende la mayoría de las veces de la institución o las personas que patrocinen el funcionamiento de los centros.

El debate abierto en los Estados Unidos respecto de cuál debería ser el modelo que predomine, social o sanitario ha dado lugar a que el National Institute of Adult Daycare se expida estableciendo la siguiente definición en el año 1984:

“El cuidado diurno para adultos es un programa grupal de base comunitaria, que atiende a las necesidades de las personas mayores con discapacidad funcional a través de un plan de cuidados individual.

Está estructurado en base a un amplio programa que ofrece una variedad de servicios de salud, sociales y de soporte, en un entorno protector durante cualquier parte del día, pero en un período inferior a 24 horas de cuidados.

Las personas que participan en un sistema de cuidados diurnos acceden durante a unas horas establecidas en su plan de atención. Estos programas contribuyen a que sus

participantes permanezcan en su entorno habitual, permitiendo a sus familias y otros cuidadores continuar cuidando y manteniendo en el hogar a su familiar discapacitado.”

La experiencia internacional permite diferenciar dos tipos de centros, definiendo el campo de intervención y los usuarios: (IMSERSO, 1999)

- a) Unidades que atienden a personas con problemas de discapacidad funcional física o psíquica-social, siempre que mantengan un adecuado nivel de comunicación y contacto con el entorno.
- b) Unidades que atienden a personas que padecen deterioros cognitivos importantes, muy especialmente demencia senil tipo Alzheimer. Es importante destacar que este recurso es eficiente únicamente en el caso de personas que cuentan con algún familiar que pueda mantener en el domicilio la atención que se brinda en los centros.

Por razones obvias en el primer caso los concurrentes tienen la posibilidad de participar de manera más activa en la toma de decisiones en cuanto al diseño de su *plan de vida* y de las actividades del centro.

En la actualidad, existe consenso en la experiencia internacional en precisar que el objetivo general de la mayoría de los centros es favorecer condiciones de vida dignas para las personas mayores dependientes y sus familiares, facilitando la continuidad de sus modos de vida y el logro de un mayor nivel de autonomía.

Los objetivos específicos de los centros de día se proponen facilitar a los concurrentes:

- Recuperar y/ o mantener el máximo grado de autonomía personal que permita sus potencialidades.
- Prevenir el incremento de la dependencia mediante intervenciones rehabilitadoras y terapéuticas.

- Ofrecer un marco adecuado donde pueda desarrollar relaciones y actividades sociales gratificantes.
- Evitar institucionalizaciones innecesarias y no deseadas.
- Facilitar la permanencia de las personas mayores dependientes en su entorno habitual.
- Mejorar o mantener el nivel de salud de los usuarios a través del control y seguimiento de sus enfermedades y deterioros.
- Facilitar la realización de las actividades básicas de la vida cotidiana, ofreciendo los apoyos necesarios.
- Brindar un apoyo social y asistencial a las familias que realizan el esfuerzo de mantener a las personas mayores discapacitadas en su medio.
- Prevenir y/ o solucionar los importantes conflictos que se producen en el entorno familiar en el intento de mantener la permanencia del adulto mayor en el domicilio con sus modos y espacios vitales.
- Dotar a las familias de las habilidades necesarias para la realización de las tareas de cuidados.

La experiencia argentina en la materia introduce particularidades en la tendencia internacional detallada precedentemente. En nuestro país, un equipo de trabajadores sociales que se dedicó a estudiar el tema formuló la siguiente definición:

“El Centro de Día es una organización mixta (ancianos, profesionales, voluntarios, familiares, técnicos) e intersectorial (donde confluyen distintos sectores de la política social), de carácter privada o pública, destinada a mayores de 60 años. En sus diferentes modalidades puede dirigirse a personas autoválidas o dependientes, desarrolla su acción dentro de una franja horaria estipulada e impulsa un programa de

actividades psico-socio-terapéuticas tendiente a optimizar la calidad de vida de sus concurrentes” (Paola, J. Buenos Aires 2003).

En la concepción argentina, los centros de día se inscriben en el campo de las políticas sociales, no forman parte de los servicios sociosanitarios para la dependencia, y están dirigidas a personas mayores autoválidas y dependientes, pero no se especifica que la dependencia tiene que derivar de una discapacidad física o mental. En la práctica, los centros de día abarcan modalidades de atención que con frecuencia incluyen las actividades propias de los clubes o centros recreativos para personas mayores.

Es interesante destacar que originariamente los centros de día fueron entendidos por reconocidos geriatras argentinos como parte de los dispositivos sociosanitarios: Strejilevich establecía la siguiente diferenciación: *“El hospital de día para ancianos u hospital geriátrico de día está destinado a prestar servicios de evaluación y tratamiento rehabilitatorio, cubriendo siempre las áreas psico-físicas, aunque el daño predomine en alguna de ellas. Sus múltiples actividades deben ser consideradas formas de un acto terapéutico complejo, interdisciplinario, programado y progresivo”* (Strejilevich, 1990). Orientado por este enfoque sanitario, en el año 1978 se creó en Buenos Aires, por iniciativa privada, un Centro de Día dirigido por los doctores Barca y Gastrón, que fue el primero en su tipo en América Latina, funcionando como un centro médico multiservicios orientado a los cuidados médicos continuados ambulatorios e incluyendo el Hospital Geriátrico de Día. (Informe Sobre Tercera Edad en Argentina, Bs. As. 2001)

De manera simultánea, desde la década de 1980 surgieron (sobre todo en la ciudad de Buenos Aires) una importante cantidad de clubes y centros recreativos para la tercera edad, entre ellos probablemente el más antiguo de la Capital Federal: *El Club Edad de Plata* de la comunidad judía argentina con más de cincuenta años de existencia. En general los clubes de jubilados se caracterizan por estar dirigidos y coordinados por los

propios adultos mayores mientras que los clubes o centros recreativos contratan a profesionales para su dirección.

“En nuestro país la creación de este tipo de servicios tienen sus antecedentes en dos experiencias que provienen de vertientes diferentes Por un lado el trabajo social y la tarea de grupalización de adultos mayores concretadas por los profesionales del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, popularmente conocido como el “PAMI”, en la década de 1970 y que llegaron a contar con 15.000 adultos mayores bajo programa una década después de su inicio. La segunda experiencia deviene del exitoso incremento y del impulso que adquirieron los centros de jubilados, sobre todo a partir de 1983 cuando se reinstala la democracia en nuestro país” (Paola J, 2003).

La crisis económica desatada en 1989 obligó el desarrollo de programas específicos para brindar una respuesta a las necesidades alimentarias de los adultos mayores. En el año 1992 se establece en el PAMI el Programa Pro bienestar para dar respuestas asistenciales y preventivo-sociales a la población en situación de vulnerabilidad social de esta obra social. Las modalidades de asistencia son la entrega de bolsones y la concurrencia a comedores, generándose experiencias en las que funcionaban centros de día en locales de centros de jubilados. Las actividades estaban coordinadas por los profesionales del PAMI y por la dirección del centro de jubilados. Con el Programa Pro-Bienestar emerge un servicio de base comunitaria mixto, en el que se fusionan actividades netamente recreativas con asistencia social. Dado que la vulnerabilidad de las personas mayores participantes era de tipo social y económico, estos centros de día formaron parte de las políticas sociales.

En 1989 se formaron los Hogares de Día en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires, destinados a atender las necesidades de adultos mayores de 60 años cuya situación socioeconómica, y la de sus familiares, les impedía cubrir sus requerimientos diarios pero no tenían problemas límites de alojamiento. En general la población objetivo de los Hogares es autoválida desde el punto de vista funcional con problemática socioeconómica o de aislamiento.

“Hasta ese momento el único programa de atención para ancianos disponible dentro del sistema público era la institucionalización. Los Hogares de Día aparecieron dentro del contexto democrático y su surgimiento se inspiró en algunas de las recomendaciones de la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de 1982, que hizo especial énfasis en facilitar la permanencia del anciano en comunidad y en el ámbito familiar y brindar espacios de participación activa” (Groba, G., 2004.).

Es importante tener en cuenta que todavía en nuestro país la internación geriátrica es prácticamente la única prestación disponible para las personas de 60 años y más que tienen problemas económicos severos o carencia de vivienda. Por este motivo, los centros de día con provisión de alimentos son una prestación alternativa a la internación para las personas mayores pobres que disponen de vivienda.

La mayoría de los Hogares de Día del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires tienen sede en instituciones barriales (clubes de barrio, centros culturales, sociedades de fomento, instituciones religiosas, etc.) que ofrecen espacio para el funcionamiento de los mismos. Esta situación facilita la integración de los Hogares con la comunidad con la desventaja de que en general las instalaciones de estos edificios no están adaptadas para ancianos con discapacidad.

“Actualmente en la Ciudad de Buenos Aires funcionan 21 Hogares de Día y 4 Clubes de fin de semana y un Centro de Actividades ubicados en diferentes barrios de la ciudad. La cantidad de beneficiarios del programa asciende a 1500 ancianos”. (Groba, G., 2004.).

En síntesis, a partir de la década de 1990 se consolida en el ámbito del AMBA una modalidad de centro de día dirigida a personas mayores autoválidas en situación de riesgo social y económico que procura evitar la internación geriátrica por pobreza. Este tipo de servicios no son de índole sociosanitarios, sino netamente instrumentos de políticas sociales.

La programación de la comunidad judía argentina a partir de las crisis de la década de 1990 recoge la influencia de las tendencias internacionales, fundamentalmente norteamericanas e israelíes, pero se inscribe en el contexto de la institucionalidad argentina.

El resultado de esta conjunción en la programación de la comunidad judía argentina es una distinción entre las prestaciones sanitarias y las sociales. Por un lado, la atención a la dependencia se concentró en el Nuevo Hogar Ledor Vador que ofrece internación geriátrica de larga estadía de excelente calidad y siguiendo los más actuales cánones en la materia. En cambio, no fue posible desarrollar servicios sociosanitarios integrales de complejidad creciente, comunitarios y en domicilio, centrados en el Nuevo Hogar para las personas dependientes a causa de discapacidades físicas o cognitivas.

Por el otro lado, los servicios comunitarios se establecieron en el Departamento de Programación Social de AMIA y son principalmente herramientas de políticas sociales, no están orientados a la dependencia sino más bien a la fragilidad y la vulnerabilidad social y económica, siguiendo las modalidades que en las décadas precedentes establecieron el PAMI con el Programa Pro-Bienestar y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires con el Programa de Hogares de Día.

5.6. Las tareas pendientes

La revisión hasta aquí realizada mostró una trayectoria de más de cien años de evolución de las instituciones de asistencia social implantadas por la comunidad judía en la Argentina. Desde la perspectiva de este estudio, la experiencia de la actual programación sociosanitaria para personas mayores de la comunidad pone en evidencia, una vez más, que la colectividad se integra al país de residencia y adapta sus estilos y convicciones a las modalidades de la sociedad que la hospeda. La trayectoria de las

instituciones asistenciales judías en la diáspora es un ejemplo de esta tensión entre la distinción y la asimilación.

Las grandes crisis internas y externas sufridas por la comunidad en la década del 1990 resultaron una oportunidad para encarar profundas transformaciones en sus programas asistenciales. Las características de la nueva programación derivan de la concepción filosófica y religiosa del judaísmo, de la influencia de la institucionalidad de las comunidades judías más desarrolladas, y de la raigambre asistencial argentina.

Los avances de esta última década son notables pero siempre se mantienen cuestiones pendientes. La más destacable es la carencia de una oferta prestacional accesible para la amplia proporción de personas mayores dependientes de los sectores medios. La mayoría de las familias de clase media judía no puede hacerse cargo, sin apoyo, de los costos de los servicios de larga duración para las personas mayores dependientes. Hasta el momento, la comunidad ha dado respuesta sólo a los muy pobres o a los ricos, pero quedan descubiertos amplios sectores que puedan estar expuestos a costos catastróficos si es que se prolonga la necesidad de cuidados durante muchos años.

La puesta en marcha y el desarrollo de los servicios sociosanitarios integrales para la dependencia, comunitarios y en domicilio con base institucional en el Nuevo Hogar Le Dor Va Dor constituye un proyecto interrumpido por el momento, que debería activarse en los próximos años para encarar uno de los problemas gerontológicos más críticos en nuestro país en la actualidad.

La integralidad de los servicios sociosanitarios para personas mayores dependientes, así como la conveniente complementariedad con los servicios sociales comunitarios requiere además de la unidad de la gestión administrativa para garantizar una gerencia eficiente que evite los riesgos de colapso financiero. En los próximos años sería de fundamental importancia la convergencia hacia la unidad de gestión administrativa y

política de los programas asistenciales de la comunidad, evitando la fragmentación y la competencia mutua que las debilitan. Desde el punto de vista operativo, es necesario la adopción de una modalidad de trabajo en red de instituciones que prestan diversos niveles de servicios destinados a la atención de las necesidades de las personas mayores (sociales, sanitarios, legales, previsionales, etc.) y que abarcan a una población que puede fluctuar de la independencia a la total dependencia.

Finalmente, la transparencia de la gestión es fundamental para mantener la confianza que filántropos locales han mostrado durante la permanencia del JDC en la Argentina. La capacidad institucional para desarrollar la actual oferta prestacional se extendería si se concita el apoyo solidario de las familias judías argentinas. Los aprendizajes emergentes de más de cien años de instituciones judías de asistencia social en la Argentina tienen que facilitar la sustentabilidad para el futuro de las innovadoras modalidades organizacionales que se erigieron en los primeros años del siglo XXI.

Capítulo 6

Conclusiones y recomendaciones.

La revisión de más de cien años de programas de asistencia social de la comunidad judía argentina que se efectuó en este estudio siguió la orientación teórica del estructuralismo constructivista.

Según este enfoque la realidad social se construye a partir de esquemas de percepciones, de valores y prácticas, los *habitus*, ajustados permanentemente a estructuras *objetivas*, independientes de las percepciones subjetivas, que con sus límites obstruyen o facilitan las acciones y las prácticas.

La práctica asistencial de la comunidad judía en la diáspora se desarrolló sobre la base de los “*habitus*” conformados a partir de siglos de tradición. Existen tres pilares en la concepción religiosa y la tradición judía que, combinados con la idea del respeto por las personas mayores, generaron el sistema de valores y pensamientos sobre la que se basa la asistencia social comunitaria y el trato deferente que recibieron las personas mayores en las comunidades judías. Los referidos pilares son el concepto de *tzedaká*, entendida como “*justicia social*”, el concepto de “*guemilut jasadim*” la (obligatoriedad de realizar *buenas acciones*) y finalmente la concepción de “*tikun olam*” (literalmente la idea de *reparar el mundo*). Un mundo que según la tradición, no es perfecto, y que es una misión del hombre perfeccionar y mejorar. La obra de Dios no está completa y requiere de la intervención activa del hombre, en este tiempo, en esta tierra y no en el cielo. La máxima del Rabí Tarfón: señala; “*No eres tú quien debe concluir la obra, pero no estás autorizado a desentenderte de ella*”.

Las comunidades judías en la diáspora localizadas en los países centro europeos mantuvieron a lo largo de su historia instituciones y organizaciones destinadas a

proporcionar ayuda a grupos vulnerables de sus poblaciones en general, y a los ancianos en particular.

Se sostuvo a lo largo de este estudio que las características de las instituciones dirigidas a consolidar la cohesión social de las comunidades judías en la diáspora fueron el resultado del sistema simbólico y de valores generados a partir de la tradición religiosa e histórica del pueblo hebreo, que se debieron ajustar a las estructuras predominantes en las sociedades en las que se afincaron y a la posición social y económica de los judíos en estas sociedades. La valoración de tradición judía hacia los ancianos es nítidamente diferenciada de la visión de la vejez propia de la tradición helenística, su rival tradicional en el mundo antiguo. Los hebreos otorgaron a los ancianos mejor posición y consideración en la sociedad.

La idea del **respeto por las canas**, el lugar de la sabiduría y la posición en el poder político que tuvieron los mayores en el pueblo de Israel en el *Consejo de Sabios*, han tenido una marcada influencia en las generaciones posteriores y se han mantenido, adaptadas, hasta nuestros días.

La solidaridad intra-comunitaria ha sido característica de la comunidad judía a través del tiempo, y se ha realizado trasvasando las diferencias etarias, de género y nacionalidad. La asistencia social ha sido una herramienta fundamental para alcanzar la cohesión social dentro del colectivo comunitario judío a través de la historia.

Las *casas consagradas* o *casas para ancianos* “*hekdesh*”, en hebreo, características de las juderías europeas de la Edad Media son un claro ejemplo de articulación entre prácticas religiosas y acciones de protección social.

En la modernidad, la conformación de instituciones comunitarias internacionales agregó recursos estructurales para el desarrollo, la ampliación y el sustento de programas asistenciales más abarcativos. Se ha detallado en este estudio la acción de las

organizaciones de ayuda internacional de la comunidad judía como la J.C.A (Jewish, Colonization Association) que tuvo una participación destacada en la organización y asentamiento de los pioneros y colonos judíos que llegaron al país escapando de las persecuciones en Europa a fines del siglo XIX y, más cercana en el tiempo, el JDC (Joint Distribution Committee). Recientemente, organizaciones judías comunitarias internacionales prestaron apoyo decisivo para superar la profunda crisis de la comunidad judía argentina del año 2001.

En este sentido es importante destacar el doble enclave estructural de la comunidad judía argentina: a) las comunidades judías del exterior y las organizaciones judías internacionales con su importante apoyo y soporte en recursos organizacionales y financieros y b) la estructura social, económica y política argentina. Los atentados que sufrieron la Embajada de Israel y la Mutual AMIA son un claro ejemplo de cómo repercute en la comunidad judía local la situación internacional. Asimismo, la crisis social y política argentina afectó profundamente la estructura comunitaria de la comunidad judía motivando la asistencia de las comunidades judías internacionales. Los dos niveles (local e internacional) de ajuste estructural influyen en la comunidad judía argentina en un juego de interacciones permanente.

Sin lugar a dudas, la comunidad judía tiene y tendrá una deuda de gratitud para con este suelo y este país que, salvo algunos períodos entre guerras, la recibió con las manos abiertas y le dio libertad para poder desarrollarse. Por supuesto, no siempre los inmigrantes encontraban estructuras aptas para atender a sus necesidades básicas y en ocasiones sufrían discriminación. Para enfrentar solidariamente las adversidades, así como para mantener sus tradiciones, construyeron en un primer momento sus propias escuelas, templos y cementerios comunitarios. Seguidamente establecieron sus asociaciones de socorros mutuos, hospitales y hogares de ancianos propios.

Retomando la clasificación de Feierstein (*op. cit.*) la comunidad judía atravesó diversas etapas que se pueden categorizar de acuerdo a su nivel de organización comunitaria: el período de la *Comunidad Judía Aluvional* comprendido por el período que va de 1890 a 1920 caracterizada por el asocianismo voluntario y el crecimiento desordenado de la comunidad. Una segunda etapa definida como de *La Comunidad Judía Organizada* de 1920 a 1960 caracterizada por una notable mejora de su capacidad organizacional y por último la de la *Comunidad Judía Moderna* entre 1970 y fines de la década del 90 que se caracterizó por la profesionalización de sus organizaciones comunitarias. El conjunto de estas instituciones conformó el sistema social comunitario, que constituye el *sello distintivo* de la comunidad judía en la Argentina. En su génesis se reconoce la influencia de los modelos comunales europeos que trajeron los inmigrantes judíos y que se concretaron en el mutualismo, el cooperativismo y en la creación de su asilo comunitario.

A partir de mediados del siglo XX se transformó el escenario internacional de las comunidades judías. Al finalizar la Segunda Guerra, tras el Holocausto, no quedaron comunidades de magnitud importante en el centro europeo. El flujo de sobrevivientes que se dirigió a América fortaleció notablemente la comunidad judía de Estados Unidos y también a las comunidades de otros países latinoamericanos, en especial a Argentina, a lo que se sumó el notable impacto psicológico, espiritual y emocional que significó la creación del Estado de Israel para todas las comunidades judías en la diáspora en el año 1948. La reorganización internacional de las comunidades judías a partir de la segunda post guerra conformó un nuevo escenario, un renovado andamiaje estructural al que se ajustaron las prácticas de las comunidades locales.

En la Argentina, el *Asilo de Ancianos de Burzaco* fue la institución insignia de las políticas sociales comunitarias dirigidas a las personas mayores durante el siglo XX. El

modelo asilar, en el que las personas mayores de bajos recursos eran *confinadas* para pasar sus últimos años de vida, en lugares alejados de la vida comunitaria, a los que se ingresaba, no siempre por razones de salud y dependencia física, sino mas bien por causas sociales y económicas, reflejaba un paradigma que asociaba a la vejez con enfermedad y pobreza.

Con el correr de los años, el Hogar de Ancianos de Burzaco se tornó obsoleto (como se describió en el capítulo 4 y 5). Hacia fines de la década de 1950 y comienzos de 1960 se produjo el cambio de paradigma en la atención de la población mayor. En esa década el Hogar incorporó los avances de la medicina, la psicología y otras ciencias, junto con la profesionalización creciente del servicio social comunitario.

En esos años se visualizaron los primeros cambios no solo en el aumento de la cantidad de personas mayores, sino que también hubo transformaciones en su calidad de vida. Los adultos mayores desarrollaban actividades con más intensidad y ocupaban espacios jerarquizados en las instituciones. En el contexto de esta transformación en los estilos de vida de las personas mayores, la comunidad judía argentina fundó el primer club de la tercera edad del país. La creación de los clubes para la tercera edad, hoy conocida como red de adultos mayores, que fueron los primeros en su tipo, ha sido una de las contribuciones comunitarias a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores en nuestro medio.

A partir de la década de 1970 y hasta las grandes crisis que marcaron los noventa, los programas asistenciales para las personas mayores se orientaron en dos direcciones: a) la internación de personas mayores sin recursos en el Hogar de Burzaco y una política de subsidios, y b) los clubes de la tercera edad y programas culturales comunitarios para los cada vez más numerosos grupos de personas mayores de clase media. A partir de esa

década se percibió en la comunidad judía la necesidad de contar con servicios sociales profesionalizados y comenzó a desplegarse una importante acción social.

En la segunda mitad de la década de 1970, el golpe militar afectó negativamente la vida comunitaria en Argentina, la desaparición forzada de un número significativamente importante de jóvenes miembros de la comunidad judía y la emigración forzada por persecuciones políticas signaron la época. En este contexto se destacó la labor del rabino de origen norteamericano Marshall Meyer, vigoroso defensor de los derechos humanos, promotor e integrante de la CONADEP, que movilizó los recursos de la comunidad judía argentina en defensa de la democracia. Marshall fue inspirador de un movimiento de revalorización de las acciones en favor de la justicia social y del involucramiento de los rabinos egresados de su seminario en la labor social.

Los dos ataques terroristas que sufrió la comunidad judía a comienzos y mediados de la década del 1990 modificaron las condiciones de vida de la comunidad y su relación con el entorno. Después del impacto y la sorpresa inicial la comunidad encaró una lenta tarea de reconstrucción que encontró su límite en la debacle social y económica a finales de los noventa.

Durante la crisis económica del año 2001 que conmovió los cimientos de la sociedad argentina, ante la insuficiencia de los recursos materiales, se produjo la inmediata ayuda y movilización de recursos financieros sobre todo de las comunidades judías internacionales, en especial las de Estados Unidos, para ayudar a la comunidad judía argentina.

La influencia de la comunidad judía norteamericana se hizo sentir a través de su financiamiento y de un modelo de prestación de servicios caracterizado por la profesionalización, la búsqueda de la eficiencia, de transparencia y de rendición de cuentas y la propuesta de mecanismos innovadores de recaudación de fondos. En el

campo de los servicios sociales para adultos mayores la crisis operó como una oportunidad para la implantación de nuevos paradigmas gerontológicos.

La pauperización de la población judía local, sumada a la caída de los bancos que tradicionalmente financiaban las actividades sociales generaron un impacto negativo sobre la marcha de las instituciones, lo que afectó también al Hogar de Burzaco.

Con el apoyo y el liderazgo del JDC se constituyó una suerte de “task force” o equipo de trabajo interdisciplinario que pudo visitar y conocer el *estado del arte* de los servicios para adultos mayores en Estados Unidos e Israel. Estas experiencias de aprendizaje fueron muy útiles y permitieron sentar las bases para el desarrollo de un nuevo paradigma en la atención de las necesidades de la población mayor.

Es dable pensar que con los años se ha consolidado un modelo de trabajo comunitario y social con los adultos mayores en la comunidad judía local que combina el respeto por la dignidad de la persona anciana con la excelencia en la calidad de atención.

Se pudo concretar la idea de implementar servicios comunitarios que funcionen de manera articulada y en red para evitar la *duplicidad* de servicios y se logró actuar de manera eficiente. Se concretó la creación de un *hogar cerca del hogar*, es decir de una residencia para adultos mayores que se situara en el corazón, en el centro de la población judía y que no estuviera aislado. Este Hogar cristalizó la adopción de estándares de calidad en la atención geriátrica, incorporando los avances de la arquitectura gerontológica, la seguridad y el confort y fundamentalmente el respeto por los derechos y la dignidad del adulto mayor.

La construcción y puesta en marcha del Nuevo Hogar “Le Dor Va Dor” fue el proyecto más importante que se llevó a cabo en los primeros años del siglo XXI, como respuesta a las sucesivas crisis de la década de 1990 que culminaron con los episodios de diciembre del 2001.

El conocimiento del *estado del arte* en materia de políticas asistenciales para los adultos mayores permitió la toma de conciencia del hecho de que alojar a un adulto mayor en una residencia de larga estadía debe responder a criterios específicos relacionados con la dependencia y la necesidad de cuidados continuos y no a una necesidad social o habitacional. El enfoque sobre la dependencia constituye el reto de los sistemas sociosanitarios en los países con poblaciones envejecidas pero todavía es incipiente su desarrollo en Argentina y prácticamente inexistente en Latinoamérica. La perspectiva institucional comparada aportó elementos decisivos para el cambio de paradigma local en la comunidad judía.

Por otro lado se comprendió la necesidad de disponer de una oferta diversa de servicios que permitieran al adulto mayor mantener una vida independiente, seguir viviendo en su casa y en su barrio, cerca de sus afectos partiendo de la premisa: *en casa mientras sea posible, en la residencia cuando sea necesario*.

La magnitud del cambio en la programación de los servicios para adultos mayores fue notable. Sin perjuicio de ello, no se pudieron centralizar en el Nuevo Hogar los servicios integrales, comunitarios y en domicilios, destinados a las personas frágiles e independientes.

En cambio, en la sede de la AMIA se estableció el Centro de Atención Integral para Adultos Mayores”, que se desarrollo simultáneamente con otras prestaciones. Tanto el centro integral como las prestaciones de apoyo (cuidadores domiciliarios, teleasistencia, viandas en domicilio, etc.) constituyen alternativas a la institucionalización geriátrica prematura. Se evidencia la necesidad de acompañar el crecimiento de la población mayor y sobre todo de la población mayor dependiente con estructuras y servicios que contemplen sus necesidades y las de sus familias. En este sentido resulta importante continuar con actividades de *respiro* y apoyo para las familias de ancianos frágiles

implementando programas como el Seminario de Formación y Fortalecimiento para Cuidadores Informales. Una asignatura pendiente dentro de la comunidad judía es la de contar con un centro de día para adultos mayores con trastornos cognitivos severos y demencias.

La referida programación de servicios comunitarios dirigidos a la población frágil con carencia de recursos materiales debe interpretarse como una adaptación local de la experiencia internacional y muestra, una vez más, que la comunidad judía argentina ajusta sus prácticas según un doble andamiaje estructural: por un lado, recibe la influencia de las organizaciones judías internacionales y de las políticas del Estado de Israel y, por el otro, se adapta a los lineamientos de las políticas sociales nacionales. Estas influencias combinadas dieron origen a modelos autóctonos originales.

Dos aspectos característicos de la programación social en nuestro país están presentes en la nueva oferta prestacional de la comunidad judía argentina: a) la asistencia a la pobreza como orientación fundamental de las prácticas, y b) la financiación mixta de los servicios a través de la recepción de subsidios estatales. Ambas características son complementarias, es decir, porque se asiste a la pobreza se reciben fondos públicos.

El ajuste de la oferta de servicios sociosanitarios para los adultos mayores a la estructura de las políticas sociales nacionales y a los modelos de eficiencia internacionales deja sin resolver el problema del apoyo a los amplios sectores medios judíos envejecidos, que carecen de medios suficientes para enfrentar privadamente los altos costos de la dependencia. Éste es quizás uno de los desafíos más importantes que debe encarar la programación social en un futuro cercano.

Pero posiblemente el mayor reto sea el de garantizar la viabilidad y la sustentabilidad económica de los servicios hasta el momento generados, que son altamente costosos. El aprendizaje de las crisis comunitarias de la década de 1990 indica que solo con

transparencia y rindiendo cuentas es posible canalizar la ayuda solidaria intracomunitaria. Actualmente el Centro Integral para Adultos Mayores de AMIA se encuentra funcionando bajo convenio con el PAMI y como prestador recibe un pago por los servicios que brinda a la población afiliada al Instituto que concurre a sus actividades lo que permite solventar una parte importante de los costos operativos.

La conciencia comunitaria adquirida permite alentar esperanzas. Hoy como ayer la comunidad judía Argentina continúa con sus esfuerzos por ofrecer cada día mejor calidad de vida a sus adultos mayores, cumpliendo la tradición milenaria de respeto por los mayores introduciendo los cambios y nuevos paradigmas del presente.

“Ponte de pié ante las canas y honra el rostro del anciano” (Lv19, 32)

6.1 Los desafíos pendientes

Sobre la base de la experiencia de trabajo con adultos mayores en la comunidad judía, resulta pertinente presentar propuestas para cumplimentar las acciones pendientes, que además podrían replicarse para satisfacer las necesidades de la población mayor de la sociedad argentina en general y de la Capital Federal en particular, debido a que la población de edad avanzada porteña comparte características similares a las de la comunidad judía.

En una breve síntesis las propuestas son:

- Políticas de integración de los servicios sociales y sanitarios existentes.
- Coordinación centralizada de los servicios gerontológicos.
- Elaboración de un plan gerontológico a mediano y largo plazo.
- Desarrollo de servicios sociales de base comunitaria y alternativas a la institucionalización geriátrica: hogares y centros de día, clubes de día, viviendas asistidas, etc.

- Desarrollo de centros de día para atender las necesidades de la población mayor vulnerable desde el punto de vista psicofísico, funcional y social.
- Creación de centros de día para personas mayores con trastornos cognitivos o demencias en sus etapas iniciales.
- Fomentar la capacitación de recursos humanos para atender las necesidades de la población mayor: Auxiliares gerontológicos, cuidadores domiciliarios, auxiliares de enfermería, etc.
- Apoyar la creación de servicios de atención domiciliarios.
- Apoyar al grupo familiar del anciano dependiente.
- Fomentar la creación de servicios recreativos y sociales para los adultos mayores: clubes de adultos mayores.
- Adopción de estándares de calidad en residencias geriátricas.
- Modalidad de trabajo en red de instituciones que prestan diversos niveles de servicios destinados a la atención de las necesidades de las personas mayores (sociales, sanitarios, legales, previsionales, etc.) y que abarcan a una población que puede fluctuar de la independencia a la total dependencia-
- Fomento y desarrollo de programas de voluntariado para adultos mayores.
- Programas de educación para crear conciencia social respecto de las necesidades de los adultos mayores y su pleno derecho como miembros de nuestra sociedad.

Para concluir es importante comenzar a planificar el futuro de los servicios y los programas sociales de la población de adultos mayores con suficiente antelación. Para eso es necesario prever los escenarios venideros y utilizar de manera eficiente los recursos, que siempre son escasos. En este sentido conviene escuchar a nuestros ancestros que acuñaron sus enseñanzas en frases de la sabiduría popular que encontramos en los viejos refranes en ídish:

Vos kumt arois fun a groien kop ven der seijl iz grin.

De qué sirve una cabeza cana si la inteligencia está verde.

7. Bibliografía:

- Avni, Haim (1983) *Argentina y La Historia de la Inmigración Judía*, Editorial Universitaria Magnes, Universidad Hebrea de Jerusalem, AMIA.
- Bargman, Daniel (1995) "Del asilo al hogar", *Revista Mitzva*, nº 1, p. 18. Buenos Aires, noviembre 1995.
- Beauvoir, Simone (1970) *La Vejez*. Buenos Aires, Sudamericana.
- Berflein, Alfredo (2002) *Temas de desarrollo y organización comunitaria*, Buenos Aires, JDC.
- Bubis, G. (2000) *The Costs of Jewish Living: Revisiting Jewish Involvements and Barriers*, s.l. The American Jewish Committee, www.ajc.org, 2000.
- Bourdieu, Pierre, (1978) *El mercado lingüístico*, en Bourdieu, 1984(1990), p. 143/158.
- Bourdieu, Pierre, 1986 (1987) "Espacio social y poder simbólico", en Bourdieu, P., *Cosas dichas*, 1987, pags. 127/142 [Conferencia pronunciada en la Universidad de San Diego en marzo de 1986].
- Castel, Robert (1997) *La Metamorfosis de la Cuestión Social*. Buenos Aires, Paidós.
- Castel, Robert y Claudine Haroche. (2003) *Propiedad privada, propiedad social, propiedad de sí mismo*. Buenos Aires, Homo Sapiens.
- Centros de Día para Personas Mayores Dependientes- Guía Práctica-
- Documentos Técnicos-IMSERSO- (1999) Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Diagnostico Comunitario de Servicios para la Ancianidad en la Ciudad de Buenos Aires (2003) Documentos del Departamento de Fortalecimiento Comunitario, Buenos Aires, JDCLA.

- Encyclopedia Judaica (1972). Jerusalem. Volume 16 UR-Z, Keter publishing House.
- Enciclopedia Judaica Castellana (1947) México DF. Editorial Enciclopedia Judaica Castellana S de R. L...
- ENDI. Censo 2001/ Encuestas Complementarias/Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad. www.indec.mecon.gov.ar
- Feierstein, Ricardo. (2006) *Historia de los Judíos Argentinos*, Buenos Aires, Galerna.
- Gerkovich, Liliana. 24 de julio de 1987. “Centros Recreativos para la Tercera Edad”. Buenos Aires, Periódico Nueva Presencia, N° 525.
- Groba, G. 2004. Informe de Gestión, Secretaría de Desarrollo Social, Dirección General de Tercera Edad, Depto. De Hogares de Día, Buenos Aires, s.l.
- Gutman Ramón y Lew Norma. 1989 *Pobreza Judía Identificada*. Buenos Aires, AMIA,
- Informe sobre la situación, necesidades y demandas de las personas mayores 2004. Buenos Aires. Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social.
- Informe Sobre Tercera Edad en la Argentina (2000) Secretaría de Tercera Edad y Acción Social, Buenos Aires.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo Nacional de Población, Hogares y viviendas 2001.
- Jankilevich, Ángel (1999) “Hospital Israelita de Buenos Aires”, *Revista Hospital y Comunidad*, Buenos Aires.
- Jmelnizky Adrián y Erdei, Ezequiel, (2005) *La Población Judía de Buenos Aires. Estudio Sociodemográfico*. Buenos Aires, AMIA.

- Kaplan Roberto, Triskier Fabián, Abramovich Gonzalo (2004) *Nuevo Hogar y Centro Comunitario para Ancianos de la Comunidad Judía. Organización y Servicios*. Bs. As, Documentos Técnicos JDC, s.d.
- Kliksberg Bernardo (2000) *La lucha contra la Pobreza en América Latina*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Kliksberg, Bernardo (2003) “Al Borde del Abismo”. *Periódico Nueva Sión*, Buenos Aires, 10 enero 2003.
- Korin, Moshé (2011) “La Justicia Social en el Judaísmo”. *Periódico Comunidades*, número 496, Buenos Aires, 2 de marzo de 2011.
- Lew Norma (1992) “Situación Social, Solidaridad, Marginalidad” Ponencia presentada en el 13º Congreso de la Federación de Comunidades Israelitas Argentinas.
- Marshall, James D. (1993) “Foucault y la investigación educativa” en *Foucault y la educación. Disciplinas y saber* Stephen J. Balll. Compilador. Madrid, Ediciones Morata y Fundación Paideia.
- Minois George (1987) *Historia de la Vejez*. Madrid. Editorial Nerea.
- Oppenheimer, Andrés (2000) “Los judíos pobres de América Latina”, *Diario La Nación*, Buenos Aires, 22 de agosto del año 2000.
- Paola, Jorge (compilador) y otros autores (2003) *Construyendo el Trabajo Social con Adultos Mayores. Realidad y Análisis de los Centros de Día*. Buenos Aires. Espacio Editorial.
- Plavnik, Baruj (1989) *Marshall T. Meyer Mensajero*. Buenos Aires. Comunidad Bet El.
- Redondo, N. (1990) *Ancianidad y Pobreza-Una investigación en sectores populares urbanos*. Buenos Aires, Editorial Humanitas.

- Redondo, Nélica (2007) Estructura de edades y envejecimiento en *Población y bienestar en la argentina. Del primero al segundo centenario* Susana Torrado. Coordinadora. Buenos Aires. EDHASA. 2007.
- Redondo, Nélica (2010) “Institutional Care for Older People in Developing Countries: The Case of Buenos Aires, Argentina” Nelida Redondo y Peter Lloyd Sherlock en *Journal of Population Ageing. Volumen 2, números 1 y 2*. Junio de 2010. Springer Netherlands.
- Rosemberg, Diego (2010) *Marshall Meyer, el rabino que le vio la cara al diablo*. Buenos Aires. Editorial Capital Intelectual.
- Shusterman, Ricardo (2009) “El Joint en la Confrontación de la Pobreza Argentina”, s.d, Bs. As.
- U. O. Schmeltz y Sergio Della Pégola (1986) “La demografía de los judíos de Latinoamérica”. Jerusalem, *Revista Rumbos*, nº 15 marzo de 1986.
- U. O. Schmeltz y Sergio Della pérgola (1986) “La demografía de los judíos de Latinoamérica”. Jerusalem, *Revista Rumbos*, nº 16 junio de 1986.
- Weber, Max (2003) *La Ética Protestante y el Espíritu del Capitalismo*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Zadoff, Efraím (1998) *Enciclopedia de la Historia y la Cultura del Pueblo Judío*. Jerusalem, Nativ Ediciones, Israel, 1998.
- Zagul, Renee (2002) “50,000 judíos pobres en la Argentina”. *Periódico La Voz y La Opinión*, noviembre 2002.
- Zlotogwiazda, Marcelo (2000) “Judíos pobres”. *Revista Veintidós*, septiembre 2000.

8. Anexos y Apéndices

8.1 Anexo 1

Learning Expedition to JDC-ESHEL in Israel.

Equipo profesional por el JDC-Latin América: Dr. Fabián Triskier, Director de Programas Sociales y Lic. Gonzalo Abramovich, Coordinador de Programas Sociales.

Equipo de Profesionales del JDC-ESHEL ISRAEL:

Dr. Yitzhak Brick: Director General

Shalom Thein: Director of Housing Programs

Yaacov Kabilou: Director, Institucional Services.

A modo de introducción:

La visita que realizamos al centro de JDC-ESHEL y Brookdale en Jerusalem, las visitas a los diversos servicios institucionales, el acceso a los programas, profesionales, voluntarios, ancianos, etc., fue posible gracias a la colaboración del equipo de ESHEL, que respondió a cada una de nuestras inquietudes, aportando su experiencia y abundante material bibliográfico.

La visita fue breve pero intensa y nos permitió tener una idea clara de los lineamientos seguidos para brindar una respuesta a los desafíos que plantea el envejecimiento en Israel y para poder pensar en la posibilidad de adaptar algunos de los programas y modalidades institucionales visitados a la realidad de la comunidad judía de la Argentina.

Puntos clave a considerar del modelo gerontológico de Israel.

- ✓ Los programas y servicios cuentan con un muy importante apoyo económico estatal.
- ✓ Los programas funcionan en una red articulada y consistente.

- ✓ Desde hace 20 años se ha invertido mucho dinero y esfuerzo para desarrollar programas de atención del anciano en la comunidad.
- ✓ Los servicios se auditan de manera permanente.
- ✓ Existe una clara vocación de innovar y pensar nuevos programas para los adultos mayores.
- ✓ Se realiza investigación aplicada para determinar si los programas funcionan correctamente.
- ✓ Las leyes de protección dictadas por la Knesset (Parlamento Israelí) garantizan los derechos de todos los ancianos de Israel.
- ✓ Los adultos mayores participan activamente en los programas como voluntarios.
- ✓ La diversidad cultural y étnica de la población mayor de Israel la convierte en un caso excepcional y de gran interés para el estudio gerontológico.

Acerca de ESHEL.

JDC-ESHEL es la asociación para el planeamiento y desarrollo de servicios para adultos mayores de Israel, que desde 1969 ha sido la organización responsable de asegurar y proveer de vivienda digna y servicios sociales y de salud para miles de ancianos en Israel.

Opera de acuerdo a los siguientes principios:

- Desarrollando servicios nuevos y creativos.
- Trabajando en cooperación con asociaciones locales de ancianos, autoridades locales y regionales, ministerios, etc. para asegurar la continuidad de los proyectos en el largo plazo.
- Garantizando la continuidad de sus programas.
- Reuniendo los recursos necesarios para el desarrollo de los servicios.

ESHEL provee asistencia financiera para comenzar el desarrollo de los proyectos y la inversión continúa en una escala descendente en un período de tres años, después de ese lapso el proyecto debe continuar funcionando con fondos alternativos y autofinanciarse. En sus 34 años de trabajo continuo, el JDC-ESHEL ha transformado la calidad de vida de los Ancianos en Israel, construyendo 18 hogares para ancianos, 150 centros de día, 2,250 apartamentos en edificios protegidos y participando en el desarrollo de 110 asociaciones locales para ancianos. También ha desarrollado 66 programas de “supportive communities” y muchos otros programas que tienen como principal objetivo el mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, tales como: Promoción de salud y promoción social, capacitación para profesionales y voluntarios, apropiado uso de tecnología, planeamiento a largo plazo, etc.

Acerca de los Servicios de Atención para Ancianos en Israel.

Los programas que en un principio focalizaron en el desarrollo de Instituciones Geriátricas de cuidados de largo plazo hacia la década del 70 evolucionaron hacia modelos de atención comunitarios que apuntan a mantener a los ancianos en sus hogares el mayor tiempo posible.

Un hito en la historia de los servicios sociales para los adultos mayores se produjo en 1980 por la sanción de una Ley del Congreso que obliga al Estado a cubrir las necesidades de atención de todos los ciudadanos mayores de Israel, incluyendo cuidados domiciliarios, centros de día e internación geriátrica. Cada ciudadano aporta el 4 ½ % del salario a un fondo destinado a cubrir las necesidades de los mayores. Una parte va a financiar el sostén de la red de geriátricos y otra parte los centros de día. La edad jubilatoria en Israel es a los 60 años en el caso de las mujeres y 65 en el caso de los hombres. Si una persona es elegible y necesita ayuda tiene derecho a recibir hasta 16

horas de asistencia domiciliaria para las actividades de la vida diaria semanales. Un anciano puede optar entre recibir el servicio de cuidador domiciliarios o en un Centro de día y en algunos casos optar por un sistema mixto.

Si un anciano o mejor dicho si su familia decide internar a un anciano en un geriátrico privado el Estado no interviene, pero tampoco recibe ningún subsidio. Si va al Geriátrico público de acuerdo a sus ingresos una asistente social determina que porcentaje del ingreso familiar deben disponer para pagar la internación. Este porcentaje oscila entre un 10% el 50 % o el 100 %.

El Estado te ofrece una lista de geriátricos, la familia le paga al gobierno y éste le reintegra a los geriátricos. El costo mensual de una internación geriátrica en Israel oscila entre los 1,500 dólares para un anciano frágil y los 2,500 dólares mensuales para un anciano dependiente.

Históricamente el JDC-ESHEL construía a través de MALBEN, geriátricos que entregaba “llave en mano” pero los sostuvo durante casi 20 años. Luego se decidió un cambio de política y se transfirió la responsabilidad del sostenimiento de los Hogares a las organizaciones locales.

En Israel el Ministerio de Asuntos Sociales se responsabiliza de los programas de atención de los viejos auto válidos y frágiles internados en geriátricos mientras que el Ministerio de Salud se responsabiliza de los internados con trastornos cognitivos y demencias y los que tienen un deterioro psicofísico.

Presentación de los Programas Visitados en Israel.

Durante nuestra estadía y a lo largo de tres días de intensa labor visitamos diferentes tipos de Instituciones que prestan diversos servicios a los ancianos. Con el objeto de ordenar la presentación dividiremos la misma en 2 categorías: a) Programas que prestan

servicio en el domicilio del anciano, b) Programas que prestan servicios en Instituciones y Organizaciones. Estas dos categorías a su vez se subdividen en dos grandes campos o ejes de acción: Servicios de Salud y Servicios Sociales. (Destacando que existen programas e instituciones que proveen servicios mixtos.)

Programas:

The Supportive Community Program. (Programas de Atención Comunitaria).

Es un programa que responde a las necesidades de los adultos mayores que prefieren continuar viviendo en sus hogares y su comunidad. El programa provee servicios sin interferir en el modo de vida del anciano y respetando su independencia y privacidad.

La idea- fuerza del programa es la de evitarle al anciano tener que ir en busca de los servicios que necesita fuera de su hogar y la proximidad a su propia casa.

El programa les garantiza a sus beneficiarios que no estarán aislados ni solos ofreciéndoles una canasta de servicios.

A partir de la formulación de una pregunta: ¿En que áreas necesita ayuda y apoyo una persona que envejece?

Se planteas 3 áreas en las que un anciano necesita ayuda:

1- Protección y Acceso a Servicios Médicos.

En Israel 2/3 de los adultos mayores de entre 75 y 80 años de edad viven solos en sus casas. Si repentinamente sufren una descompensación o tienen un accidente doméstico (por ejemplo: caerse en la ducha), no habrá nadie cerca para asistirlos. Muchos ancianos por razones de salud deben permanecer temporalmente en cama y se ven imposibilitados de realizar tareas domésticas o acudir al consultorio de un médico a buscar una receta. Finalmente muchos mayores sienten temor frente a la posibilidad de que un extraño intente irrumpir en sus hogares durante la noche y que nadie escuche su pedido de ayuda.

2- Asistencia en el manejo de la vida diaria.

Algunas actividades que en otras etapas de la vida no resultan problemáticas pueden convertirse en un serio problema en personas de edad avanzada: pequeñas reparaciones en el hogar: (cambiar un foco, colgar un cuadro, mover un mueble), y reparaciones más importantes como plomería y electricidad.

3- Pertenencia a un marco social y bienestar personal.

Se refiere al aislamiento que padecen las personas mayores que viven solas, muchos sienten vergüenza de reconocer a la soledad como un problema que requiere atención.

Modelo Social de ESHEL.

El “Supportive Community”-

Es un modelo que intenta responder a las necesidades anteriormente descritas de una manera *funcional e integrada*. Es funcional porque cubre una amplia franja de los problemas que se plantean en la vida cotidiana y es integrado porque los diferentes componentes del programa se relacionan unos con otros.

7 son los elementos claves de este programa:

- a) Un *padre o madre* del vecindario que actúa como coordinador del programa, ofreciendo apoyo y asistencia a los beneficiarios, realizando reparaciones menores, y supervisando las reparaciones más importantes. Está disponible y puede ser llamado durante las 24 horas del día a través de su teléfono celular y acompaña a los miembros del programa a la sala de emergencia del hospital cuando es necesario.
- b) Los servicios médicos incluyen un servicio de ambulancias sin límite del número de llamados y visitas de médicos en domicilio incluyendo las noches y fines de semana por un valor nominal mensual. (En Israel el servicio de ambulancias debe pagarse y es un servicio caro.)

c) Un sistema de llamada de emergencia con un reloj- pulsera que contiene un botón pulsador conectado a una central de alarmas. Además cuenta con un sistema de comunicación fijo ubicado en un lugar estratégico del hogar que se activa al presionar la alarma y le permite al beneficiario hablar y escuchar al operador de la central desde cualquier lugar de la casa. La central cuenta con operadores entrenados para resolver las emergencias las 24 horas del día.

El servicio se contrata con un proveedor externo.

d) Actividades sociales con encuentros regulares: charlas, clases, salidas, paseos y turismo.

e) Una asistente social que aporta el departamento de servicios sociales de la municipalidad que se ocupa de brindar asesoramiento a los beneficiarios y sus familias en asuntos relacionados con sus derechos y beneficios previsionales.

f) Asistencia general que incluye un servicio de comidas “sobre ruedas” que lleva las viandas al hogar, asistencias de cuidadores domiciliarios en caso de enfermedad y acompañamiento al médico o la clínica, un servicio de línea abierta que incluye llamados de rutina todas las semanas, visitas en los hogares, atención de problemas personales y de soledad.

Administración del Programa

Cada programa es operado por una organización local para la ancianidad. En Israel se constituyen como una ONG que provee servicios a los ancianos de la comunidad. En ocasiones estas organizaciones contratan compañías comerciales para que operen el programa y se reservan para sí el rol de supervisión del servicio.

Cada programa cuenta con un board o directorio que tiene un representante de la organización local para la ancianidad, un representante del departamento social de la

municipalidad local, un representante del Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales y un representante por ESHEL.

Organización de Voluntarios

Una parte importante del programa radica en la inclusión de los voluntarios. Algunos programas reclutan entre 5 y 10 voluntarios: Entre las tareas que realizan podemos mencionar: llamados telefónicos, planifican y organizan actividades sociales que incluyen clases, fiestas y salidas.

Financiación del Proyecto

- a) Los beneficiarios abonan entre 20 y 25 dólares por mes para obtener el servicio.
- b) La municipalidad local participa con aportes de costos operativos de cada programa en base anual. La contribución ronda entre los 8,000 y 10,000 dólares por año. El primer año ESHEL aporta el 43% del presupuesto, 16% la municipalidad y 41% el gobierno a través de subsidios. El aporte de ESHEL y el de la Municipalidad decrecen hacia el tercer año: ESHEL aporta el 8%, la municipalidad el 13% y aumenta el subsidio del gobierno a un 79% del presupuesto anual. El cuarto año ESHEL se retira y el programa es sostenido por la municipalidad con el 12% del presupuesto mientras que el gobierno aporta el 88% de los fondos.
- c) Cada proyecto está pensado para abarcar 200 familias.
- d) ESHEL contribuye con una inversión inicial para costos operativos de 22,000 dólares distribuidos en los tres primeros años más una inversión inicial de 25,000 dólares destinados a construir la infraestructura.
- e) El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ha apoyado económicamente el proyecto subsidiando beneficiarios de bajos recursos. El anciano de bajos recursos solo paga unos 10 dólares por el servicio (el 50%) y el Ministerio

subsidia el otro 50 %. Los ancianos que no tienen problemas económicos pagan 20 dólares por mes. De esta manera y con el importante apoyo del Ministerio de trabajo se garantiza que el programa esté a disposición de todos los ciudadanos sin importar su nivel de ingresos.

Visita a una Comunidad Protegida.

Observaciones.

Realizamos una visita acompañados por el director del programa de viviendas de ESHEL, Shalom Thein y creados del programa de Supportive Community.

En primer lugar nos dirigimos a un Centro local de Jubilados en la localidad de Katamon, que funciona como sede de los servicios sociales del programa. Allí nos entrevistamos con la trabajadora social de una compañía que opera el servicio, la coordinadora que lidera al grupo de adultos mayores que concurre al centro y el “padre de barrio” de la zona.

Se lo denomina “padre” del barrio, porque esta persona desarrolla una relación muy cálida con los beneficiarios. En general son hombres de unos 45 años de edad que tienen alguna capacitación en oficios (albañilería, pintura, electricidad, etc.) con una estructura de personalidad flexible y con capacidad de adaptación a las situaciones que se les plantean.

Estas personas deben contar con movilidad propia, perciben una remuneración digna y se les paga el combustible que necesitan para visitar las casas. También se les provee de un teléfono celular y de una caja de herramientas. Cuando un beneficiario llama al community - father este no debe demorar más de 15 minutos en llegar al lugar.

El programa se divide en 200 familias, compuestas por ancianos que viven solos y en algunos casos por matrimonios de ancianos.

El programa a diferencia de un edificio protegido, de 200 departamentos, se horizontaliza en 200 casas de un mismo barrio, con la ventaja de que los ancianos viven en sus casas e integrados a la comunidad compartiendo su vida con las otras generaciones.

Visitamos un matrimonio beneficiario del sistema, se trataba de un matrimonio de inmigrantes rusos de aproximadamente unos 80 años de edad. Observamos el funcionamiento del reloj-pulsera-alarma.

Inmediatamente un operador se comunicó en hebreo con la casa por un altavoz y la mujer beneficiaria comenzó a hablarle en ruso, inmediatamente otro operador que hablaba su lengua la contactó para resolver su pedido.

Cuando se activa la alarma el operador está capacitado para evaluar la situación y el nivel de servicios requerido.

En su computadora de la central de alarmas le aparece automáticamente la historia clínica del beneficiario y los datos más importantes de su historial médico y social.

Según el caso le enviará al padre de familia o a un médico que evaluará si el problema puede resolverse en el hogar, (en ese caso probablemente le extienda una receta y le deje la medicación necesaria para las próximas 24 horas.)

Si el caso es más grave lo trasladarán en ambulancia al hospital más cercano.

A veces el médico considera que la hospitalización no es necesaria pero si el beneficiario insiste tienen la obligación de trasladarlo. En el caso de que el beneficiario no quede internado deberá pagar unos 9 dólares por el uso de la ambulancia. De este modo se desalienta el pedido innecesario de traslados.

La visita del médico cuesta unos 5 dólares.

El “father” trabaja 8 horas 5 días a la semana y tiene una guardia pasiva las 24 horas todo los días de la semana. En general salvo que se trate de una emergencia los beneficiarios solo llaman al “father” sus días y horarios de trabajo.

Los honorarios rondan los 1,200 dólares mensuales.

Según las estadísticas del programa cada una de las 200 familias requiere el servicio del padre del barrio unas 4 veces por año y la tasa de uso de la ambulancia es menor: 1 vez por año. Los llamados se incrementan en invierno (por cuestiones estacionales), goteras, reparaciones, etc. Si el padre observa alguna situación que requiera la intervención de la trabajadora social se pone en contacto con ella de forma inmediata.

Otra parte importante del programa se relaciona con las actividades sociales, pudimos observar que se realizan numerosas actividades en el centro de jubilados, sede social del programa y que la mayoría de las actividades eran coordinadas por voluntarios. También pudimos observar que se ofrecían servicios de peluquería. El lugar era muy cómo y agradable.

Además de ser una edificación nueva, construida con fondos de donantes judíos de otros países.

Home Renovations: “A Dignified Old Age”

Según el ultimo censo poblacional viven en Israel 640,000 personas mayores de 65 años, de las que se calcula habría unas 210,000 (30%) que viven en situación de severa necesidad económica, viviendo solamente del ingreso del seguro social y con ingresos adicionales del Instituto Nacional de Seguros. A la luz de estas estadísticas el Presidente del Estado de Israel ha puesto en marcha un programa a los mayores que viven en la pobreza, en cooperación con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, El IDF y el Servicio Penitenciario de Israel, el JDC/Israel, La Asociación Industrial de Israel y el JDC-ESHEL.

Objetivos: ayudar al mayor número de personas ancianas que viven por debajo de la línea de pobreza ha mejorar su calidad y condiciones de vida. En su proyecto piloto cubre una población de 15,000 ancianos y espera llegar aun número de 100,000.

Destinado a: adultos mayores que no están institucionalizados cuya situación incluye:

- Sin ingresos por fuera del ingreso de los pagos del seguro social y el complemento del NII.
- Habitan en viviendas de condiciones precarias.
- Gastos relativamente altos en medicación.
- Ancianos que se encuentran aislados o que no pueden salir de sus hogares.

Principios Básicos del Programa

- No entrega dinero directamente a los beneficiarios, en cambio provee servicios.
- El programa funciona y se sustenta sobre estructuras organizacionales y administrativas preexistentes.

Servicios Ofrecidos

- Entrega de medicinas para enfermos crónicos.
- Entrega de anteojos.
- Control y tratamiento de problemas auditivos.
- Salud dental.
- Mejora de las condiciones de vida: colocación de artefactos eléctricos, pintura del hogar, etc.
- Nutrición.

El Programa

Los subsidios para medicamentos cuentan con “fondos especiales”, y se utilizan para los ancianos que no pueden pagar los costos de algunos medicamentos que consumen al punto de tener que optar entre comprar los remedios o la comida que necesitan. El

programa de salud bucal les garantiza tratamiento odontológico a los ancianos de bajos recursos. Cuentan con una ambulancia especialmente equipada y convertida en consultorio odontológico móvil para aquellos que no pueden trasladarse desde sus casas, (en Argentina el PAMI hasta hace unos años brindaba este servicio.) En Israel el servicio fue desarrollado por JDC-ESHEL y MATAV en sociedad con el Ministerio de Asuntos Sociales y cuenta con el apoyo de una fundación.

En cuanto al tratamiento de los problemas visuales y auditivos, JDC-ESHEL opera un programa de detección temprana y tratamiento en todo el país. Un grupo de voluntarios (mayores), que reciben entrenamiento especial, son los encargados de evaluar con tecnología fácil de operar a sus pares.

El programa es gratuito para el que lo necesita y entrega audífonos y anteojos. Se realiza en estrecha colaboración con el Ministerio de Asuntos Sociales y el apoyo de la Universidad de Tel Aviv y UJA_Federation of New – York.

Las reparaciones en el hogar las realizan grupos de voluntarios que también se ocupan de colocar los muebles de manera que el ambiente sea seguro para el anciano. Cuando es necesario se entregan camas, sábanas y frazadas. Pudimos visitar un barrio que antiguamente fue un centro de absorción para inmigrantes en donde viven actualmente ancianos de origen ruso en su mayoría. Un grupo de voluntarios jóvenes estaba pintando la casa y se observaba también que operaban un grupo de electricistas (no voluntarios.)

El aspecto de control nutricional se realiza a través de otros programas e instituciones que ya funcionan como los centros de día y hogares de ancianos para el control médico y con el programa de promoción de salud que enseña nutrición, dietas adecuadas y clases de cocina en los centros comunitarios. Se sirven comidas calientes en los centros de día

Se trata de un programa nuevo que comienza con un proyecto piloto en 8 comunidades. El costo que se calcula es de \$ 2.3 millones de dólares en los tres primeros años. Recaudaron ½ millón y esperan recaudar \$1millon de donaciones y contribuciones de diferentes organizaciones de voluntarios. Este cuadro implica que todavía deben recaudar cerca de \$ 0.8 millón.

MATAV

Home Care Services

Realizamos una visita a la compañía proveedora de cuidados domiciliarios para conversar con su directora Racel Malensky

Fundada en 1958, MATAV es la más importante ONG de Israel que provee cuidados domiciliarios.

Es administrada por un comité ejecutivo que incluye representantes de instituciones públicas, autoridades locales.

El equipo de cuidadores y enfermeras de Matav recibe un curso de capacitación de 3 meses de duración, dictado por trabajadores sociales enfermeras y médicos especialistas. Contempla 60 horas de clases teóricas y 20 de práctica.

Al finalizar el curso los participantes reciben un diploma que los habilita a trabajar como cuidadores otorgado por el Ministerio de Trabajo y Bienestar Social.

El curso incluye prácticas en hospitales geriátricos, y también pediatría y rehabilitación.

El plan de estudios contempla el estudio de: relaciones familiares, relación padres – hijos, problemas del envejecimiento, problemas de la discapacidad física y emocional, economía familiar con los recursos disponibles de los servicios públicos y comunales.

Servicios.

Cuidado personal: higiene personal, baños, afeitarse al paciente, higiene dental, manicura, alimentación, ayuda para trasladarse, administración de medicamentos, etc.

Cuidado del Hogar: tareas de la casa, cocinar comidas regulares o dietas, lavado de la ropa del paciente, compras, limpieza.

Acompañamiento: a la clínica o el hospital, ayuda para mantener el contacto con la familia, amigos, etc.

Counselling: ayuda para resolver problemas personales o familiares, información sobre los servicios comunitarios a través de los trabajadores sociales.

Acompañamiento en momentos de crisis.

Es un servicio importante y muy requerido por los ancianos y sus familias.

MATAV Head office:

130 Dizengof St. Tel Aviv 64397

“Warm Home” (Calidez del Hogar)

Se trata de un programa de particular interés para nosotros por tratarse de un claro ejemplo de cómo se puede tomar un programa pensado para resolver los problemas de los ancianos de un país y trasladarlo y adaptarlo a otro contexto.

Inicialmente fue pensado y desarrollado por el JDC de Rusia y JDC-ESHEL lo adaptó a las necesidades de la sociedad Israelí. En su primera etapa se focalizó en los inmigrantes que llegaron de la ex Unión Soviética.

Hoy en día es un programa para todos los adultos mayores de Israel.

El programa se basa en grupos mixtos de hasta 15 personas que se encuentran 2 veces por semana.

Hay una familia que actúa como anfitrión y ofrece su casa como punto de reunión para la actividad. ESHEL, capacita a las personas que desean capacitarse como coordinadores de estos grupos. Los coordinadores son adultos mayores y reciben un soporte de dinero y materiales para desarrollar la actividad. Tuvimos la posibilidad de participar de uno de estos grupos en la casa de una familia rusa, el grupo lo conformaban unas 10 personas, todas adultos mayores de origen ruso. La familia

anfitriona preparaba bocadillos y se reunían a charlar, conversar y cantar canciones. Se notaba que realmente el grupo funcionaba muy bien como grupo de pertenencia. Sus integrantes todavía no dominan el hebreo y de otra manera se les haría muy difícil participar de un grupo tradicional.

Servicios Institucionales

Visita al Hogar de Ancianos: “Golden Era”

Se trata de un edificio que funciona como Residencia Geriátrica, Centro de Día y Respite Home (internación transitoria.)

Este hogar cuenta con el apoyo de la Municipalidad de Jerusalén, la Jerusalem Foundation, IDAN Association y ESHEL.

IDAN es una organización sin fines de lucro que opera servicios para ancianos y cuyos principales fondos provienen de los pagos que recibe del Ministerio de Salud, del Ministerio de Asuntos Sociales, de la Municipalidad de Jerusalén, del Instituto del Seguro Nacional de Servicios para la Ancianidad y de recursos aportados por fondos de capital privado.

Esta Asociación que opera los servicios para los adultos mayores en Jerusalén cuenta con un comité ejecutivo compuesto por Azkanim (voluntarios) de prestigio en la comunidad.

El presupuesto operativo para el año 2000 era de unos 10 millones de dólares.

El presupuesto asignado a cada uno de los proyectos para la atención de los mayores fue el siguiente: 81% destinado para los hogares de ancianos, 10 % para los centros de día y los respite homes (internación de corta estadía), 4% para gastos de administración, Edificios protegidos y apoyo en la comunidad 2%, otros proyectos comunitarios 3% del presupuesto.

Los ingresos que recibe provienen en un 44% del Ministerio de Salud, un 36 % del ministerio de Acción Social, 7% de la Municipalidad de Jerusalén, 3% del Instituto Nacional del Seguro, 10 % de otros recursos.

“Golden Era” es un establecimiento de cuidados de largo plazo con capacidad para 104 residentes divididos en tres grupos alojados en tres diferentes niveles o salas: Ancianos frágiles, con algunas dificultades para desarrollar las actividades de la vida diaria y con problemas motores (38 camas), ancianos con trastornos cognitivos y demencias, principalmente (32 camas) y nursing home (residencias) para ancianos con mayor grado de deterioro psicofísico (34 camas).

Los ancianos son enviados al Hogar derivados por el servicio de acción social de la Municipalidad y por el Ministerio de Salud. Tienen habitaciones individuales y de 2 hasta 2 y 3 camas. Cada habitación cuenta con un baño y una ducha propios. Los residentes reciben supervisión médica, atención de enfermería, fisioterapia y servicio social. El cronograma de actividades incluye terapia ocupacional, social y cultural, talleres etc. Los familiares participan en el cuidado de sus ancianos y en las actividades sociales.

La proporción de personal que está trabajando en contacto directo con los pacientes en el Hogar es de 3 por cada 10 pacientes frágiles y de 7 cada 10 pacientes dependientes.

El promedio en Israel es de 5 empleados cada 10 pacientes de los cuales 2,5 son enfermeras.

Ej. En una sala con 36 pacientes de un geriátrico deben contar con un personal de 12 auxiliares geriátricos + 6 enfermeras para cubrir los 3 turnos, o sea 18 en total.

Cuentan con 1 médico cada 100 pacientes

El Hogar es supervisado por el Ministerio de Salud y por el Ministerio de Asuntos Sociales.

Durante la visita en la que nos acompañó Yaacov Kabilou por ESHEL y fuimos recibidos por el Director del Hogar Señor Danny Shitreet, dialogamos respecto a la evolución de este tipo de servicios en Israel.

El Respite Home

Es una sala que cuenta con 31 camas destinadas a residentes temporarios, de corta estadía que se encuentran en un período de descanso y recuperación tras una enfermedad o una estadía en el hospital. También se utiliza en caso de emergencia para albergar a algún anciano que lo necesita o en las jewish holidays (se llena la capacidad), la familia se toma unas vacaciones y el anciano es cuidado en el respite home.

El servicio que proveen incluye: comidas, supervisión y tratamiento por un doctor o enfermera, actividades sociales y culturales durante la mañana, de acuerdo a las capacidades de los pacientes. Las tardes se reservan para recibir visitas. Los ancianos son derivados por los hospitales y los servicios de bienestar social municipales. La estadía de un paciente en el servicio va de 2 a 4 semanas dependiendo de su estado de salud. La supervisión corre por cuenta del Ministerio de Asuntos Sociales.

El costo por día para la persona que lo puede pagar oscila entre los 6 y los 40 dólares diarios. La capacidad ocupada al momento de nuestra visita era de 21 camas.

El Centro de Día

Funciona en el mismo edificio del Hogar de Ancianos y el Respite Home, en un ala en planta baja con sus propias instalaciones y baños. Tiene capacidad para atender a unas 55 personas de ambos sexos, que sufren deterioro cognitivo, dificultades de atención, pérdida de memoria y desorientación. Algunos de ellos padecen la enfermedad de Alzheimer. Los pacientes concurren entre 3 y 5 veces por semana en períodos de 5 hasta

8 horas por día, (en el menor de los casos.) Cuentan con un servicio de transporte propio que los pasa a buscar por sus hogares y los traslada hasta el centro de día y los regresa al finalizar la jornada. En sus inicios funcionaba como un club de jubilados y posteriormente lo convierten en un centro de día para mental frágil separando a los independientes de los ancianos con trastornos cognitivos. El personal del Centro de Día está compuesto por 3 auxiliares geriátricos, 2 terapistas ocupacionales, 1 trabajador social y 1 administrativo. No tienen médico, pero sí una enfermera para regular que todo esté bajo control. No dan rehabilitación física. Se higieniza a los pacientes y les proveen los pañales.

Observaciones Generales

La impresión general de la visita a éste complejo en el que funcionan tres modalidades de atención institucional es de una muy buena calidad prestacional, con instalaciones muy cómodas y funcionales, sin llegar a ser lujosas (habitaciones de hasta 3 camas), con buenas medidas en las áreas comunes y un buen aprovechamiento del espacio y la distribución. No cuenta con espacios amplios de parque o jardines. Se observó una muy buena limpieza tanto de las instalaciones como de los pacientes y en general un clima de tranquilidad y armonía. La comida es de muy buena calidad, bien servida y abundante. El comedor y la sala de estar que pudimos recorrer estaban decorados de manera acogedora y tenía detalles como una pecera con peces de colores, jaulas con canarios, loritos, etc. Relacionados con la llamada pet therapy o terapia con mascotas que se aplica en Israel y dónde los ancianos deben cuidar y alimentar a las mismas.

Desde el punto de vista de los elementos de tecnología al servicio de la calidad y seguridad del adulto mayor se puede destacar: cocinas excelentemente equipadas, amplias cámaras de refrigeración, carros térmicos con capacidad para mantener calientes los alimentos por 8 horas, timbres llamadores, alarmas contra incendio, sillas especiales para baño, etc.

Golden Era Home for The Aged.

28 Yossi Ben Yoezer St., Katamon

Jerusalem

En Tel Aviv la Asociación que provee servicios para la Ancianidad se llama Keshet. Trabaja en cooperación con la Municipalidad de Tel Aviv- Yaffo y tiene numerosos partners: ESHEL, El Seguro Nacional, el JOINT y la CLAIMS CONFERENCE.

Keshet fue creada en 1981 y desde entonces trabaja en la implementación de programas sociales para ancianos.

Visitamos uno de sus Centros, donde fuimos recibidos por su directora Pnina Gutman, en el Tzahalon Geriatric Medical Center.

Pnina nos explicó que se trata de una institución pública creada por el gobierno hace unos 20 años. Es la única residencia Geriátrica de Tel Aviv (pública) y tiene una capacidad para 700 camas divididas en tres categorías de pacientes: a) frail: Se refiere a ancianos con una condición frágil, fundamentalmente desde el punto de vista físico, muchos de ellos usan bastón o están en sillas de ruedas y tienen dificultades para realizar las actividades de la vida diaria.

b) mental frail pacientes que padecen demencia en su mayoría.

c) nursing: pacientes con alto grado de deterioro.

La directora refiere que estas poblaciones están separadas entre sí aunque es posible mezclar “frail” con nursing.

Cuentan con 2 centros de día para frail y un centro para mental frail que brinda servicio de almuerzo y desayuno. Los ancianos pagan en proporción el 10 % del costo del centro.

Visitamos el Centro de día para ancianos con trastornos cognitivos y demencia. El lugar era muy agradable y atendían a un grupo de aprox. 20 adultos mayores. Al momento de nuestra visita se encontraban trabajando con la terapeuta ocupacional. Los pacientes reciben tratamiento de aromaterapia, estimulación cognitiva, grupo de apoyo terapéutico para familiares, etc.

El costo es subsidiado por leyes nacionales de seguro.

Operan programas preventivos de salud y examinaron a miles de ancianos para prevenir problemas visuales y auditivos. Desarrollan programas de prevención de accidentes domésticos, etc. Keshet cuenta además con 6 edificios protegidos para unos 400 ancianos que también brindan actividad social y cultural. Estos edificios son para personas mayores que no pueden pagar sus departamentos, en general son inmigrantes y un 22 % de sus ocupantes son de origen ruso. En Israel solo el 9% de la población no tiene casa propia.

Visitamos un edificio protegido con 70 departamentos que no son compartidos en los que viven personas solas o matrimonios. El edificio cuenta con una “housemother” que se ocupa de ayudarlos a resolver problemas personales y es quién mantiene el contacto con la asistente social, enfermeras y cuidadores domiciliarios. La housemother también ayuda a los ancianos que lo necesitan realizando compras, trayendo las medicinas de la farmacia o acompañándolos al médico. Los ancianos tienen alarmas personales de emergencia conectadas a una central de alarmas las 24 horas del día. Un empleado de mantenimiento se ocupa del mantenimiento del edificio.

El edificio que visitamos contaba con un área social con un comedor, mesas y sillas y una oficina donde se encuentra la encargada del edificio. En este lugar se realizan actividades y una vez por semana se prepara un almuerzo para todos los inquilinos.

Encuentro con Jenny Brodski, Investigadora del Brookdale Institute

Brookdale desarrolla investigaciones en 5 áreas de acción:

- 1- Niños en Riesgo.
- 2- Ancianos.
- 3- Discapacitados Mentales y Físicos
- 4- Investigación sobre el sistema de salud
- 5- Absorción de Nuevos Inmigrantes.**

Brookdale realiza investigación aplicada.

Realiza evaluación de necesidades de ancianos.

Tiene un centro de información nacional y realiza proyecciones.

Evalúan necesidades de camas y servicios.

Las personas mayores de 65 años alcanza el número de 640,000 personas, es decir el 10% de la población total del país. De esa cifra unos 287,000 son mayores de 75 años (45% de la población anciana) y 144,000 tienen más de 80 años es decir el 23 % de los adultos mayores.

Actualmente Israel cuenta con 140 centros de día para ancianos con algún tipo de discapacidad mental o motriz. Reciben una población de aproximadamente 13,000 ancianos, es decir el 2 % de la población anciana del país. Además cuentan con 45 clubes sociales que reciben a unos 3,000 ancianos.

Existen varios centros de día que tienen plazas vacías actualmente, especialmente los destinados a auto válidos y semidependientes. Esto se debe a que existen más servicios que mejoraron las condiciones de vida de los mayores y se abrieron nuevos edificios protegidos.

Otra de las razones por las que aparecen plazas vacías en los centros de día se debe a que los ancianos deben optar entre concurrir a un centro de día o recibir acompañamiento en el hogar subsidiado.

Los centros de día para personas con demencia están completos en todo el país. Se debe a que estas patologías requieren de cuidados más intensos que el centro de día brinda adecuadamente.

A fines de 1999, el 4.1% de los adultos mayores residía en hogares de larga estadía (residencias geriátricas u hospitales para enfermos crónicos. A fines del 2001 el número de camas en esas 400 instituciones era de 30,000. Existen 4 modalidades de atención a largo plazo: camas para semi- dependientes (16%), camas para ancianos frágiles (29%), camas para ancianos dependientes (45%) y para pacientes con demencia (10%).

A fines del 2000 había 160 edificios protegidos con 18,000 unidades habitacionales.

Respecto de las casas protegidas, existen algunas en Israel pero no cuentan con el apoyo gubernamental. Fueron fundadas por inmigrantes acostumbrados a compartir el uso del baño o de la cocina en su país de origen. Aparentemente funcionan bien en esos casos.

Los centros de día son “el orgullo de Israel”. La edad de entrada promedio está alrededor de los 80 años.

Se calcula que por cada uno de los pacientes que está internado existen tres en similares condiciones en sus hogares.

Conclusiones y Recomendaciones

1) En primer lugar es importante rescatar del modelo gerontológico Israelí su capacidad para adoptar programas de otras latitudes y adaptarlos a su propia realidad, como en el caso de los warm houses.

El desafío que nos plantea el problema de los ancianos de bajos recursos de la comunidad judía de la Argentina requiere que podamos adaptar de manera creativa, los

modelos que han resultado exitosos en los países desarrollados, considerando las costumbres y los hábitos de nuestros viejos.

2) Aprovechar la infraestructura y los servicios para ancianos con los que cuenta nuestra comunidad. Existen numerosos programas que pueden desarrollarse en instituciones que ya se encuentran trabajando con viejos en Argentina.

3) Apostar al desarrollo y capacitación de recursos humanos formados en el área de gerontología y geriatría. Se trata de una inversión en educación que puede significar una salida laboral para numerosas personas que en estos momentos se encuentran sin trabajo y permitiría desarrollar las posibilidades de atención del anciano en la comunidad.

4) Aprovechar el invalorable capital humano no utilizado de todas las personas mayores de 65 años deseosas de poner su conocimiento y experiencia al servicio de los demás.

5) Al no contar con fondos estatales para la atención de las necesidades de los ancianos se deben pensar estrategias de sustentabilidad en el corto y largo plazo para darle una respuesta definitiva y no coyuntural al problema de los viejos de bajos recursos y sus familias.

8.2 Reporte acerca de la visita a programas para ancianos en la ciudad de New York

Elaborado por el Dr. Fabián Triskier, Director Programas Sociales, JDCLA, 2003.

En primer lugar quiero destacar lo estimulante de la visita, al tener la posibilidad de conocer modelos de trabajo que generaron un constante trabajo mental de comparación y adaptación a nuestra realidad. En todo momento intenté tener en cuenta las grandes diferencias en cuanto a recursos, evitando el impulso la replicación automática.

En segundo lugar, quiero debo resaltar la capacidad y disposición de Alan Cohen, de UJA- New York, quien pudo reconocer nuestras necesidades, proponer un programa adecuado y acompañarme en todo momento.

A continuación haré unos comentarios generales sobre la vejez en N. York, destacaré algunas características generales de los programas, y por último, describiré algunos de los que visité. En New York, 1.3 millones de personas tienen más de 60 años. En la última década la población mayor de 85 años se incrementó en un 19%, con un aumento de quienes viven bajo la línea de pobreza. Algunas estadísticas interesantes son:

Un 47% de los mayores de 60 pertenecen a minorías. 32% de los mayores de 65 años viven solos, de estos, un 29% son pobres. Un 46% de los mayores de 65 años que viven en New York tienen limitadas sus posibilidades de poder cuidar de sí mismos.

A pesar de ser una de las ciudades más caras de USA, es una de las que más programas tienen para la tercera edad (y quizás programas sociales en su totalidad).

Respecto a los programas visitados puedo destacar algunos puntos importantes

1. Todos cuentan con algún tipo de fondo estatal o municipal que sostiene alguna porción del presupuesto del programa. Estos vendrán por Medicaid o por algún otro canal. Impactan de diferente manera, alta en rubros como alimentación, ya que se

garantiza una comida caliente diaria (frecuentemente en comedores) y más baja en otros.

Las agencias aplican para ellos y los juntan con fondos provenientes del pago individual (en casi todos los casos en algún nivel, aunque sea mínimo), donaciones individuales y de fundaciones.

2. La razón de quedarse en la casa y no internarse es en la mayoría de las veces una decisión individual. Pero también se destaca que es más económica que la internación.

Esto es absolutamente cierto para aquellos casos de viejos sanos y auto válidos. Por esa razón, el ingreso a una institución se retrasa lo máximo posible. He visto viejos en centros de día con un alto nivel de deterioro cognitivo. Sin embargo, a medida que avanza el deterioro se llega a una instancia en que la justificación económica deja de ser argumentable para evitar la internación. Por ejemplo, hubo coincidencias en aceptar que la necesidad de acompañamiento domiciliario de 24 hs puede marcar ese momento (destaco lo inhabitual del servicio doméstico con cama y lo caro del mismo en USA en relación a nuestro medio).

3. Hay un fuerte impulso a programas que permiten vivir en el seno de la comunidad hasta una edad avanzada, incluso con importantes niveles de deterioro motor o cognitivo. Esto implica fundamentalmente el acompañamiento domiciliario, la participación en centros de día (generalmente no más de 5 hs diarias) o ambos. Como ya señalé, el acompañamiento domiciliario está lejos de ser de 24 hs.

4. Los centros de día se dividen entre los que tienen una orientación social y los que tienen una orientación médica. Los segundos se encuentran vinculados a hospitales u hogares, con una fuerte impronta relacionada a la rehabilitación y fisioterapia. Obviamente sus costos son mayores. Sin embargo, algunos de los sociales han

incorporando algunas características de los otros, convirtiéndose en un modelo más mixto.

5. El hogar de ancianos visitado es una institución con un perfil claramente médico. Realmente llegan allí cuando no quedan alternativas de que continúen en la casa por el nivel de deterioro motor o cognitivo, o cuando sus costos son muy difíciles de afrontar. Es de destacar algunas características arquitectónicas que lo diferencian claramente de los locales (dimensiones, luminosidad, materiales utilizados, construcción de los baños, barandas, etc.) como la higiene y la falta de olor existente. Están sujetos a una importante regulación municipal y federal. En su financiación el rol de los aportes de Medicaid y Medicare es importante (ver luego)

6. Respecto a los problemas de vivienda, estos se resuelven en una primera escala en el shelter, (refugio) de donde podrán pasar a programas temporarios comunitarios (pensiones con equipo social agregado) en las que se buscarán alternativas definitivas (por programas con sostén nacional o municipal), muchas veces en barrios más distantes

7. Es de destacar que al menos una comida estará sostenida con financiamiento federal o municipal que se aplica a los diferentes programas de comedores existentes, a la cocina de la vivienda temporaria, etc.

8. Homless: existen programas de rescate y reubicación. En USA, en general se trata de ancianos con patología mental de larga data o que sufrieron contingencias de la vida que los pusieron en esa situación (fraudes, jugadores compulsivos, alcohol o drogas, etc.).

9. En general no se escatiman recursos humanos provenientes del trabajo social. Sus funciones son variadas, pero gran parte de su labor se relaciona con conseguir aplicar a programas, lo que en USA se traduce como llenar correctamente y en tiempo adecuado formularios varios. Desde ya que desempeñan otras funciones inherentes a la disciplina: evaluación, counseling, terapia, supervisión de voluntarios, etc.

Descripción de programas

Dorot (<http://www.dorotusa.org/>)

171 West 85th Street

New York, NY 10024

Dorot es una ONG que se especializa en la asistencia de ancianos que se encuentran imposibilitados de salir de sus casas y también homeless de edad, pero que brinda servicios a la población anciana en general. Promueven la difusión entre los jóvenes acerca de las necesidades de los mayores, intentando crear redes intergeneracionales. Refieren tener programas a través de los cuales atienden a unas 10.000 personas y sus cuidadores por año. Desarrollan un importante trabajo con alrededor de 6000 voluntarios adultos y 2500 niños, convirtiéndose en una de las principales agrupaciones de voluntarios de USA. Muchos de los voluntarios son también ancianos.

De la población asistida, un 95% vive sola, el 90% son mujeres, el 75% tienen algún problema con sus actividades diarias: vestirse, cocinar o higienizarse; el 60% no pueden salir de sus casas sin algún tipo de ayuda, un 52% vive con menos de u\$s 10.000 al año, 35% son ciegos o con algún deterioro visual. Viven en New York, la mayoría en el Upper West, pero muchos en otros barrios e incluso estados.

Su financiación proviene fundamentalmente del sector privado, aunque hay ciertos programas (como por ejemplo los alimentarios) que tienen un fuerte apoyo estatal y municipal. Su presupuesto se conforma a partir de un 44% de fondos provenientes de donaciones individuales, 42% de fundaciones y corporaciones, 6% de fondos públicos, 3% de UJA-Federation, 3% de donaciones de sus participantes y un 2% de otras fuentes.

Entre sus servicios incluyen:

1) Visitas semanales a ancianos solos o que no pueden salir de sus casas. Lo realizan voluntarios con diferentes tareas: lectura, juegos, hacer algún mandado. El voluntario establece un compromiso de una visita semanal por un año a un mismo anciano. También pueden hacer paseos (museos, conciertos, sinagoga, médico, elecciones) u ocuparse regularmente de las compras. Asisten a quienes tienen PC en su uso, les leen a los que tienen problemas visuales, interpretan música en las casas.

Realizan llamados telefónicos regulares a los cuidadores, ofreciendo soporte en sus necesidades, antes de Shabat a los ancianos, etc.

2) Paquetes de comida Kosher durante las fiestas: la llevan los voluntarios en un gran operativo que incluye a chicos con sus familias de las escuelas comunitarias.

3) Comidas comunitarias en ocasiones festivas (Thanksgiving) y también entrega de comida en los domicilios.

4) Comida Kosher a domicilio: es un servicio para quienes se encuentran inmobilizados en sus casas. Reciben semanalmente un menú congelado provisto por una empresa. Un voluntario es el que llama semanalmente para ver como armar el menú.

5) Clases de gimnasia, yoga, relajación, etc.: se realizan en su sede.

6) Asesoramiento social y legal, especialmente en todo lo que tiene que ver con ayudar en trámites para acceder a beneficios del sistema social.

7) Provisión, entrenamiento y seguimiento de cuidadores.

8) Visitas al cementerio: se facilita transporte y acompañamiento por voluntarios.

9) Programas de integración intergeneracional para chicos de 2 a 18 años con ancianos: comidas, festejos, jardinería. Clases de cocina. Colonias. Los chicos hacen tarjetas y regalos para los ancianos.

10) Capacitación en el área de tercera edad.

11) Universidad a distancia: este programa es bastante innovador casi puede decirse, el programa estrella de Dorot. Se trata de un programa de cursos que se da por teléfono con un programa especial que implica la posibilidad de la interconexión en conferencia tanto con el docente (que da la clase desde su casa) como entre los participantes. Los ancianos son llamados, es decir no pagan la comunicación. Pagan un abono semestral (el programa tiene una importante subvención). Además de las clases, el sistema puede utilizarse para grupos de soporte, festejar las fiestas, coros, etc. En algunos casos envían material bibliográfico. Las clases son variadas: arte (muchas acerca de músicos, sus obras, etc.), temas de Israel, ciencia, judaísmo, relajación en sus más variadas formas, cocina, temas médicos, etc. Arman acuerdos con instituciones (museos, etc.) que son quienes preparan algunos de los cursos. Hacen actividades recreativas (Bingo. Tienen actividades en yidish y ruso.

12) Vivienda: a) Programa de prevención de homeless: ofrecen una alternativa de transición para resolver el problema de vivienda de ancianos judíos que son encontrados en la calle o referidos de shelters. Durante la estadía, además de proveer de techo y alimentos, se intenta facilitar a través de una trabajadora social la búsqueda de una solución permanente. El beneficiario debe aportar el 30% de su ingreso al pago de la vivienda.

En este caso, Dorot alquila un piso entero de una pensión, de habitaciones de una o dos personas, la mayoría sin baño privado. Tienen unos dieciocho beneficiarios, hay una asistente social full time y un par part time (utilizan becarias universitarias). Proveen de dos comidas calientes diarias, servidas por voluntarios. Las profesionales dividen su trabajo en la búsqueda y aplicación a recursos permanentes y al counseling con los beneficiarios. Una vez ubicados, los beneficiarios son seguidos por las profesionales por

un tiempo, intentando dar soporte material y emocional cuando es necesario. Refieren un 98% de éxito en la prevención de las recurrencias (volver a la calle).

b) Lincoln House Outreach (NORC): sus características son similares a las de otro programa que describiré.

The Educational Alliance (<http://www.educationalalliance.org/>)

197 East Broadway,

New York, NY, 10002

Es una organización muy antigua en la ciudad, que ofrece programas culturales y educativos y servicios sociales de los más variados: para ancianos, usuarios de drogas, niños, homeless, personas con patología mental, etc.

Está situada en una zona al sur de la ciudad que fue un área tradicional de residencia de familias judías.

Sus servicios para tercera edad incluyen:

1) Un Centro de adultos mayores: se desarrollan actividades recreativas, cursos diversos, conferencias, asesoramiento legal y actividades preventivas de salud, paseos y viajes, comedor, etc. Contamos con el programa de actividades.

2) Centro de día para personas afectadas por alteraciones cognitivas, Alzheimer y otras demencias: funciona de 10 a 15 hs, tres veces por semana. El costo como en todas las actividades, es dependiente del ingreso. Reciben desayuno y almuerzo y actividades que intentan estimular la socialización y sus habilidades físicas y mentales: plástica, música, trabajo con reminiscencias (esto aparece repetido en todos los programas, aprovechan las habilidades mnésicas conservadas, generalmente ligados al pasado, los que se estimulan mediante diferentes medios: canciones de la época, objetos antiguos, cuentos, etc.), etc. Desarrollan actividades de soporte para cuidadores, fundamentalmente mediante grupos (se capacita acerca de las alteraciones de memoria, como poder

enfrentar situaciones difíciles, aprender de la experiencia de otros, conocer recursos existentes, mejorar la comunicación con el asistido, etc.)

3) Vivienda: a) apartamentos subsidiados por el municipio para ancianos de escasos recursos, b) prevención de homeless (similar al de Dorot),

c) **NORC (Naturally Occurring Retirement Community)**

Estos programas tienen como objetivo principal, ayudar a los ancianos a continuar viviendo en sus casas el mayor tiempo posible con el máximo nivel posible de seguridad, independencia y dignidad. Se aprovecha la existencia de conglomerados de edificios próximos, cuyos habitantes pueden llegar a ser mayores de 60 años en hasta un 50% de cada edificio. En el caso de los judíos, en este barrio, son en su mayoría ex trabajadores que pertenecían a gremios de clase media (maestros, bibliotecarios, etc.), que accedieron a estos departamentos como primera vivienda propia para ellos y sus familias y que permanecieron viviendo allí luego de la migración de sus hijos a otros barrios o ciudades. Son en general depts pequeños para estándares americanos. El programa está auspiciado y altamente subvencionado por los municipios, aunque tiene un aporte de los propios consorcios que deciden afiliarse a él, entendiendo que mejora la vida de los adultos mayores y disminuye los problemas potenciales del edificio en su conjunto. En síntesis, se establece un espacio común en uno de los edificios o en local cercano (el que visité era sobre el banco) donde se desarrollan las diferentes actividades y servicios.

En éste caso, la Educational Alliance es responsable de la implementación y coordinación del programa en esta área. El staff contratado incluye un director, 4 trabajadores sociales (una por edificio, más o menos), un coordinador de voluntarios, un coordinador de cuidadores domiciliarios y una secretaria.

Suscribieron un convenio con el Hospital Beth Israel, quien aporta una enfermera que realiza controles de salud, y el United Jewish Council of the East Side, quien se hace cargo del transporte de los beneficiarios.

Las trabajadoras sociales se encargan de la tramitación control y asesoramiento de los cuidadores, contacto con los hospitales, counseling con los ancianos y sus familias, contacto con servicios legales de ser necesario, establecer modalidades de atención de emergencias, etc.

Las actividades grupales se encuentran a cargo del coordinador de voluntarios. Hacen énfasis en actividades de prevención de la salud, problemas del envejecer, etc., y cuentan con la colaboración de los profesionales del hospital Beth Israel. Además tienen diferentes actividades recreativas, grupos de conversación, clases de computación, artesanías, historia judía, Tai Chi, comentarios de películas, arte, etc.

Muchas de las actividades son coordinadas por los mismos ancianos en calidad de voluntarios de acuerdo a sus habilidades y profesiones.

La enfermera cumple un rol fundamental frente a la resistencia de muchos ancianos de consultar servicios de salud. Visita las casas, monitorea necesidades y riesgos, controla cumplimiento de tratamientos crónicos, medicación, funciona como enlace con el hospital y con los médicos de los ancianos. Realiza actividades de educación para la salud. resuelve algunas emergencias. El coordinador de cuidadores domiciliarios, que es un trabajador social entrenado se encarga de evaluar los casos que necesiten cuidado por una situación de emergencia, post quirúrgico, episodio mental, etc. Se encarga de los casos que por no aplicar o están en trámite de aplicación para Medicaid y no están en condiciones de pagar el servicio privado. Supervisa a tres cuidadores que trabajan de 9 a 17, de lunes a viernes, asistiendo cada uno a dos ancianos. Los cuidadores realizan tareas que incluyen lavandería, compras, acompañamiento, limpieza, baño, higiene y

preparación de las comidas. Respecto a los tratamientos de salud mental, tienen un acuerdo con un servicio especial municipal, que facilita un trabajador social con formación clínica y un psiquiatra quienes hacen consultas semanales.

Dado que algunos edificios se encuentran alejados de los medios de transporte se estableció un acuerdo con una organización que provee una van con posibilidad de transportar sillas de ruedas para realizar compras o ir a consultas médicas, bancos o centros comunitarios. Es un servicio de tres veces por semana con un precio sugerido de \$0.75 (para comparar, el subte sale \$2). Los ancianos cuentan con un sistema de alarma en un collar o reloj que frente a accidente se comunica a una central quien vuelve a comunicarse con al anciano por un parlante. Si es necesario, establece contacto con un vecino del piso designado para tal fin.

Jewish Home and Hospital (<http://www.jhha.org/>)

120 West 106 Street

New York, NY 10025

(212) 870-4715

Es una non profit, sin restricciones para la admisión de sus pacientes sin distinción de raza, religión, sexo, nivel de discapacidad o forma de pago. Posee tres sedes con capacidad total de 1600 camas. Dos de ellas urbanas (Manhattan y Bronx) y una suburbana (Westchester). Sus unidades se dividen en internación crónica, subaguda y demencia, con diferentes salas. En general son salas de no más de 35 camas. Cuando digo salas me refiero complejos de habitaciones compartidas por dos con un baño. La unidad de subagudos está hecha para aquellos viejos que requieren un seguimiento médico importante después de una cirugía, intervención médica o trastorno de salud física o mental. También cuentan con un sector de cuidados paliativos, destinados a aquellos que tienen una patología crónica o pacientes en estado terminal de sus

patologías. Además de tratamiento y cuidado, se trabaja con el paciente (cuando es posible) y la familia, que tratamientos o intervenciones habrá de hacerse o no en etapa terminal, duelos, decisiones, etc. Tienen un área nueva para pacientes que aún sin criterios médicos de internación, no puedan continuar viviendo en sus domicilios.

Tiene un staff médico con las diversas especialidades (cardiología, urología, neurología, ortopedia, oftalmología, radiología, psiquiatría y odontología. Se caracteriza por el buen nivel de sus profesionales, siendo sede de rotación de residentes de hospitales en su formación en geriatría. Guardia médica de 24 hs.

Tienen muy buenas instalaciones para fisioterapia y rehabilitación con programas especiales físicos (divididos en miembros inferiores/ estabilidad, equilibrio, marcha, etc. y superiores / motricidad fina vinculada a actividades necesarias para la vida diaria: vestido, abrochar, comer, etc. Tiene jardines y patios, cafetería, boutique, peluquería y biblioteca. Diversos programas de recreación.

Yo visité la sede de Manhattan en la que en la actualidad solo el 50% son judíos. Ellos atribuyen esto a que dado que los hijos se han mudado de la zona, prefieren llevar sus padres más cerca. Este asunto les ha traído problemas con sus donantes judíos, pero dado que reciben fondos públicos, no pueden tener una política de ingreso restrictiva. La comida no es kosher, lo que también puede explicar la baja de judíos, aunque traen comida kosher para quien lo requiere. Tienen una política de alentar las visitas con un horario amplio de recepción (10:30-20:30).

La población del hogar es de 438 internados crónicos y 70 subagudos en esta sede (tiene 514 camas). La relación entre mujeres y hombres es de 8 a 1, y el promedio de edad es de 87.

El promedio de tiempo de estadía (desde que ingresan hasta su muerte) es de 2 años, esto implica que un 45% de los ingresos no superan los 6 meses de estadía, es decir, que llegan a la internación como último recurso.

Su financiación proviene de fuentes diversas: 70% de Medicaid, 13% de Medicare, 12% de privados, 5% de Managed Care.

El hogar cuenta además con centros de día para pacientes con o sin deterioro físico y/o mental en el ala vecina. Comparten algunos servicios con el área de internación. Tienen una fuerte impronta médica, con programas intensivos de rehabilitación y fisioterapia. Los pacientes deteriorados son traídos por transporte. Tienen dos turnos, de unas 5 hs, y reciben dos comidas. Es de destacar que utilizan diferentes actividades que podrían denominarse como “alternativas” junto a otras más tradicionales: relajación, reflexología, aromaterapia, imaginería, etc.

En su sede suburbana cuentan con unidades de vivienda protegida, es decir con una alta cobertura de servicios: Limpieza, comida, actividades recreativas y culturales, controles médicos, etc. Es totalmente privada, como la mayoría de estos sistemas en el país, con costo de unos u\$s 3000 mensuales.

Están intentando vender un nuevo programa (PACE), una suerte de multiservicio “ all inclusive” provisto por ellos: 100 hs de cuidado domiciliario, transporte, medicación, centro de día e internación. También otro en el que por una cuota de \$1200 a \$2500 cuentan con dos comidas, limpieza de la casa y enfermería.

Tienen programas comunitarios de prevención de caídas. También referidos a buena alimentación (variada y abundante más que selectiva).

Desarrollaron un programa interesante de prevención de insuficiencia cardiaca mediante un aviso diario grabado que el viejo escucha cada mañana y le recuerda que

se tiene que pesar. La balanza se encuentra conectada a un sistema que si registra un aumento súbito de peso, signo de retención líquida, alerta a una central. Refieren haber disminuido las hospitalizaciones en un 75% , con los costos y riesgos que ello implica. Están instalando aparatos de auto registro de tensión arterial, glucemia (para diabéticos), etc. Es decir, toda una línea de tele-monitoreo de la salud de los ancianos.

Los hogares de ancianos en USA están fuertemente regulados por el Estado y los municipios (las regulaciones ocupan varios tomos de biblioratos) y deben estar ajustados a ellas. Contamos en la oficina con manual de procedimientos, normas para el uso de drogas psicoactivas con ancianos y formularios de ingreso, evaluación y seguimiento.

Selfhelp Community Services

520 8th Avenue

New York, NY 10018

Es una non profit (ONG) que fue fundada hace 60 años por sobrevivientes de la Shoá. Hoy son fundamentalmente una organización que da cuidados domiciliarios y vivienda asistida para unos 1000 residentes con un programa de entrenamiento para cuidadores domiciliarios. Proveen 2,5 millones de horas de cuidado domiciliario al año y administran centros de tercera edad para 7000 personas.

Sus programas son:

- Vivienda
- Centros de Tercera edad
- Cuidado domiciliario
- Educación y prevención de la salud
- Servicio de limpieza

Capacitación y formación

NORC

Construyeron el primer edificio en 1964 en Flushing, Queens. Hoy administran 6 edificios con capacidad aproximada de 150 habitantes cada uno. Los habitantes son en su mayoría inmigrantes, en la actualidad de los más variados lugares, en su origen Austriacos y Alemanes, luego Rusos, hoy con el agregado de importante número de asiáticos. Los edificios se encuentran próximos centros de tercera que brinda numerosas actividades culturales y recreativas (cursos varios, bailes, bingos, festejos, salidas, etc.), además del almuerzo (no recuerdo si otras comidas), con una donación diaria de sugerida de u\$s 1.75 diaria. Además tienen programas especiales para personas que tuvieron accidentes cerebrovasculares, grupos de soporte para los ancianos con más dificultades y para sus cuidadores (la mayoría de ellos familiares), grupos de recursos para los casos de Alzheimer y grupos de soporte para los períodos de duelo. Hay cursos de inglés y variadas actividades vinculadas con la cultura de origen de cada grupo de habitantes. Muchos de los participantes son ancianos que actúan como voluntarios en la conducción de diversos programas y actividades, para los cuales reciben entrenamiento adecuado. Además, cada edificio tiene sus propias actividades, organizadas por una trabajadora social que se encuentra allí 8 hs diarias. Funcionan consorcios de habitantes, quienes definen los programas y prioridades en cada edificio. Los departamentos tienen todos sistemas de alerta. Los pasillos son amplios, con diseños en los pisos de colores y barandas. Cada piso tiene las paredes pintadas de un color para facilitar la orientación. Tienen timbres bajos para los usuarios de sillas de ruedas. Cuentan con lavandería, biblioteca, salón de recepción a familias y salón de actividades en planta baja. Uno de los edificios tiene una sinagoga. Respecto a la financiación de los programas de vivienda, las fuentes son variadas pero provienen

fundamentalmente de recursos federales y municipales. En los últimos edificios contaron con fondos de la Wainberg Foundation, que les permitieron mejorar las instalaciones desde el punto de vista estético como de instalaciones (por ejemplo poniendo barandas de ambos lados en los pasillos y no solo de uno). El pago mensual de los mismos es variado, en algunos casos deben pagar el 30% del ingreso, en otros desde \$450 a \$940. Las subvenciones provienen de diferentes programas de vivienda. Para dar una idea, el último edificio, con 65 apartamentos, tuvo 3000 aplicaciones.

Para aplicar hay que ser mayor de 62, con posibilidad de vida independiente y con un ingreso fijo mensual

Samuel Field Y

58-20 Little Neck Pkwy

Little Neck, NY 11362

718-225-6750

<http://samuelfieldy.org/>

Ofrecen un modelo de centro de día con una clara orientación social, ubicado en JCC (Jewish Community Center) con actividades de socialización y recreativas, soporte de cuidadores y orientación en los problemas de la vejez. Usan las instalaciones del JCC. Trabajan con voluntarios y profesionales en la coordinación de las actividades. Tienen numerosos participantes con Alzheimer. Desarrollaron con el Instituto Judío de Braille una biblioteca parlante. Cuentan con un sistema de transporte para quienes no pueden llegar solos.

8.3 Glosario.

Accountability: Rendición de cuentas, en inglés.

AMIA. Asociación Mutual Israelita Argentina. Institución central de la comunidad judía argentina.

Alliance Israelita Universelle. Organización vinculada a la *JCA* con sede en París.

Batei Avot: Casas de ancianos, en hebreo.

Beruf: Profesión, en alemán.

Calling: Misión impuesta por Dios, en inglés.

Ethos: Comportamiento, en griego clásico.

Fund Raising: Recaudación de fondos.

Gemilut Jasadim: Expresión hebrea que se refiere a la benevolencia y las buenas acciones.

Idish: Idioma que hablaban los judíos en los países de Europa oriental.

JCA: Jewish Colonization Association, organización fundada por el Barón Adolfo Hirsch para promover la inmigración de colonos judíos a la Argentina.

JDC: Siglas del American Joint Distribution Comité, organización judía norteamericana de alcance internacional dedicada a la acción humanitaria y el desarrollo comunitario de los judíos del mundo.

Jewish Federations: Consejo de Federaciones Judías de Estados Unidos.

JT: Jewish Theological Seminary of America, la principal escuela rabínica del movimiento Judío Conservador en Estado Unidos

Joint: Ver JDC.

Hekdesh: Casas consagradas, en hebreo. Refugios para ancianos en la edad media.

Kasher: Que cumple las reglas de la *Kashrut*.

Kashrut: Ciertas pautas establecidas en la Biblia para la obtención y preparación de los alimentos. De acuerdo a la religión judía, solo se pueden ingerir alimentos que cumplan con ellas.

Kehilá: Comunidad, en hebreo. Aplicado usualmente a las comunidades judías. En algunas ocasiones hace referencia específicamente a la institución que centraliza la organización de la vida de una comunidad.

Melajá: Misión, en hebreo, asociado al concepto de profesión.

Minián: Número mínimo de diez hombres cuya presencia es necesaria para poder realizar una ceremonia litúrgica judía en forma completa. Equivale a 10 hombres.

Mitzvah. Precepto, en hebreo obligación moral dentro del judaísmo.

Moshav Zekenim: Asilo de Ancianos, en hebreo.

Pogroms: Persecuciones a los judíos organizadas por fuerzas de la Rusia Zarista.

Sanedrín: Consejo de ancianos, en hebreo.

Sefaradíes: Judíos originarios del cercano oriente (Turquía, Grecia y Balcanes).

Shoá: Exterminio en hebreo. Se refiere a los crímenes de lesa humanidad cometidos por el nazismo en contra del pueblo judío.

Tikún olam: Según las fuentes judías, proceso de reparación de lo que está mal en el mundo.

Torá: Ley Judía en hebreo.

Tzedaká: En hebreo concepto judío de ayuda al prójimo. Se diferencia de la caridad en la medida en que se entiende como un acto de justicia.

Wesser: Nombre del barco de bandera alemana que trajo el primer contingente organizado de inmigrantes judíos llegados a la Argentina desde Europa.

Work-Houses: En inglés, talleres –asilo.

