

Repositorio Digital Institucional  
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús  
Secretaría Académica  
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Lady Catalina Jerez Fonseca

Descripción de la vulnerabilidad con un enfoque de derechos de personas adultas mayores residentes en la ciudad autónoma de Buenos Aires, adscritos al plan de salud del Hospital Italiano de Buenos Aires

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud del Departamento de Salud Comunitaria

**Director de Tesis**

Adriana Ruth Dawidowski

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)  
This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

**Cita sugerida**

Jerez Fonseca, L.C. (2017). Descripción de la vulnerabilidad con un enfoque de derechos de personas adultas mayores residentes en la ciudad autónoma de Buenos Aires, adscritos al plan de salud del Hospital Italiano de Buenos Aires (Tesis de Maestría) Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. Disponible en <https://doi.org/10.18294/rdi.2020.175529>

Condiciones de uso

[www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso)



www.unla.edu.ar  
www.repositoriojmr.unla.edu.ar  
repositoriojmr@unla.edu.ar



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS**

**Departamento de Salud Comunitaria**

**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,  
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**

**15ª COHORTE / 2012-2014**

**TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER  
TÍTULO**

**Descripción de la vulnerabilidad con un enfoque de derechos de personas adultas  
mayores residentes en la ciudad autónoma de Buenos Aires, adscritos al Plan de Salud  
del Hospital Italiano de Buenos Aires**

**MAESTRANDA**

**Lic. Lady Catalina Jerez Fonseca**

**DIRECTORA Adriana**

**Ruth Dawidowski**

**Magister en Ciencias de la Comunicación**

**FECHA DE ENTREGA**

**Octubre, 2017**

**Lanús, Argentina**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS**

**Departamento de Salud Comunitaria**

**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,  
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**

**15ª COHORTE / 2012-2014**

**TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER  
TÍTULO**

**Descripción de la vulnerabilidad con un enfoque de derechos de personas adultas  
mayores residentes en la ciudad autónoma de buenos aires, adscritos al plan de salud del**

**Hospital Italiano de Buenos Aires**

**MAESTRANDA**

**Lic. Lady Catalina Jerez Fonseca**

**DIRECTORA Adriana**

**Ruth Dawidowski**

**Magister en Ciencias de la Comunicación**

**INTEGRANTES DEL JURADO**

**Dra. Mariana Argentina Bordes**

**Dr. Santiago N. Pzemirower**

**Mgr. Silvia Molina**

**FECHA DE APROBACIÓN**

**09 / 05 / 2018**

**CALIFICACIÓN**

**7 (siete)**

## AGRADECIMIENTOS

*13:09 del 15/12/2017 Finalmente llegué a la entrega...*

*Agradezco a Florecita y Nonis, ejes de mi formación personal, profesional y de mi vida.*

*A mi directora de tesis Adriana Ruth Dawidowski y al Equipo Socio-sanitario porque sin sus orientaciones, tiempo y experiencia no hubiese sido posible el desarrollo de esta investigación.*

*A la Flaca, Mery, la Morita, Gaby, Marita y Miguelito carnaval por su tiempo, su apoyo instrumental y afectivo, sin el cual no hubiera podido superar importantes etapas de este proceso.*

*A cada uno de mis compañeros de cohorte, el equipo de epidemiología del HIBA, quienes a través de sus comentarios y experiencias me dieron ánimo para seguir adelante y con su paciencia y consejos me guiaron en la gestión del tiempo para lograr avanzar en este proceso*

*“Todo escrito tiene más autores que el que empuña la pluma y lo redacta.”*

*Eduardo Rinesi*

## RESUMEN

Actualmente, las sociedades enfrentan una transición sociodemográfica en la que progresivamente se instala el modelo de mínima natalidad y larga longevidad, condicionando un incremento exponencial de las Personas Adultas Mayores (PAM). Las sociedades actuales no están preparadas para el aumento de la población anciana, son múltiples las condiciones sociales y estructurales que exacerban la condición de fragilidad de las PAM, circunstancias que en múltiples ocasiones se piensan generan disrupción en el pleno goce de los Derechos de los ancianos. El presente estudio tiene como objetivo realizar una descripción, desde un enfoque de derechos, de la vulnerabilidad de la población de las PAM en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, adscritos a un Programa de gestión del adulto mayor frágil ambulatorio (PSS: Programa sociosanitario) del Hospital Italiano de Buenos Aires. Para ello, se realizó un abordaje cuali-cuantitativo exploratorio descriptivo, cuya referencia es el concepto de vulnerabilidad propuesto por Ayres en cuanto a sus componentes individual, social y programático y el marco de Derechos esta dado por la Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, acordada en el cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones dadas entre el 15 y el 16 de junio de 2015. La metodología consistió en una primera etapa cualitativa de discusión de casos con orientadores del PSS, para el desarrollo de las dimensiones y aspectos relevantes de la vulnerabilidad con un enfoque de Derechos. En la segunda etapa se realizó la descripción de la vulnerabilidad según los indicadores propuestos para la población de las PAM del PSS. Como resultados principal, se observa que debido a la interrelación, dependencia recíproca e integralidad dada entre los componentes de todos los derechos, así como su carácter indivisible, las situaciones de vulnerabilidad descritas para la población en seguimiento por el ESS, se relacionan con la disrupción del pleno goce del derecho a: tener una vejez digna y segura sin ningún tipo de violencia, a ser independientes y autónomos y a estar integrados en la comunidad. Este efecto, advierte sobre la complejidad e importancia de favorecer y llevar a cabo la articulación entre los derechos en ambos contextos: social y programático, así como de resguardar los principios contemplados en la Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores (CIPDHPAM), con el fin de mitigar situaciones de vulnerabilidad.

Palabras Clave: Vulnerabilidad; Derechos; Anciano; Anciano Frágil; Poblaciones Vulnerables.

## **LISTADO DE FIGURAS**

Figura 1. Proceso de análisis cualitativo de narrativas de casos, ordenamiento conceptual y relacional de la abstracción de dimensiones.....	85
--	----

## LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Matriz de criterios para la definición de casos de análisis para la investigación.....	41
Cuadro 2. Ejemplo de la estructura de la evolución del equipos socio-sanitario. ....	44
Cuadro 3. Evoluciones antes de parsear. ....	47
Cuadro 4. Evoluciones después de parsear.....	47
Cuadro 5. Asignación a cada columna de los datos. ....	47
Cuadro 6. Matriz de desagregación conceptual de derechos para el análisis .....	52
Cuadro 7. Caracterización de los casos analizados en los grupos de discusión .....	83
Cuadro 8. Relación entre derechos contemplados en la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, dimensiones emergentes, códigos interpretativos e indicadores cuantitativos propuestos.....	87
Cuadro 9. Ejemplo de interdependencia recíproca entre dimensiones emergentes, códigos interpretativos y derechos contemplados en la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores.....	97
Cuadro 10. Dimensiones emergentes que explicitan la disrupción y al favorecimiento del derecho a la salud.....	109
Cuadro 11. Conceptualización de indicadores y su relación con el componente de vulnerabilidad .....	116
Cuadro 12. Conceptualización de indicadores para el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez (art. 6).....	119
Cuadro 13. Conceptualización de indicadores para el derecho a la independencia y a la autonomía (art. 7).....	120
Cuadro 14. Conceptualización de indicadores para el derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia (art. 9).....	121
Cuadro 15. Conceptualización de indicadores para el derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud (art. 11).....	123
Cuadro 16. Conceptualización de indicadores para el derecho de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo (art. 12) .....	124
Cuadro 17. Conceptualización de indicadores para el derecho a la seguridad social (art. 17) .....	125
Cuadro 18. Conceptualización de indicadores para el derecho a la salud (art.19) .....	126
Cuadro 19. Conceptualización de indicadores para el derecho a la vivienda (art. 24).....	128

Cuadro 20. Conceptualización de indicadores para el derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal (art. 26).....	129
---	-----

## LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Distribución porcentual de sexo, grupo etario, fallecidos, antigüedad en el plan de salud y nivel de instrucción de las pam residentes en caba, en seguimiento por el ess 01/2016 - 06/2017,.....	72
Tabla 2. Distribución porcentual de edad y antigüedad en el plan de salud.....	73
Tabla 3. Distribución porcentual de las áreas de relevamiento recabadas por el ess en la primera valoración realizada a las pam residentes en caba adscritas al ps, entre el 01/2016 - 06/2017.....	77
Tabla 4. Mediana, rango intercuartil de las categorías: actividades básicas de la vida diaria, mejor estado de salud imaginable y dolor o malestar las áreas de relevamiento recabadas.....	79
Tabla 5. Distribución porcentual de la situación nutricional de las pam residentes en caba adscritas al ps al momento y hasta un año antes de comenzar el seguimiento por el ess 01/2016 - 06/2017.....	80
Tabla 6. Distribución porcentual de variables construidas a partir de las áreas de relevamiento recabadas por el ess a las pam residentes en caba adscritas al ps, con información hasta un año antes del ingreso al seguimiento por el equipo. ....	81

## LISTADO DE ABREVIATURAS

AL	América Latina
AVEO	Activos, Vulnerabilidad y Estructura de Oportunidades
BD	Base de Datos
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
CDE	Códigos de Dimensiones Emergentes
CE	Código explicativo
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CI	Código interpretativo
CIPDHPAM	Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud
ESS	Equipo Socio-sanitario
FEES	Ficha electrónica de Evaluación Socio-Sanitaria
FS	Ficha socio-sanitaria
HCE	Historia Clínica Electrónica
HIBA	Hospital Italiano de Buenos Aires
IC	Interconsulta
ID	Identificador
MMH	Modelo Medico Hegemonico
ODSA	Observatorio de la Deuda Social Argentina
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAM	Persona Adulto Mayor
PEC	Programas para el manejo de Enfermedades Crónicas
PSS	Programa Socio-sanitario
SS	Sociosanitaria
VS	Vulnerabilidad Social

## CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>14</b>
1.1. <i>Propósito de la tesis</i> .....	14
1.2. <i>Justificación</i> .....	14
1.3. <i>Planteamiento del problema</i> .....	16
1.4. <i>Hipótesis</i> .....	21
1.5. <i>Objetivos de la investigación</i> .....	21
1.5.1. <i>Objetivo general</i> .....	21
1.5.2. <i>Objetivos específicos</i> .....	22
<b>2. ESTADO DEL ARTE .....</b>	<b>23</b>
<b>3. MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>28</b>
3.1. <i>Trayectoria de la vulnerabilidad como concepto y abordaje</i> .....	28
3.2. <i>Vulnerabilidad. Enfoque teórico-conceptual empleado para el análisis de problemas complejos en el campo de la salud</i> .....	32
3.3. <i>El concepto de fragilidad</i> .....	35
3.4. <i>Enfoque de derecho. Según el marco de la Convención Interamericana sobre la Protección de los derechos humanos de las personas mayores</i> . .....	36
<b>4. METODOLOGÍA .....</b>	<b>38</b>
4.1. <i>Unidad de análisis, período histórico y ámbito geográfico</i> . .....	38
4.2. <i>Características del diseño</i> .....	40
4.2.1. <i>Encuentros con profesionales del equipo socio-sanitario para la definición de dimensiones de vulnerabilidad</i> .....	40
4.2.2. <i>Formulación de indicadores con un enfoque de derechos para los componentes individual, social y programático</i> . .....	42

4.2.3. Cálculo y descripción de la vulnerabilidad de las PAM según los indicadores desarrollados.....	43
4.3. <i>Fuentes de datos y variables del proyecto</i> .....	43
4.3.1 Generación de Set de Datos Secundarios a partir del Sistema de información hospitalaria.....	43
4.4. <i>Análisis de los datos</i> .....	49
4.4.1. Análisis de casos y ordenamiento conceptual .....	49
4.4.2 Marco orientativo para el análisis de las narrativas de cada caso.....	50
4.4.3. Análisis cuantitativo .....	69
4.5 <i>Aspectos éticos</i> .....	70
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>71</b>
5.1 <i>Análisis descriptivo cuantitativo de la situación de las Personas Adultas Mayores a partir de los datos obtenidos por el ESS en la evaluación inicial.</i> .	
.....	71
5.1.1. Caracterización sociodemográfica.....	72
5.1.2. Caracterización socio-sanitaria.....	73
5.1.3. Distribución porcentual de la situación nutricional.....	79
5.1.4. Atención por otros servicios hospitalarios.....	80
5.2. <i>Dimensiones y aspectos relevantes identificados mediante el abordaje cualitativo</i> .....	82
5.2.1. Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez .....	98
5.2.2. Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones .....	99
5.2.3. Derecho a la participación e integración comunitaria .....	100
5.2.4. Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia.....	101
5.2.5. Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud.....	102

5.2.6. Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo .....	103
5.2.7. Derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información.....	107
5.2.8. Derecho a la privacidad y a la intimidad. ....	107
5.2.9. Derecho a la seguridad social .....	108
5.2.10. Derecho a la salud.....	108
5.2.11. Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte .....	111
5.2.12. Derecho a la propiedad .....	112
5.2.13. Derecho a la vivienda .....	112
5.2.14. Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal.....	113
5.2.15. Igual reconocimiento como persona ante la ley .....	113
5.2.16. Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud.....	113
5.3 <i>Conceptualización de indicadores</i> .....	116
<b>6. DISCUSIÓN.....</b>	<b>130</b>
6.1. <i>Análisis de las situaciones de vulnerabilidad en las PAM adscritos al PSS del Hospital Italiano de Buenos Aires</i> .....	130
6.1.1. Situación socioeconómica de alta vulnerabilidad y dependencia.....	130
6.1.2. Fragmentación de la PAM en el proceso de atención salud-enfermedad-rehabilitación. El caso de los trastornos del ánimo y el proceso de fin de vida. .	134
6.1.3. Procesos de fin de vida .....	138
6.1.4 Red de cuidados y Cuidado .....	140
6.2. <i>Vulnerabilidad individual, social y/o programática</i> .....	143
6.3 <i>Derechos: aportes del enfoque y la metodología</i> .....	145
6.4 <i>Limitaciones y dificultades encontradas en el proceso de investigación.</i> .....	146

<b>7. CONCLUSIONES.....</b>	<b>148</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>150</b>
<b>APÉNDICES.....</b>	<b>157</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>252</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. *Propósito de la tesis*

Esta investigación tiene como propósito producir conocimiento que contribuya a la comprensión de la situación de vulnerabilidad de las PAM<sup>1</sup>, residentes en la zona urbana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), desde un enfoque de Derecho, con el fin de visibilizar la realidad que acaece a esta población, generar un espacio de discusión para la reflexión sobre el concepto de vulnerabilidad y sus aportes en la orientación de las intervenciones de gestión geriátrica con un enfoque de derecho.

A su vez, el proceso de esta investigación en sí mismo pretende ser un aporte metodológico para la generación de indicadores de vulnerabilidad bajo una perspectiva Derecho. De este modo, y siguiendo una lógica procesual, el conocimiento generado a partir de esta investigación será compartido a nivel institucional, puesta en común tiene como fin último proponer el análisis de la vulnerabilidad como eje que fomente el dialogo entre la planeación, la evaluación y la gestión (Czeresnia & Machado, 2008) del Programa Socio-Sanitario (PSS).

### 1.2. *Justificación*

Si bien es cierto, diversos estudios han evidenciado que los programas domiciliarios interdisciplinarios, con diferentes regímenes de visita (Stuck *et al.*, 2002), contribuyen en la disminución de la mortalidad y de las institucionalizaciones de los pacientes intervenidos (Elkan *et al.*, 2001) y a su vez, enlentecen la pérdida de funcionalidad del anciano (Gill *et al.*, 2002), entre otros, son pocas las investigaciones que abordan el análisis y la reflexión acerca de la comprensión e intervención de la vulnerabilidad en familias y PAM desde una perspectiva de derechos; descripción y a análisis necesario para poder generar y orientar el cuidado hacia una condición de dignificación, autonomía y empoderamiento de ancianos y sus familias.

En este sentido, la inquietud por investigar este tema surge de la coyuntura dada entre el fenómeno acelerado de envejecimiento poblacional, las escasas investigaciones argentinas

---

<sup>1</sup>PAM (Personas Adultas Mayores): La Organización Mundial de la Salud estableció en el año 1984 el uso del término “adulto mayor” para referirse a las personas de 60 años y más; también lo hizo la Organización de las Naciones Unidas conforme a la Resolución 50/141 del año 1996 aprobada por su Asamblea General.

que analicen la vulnerabilidad del PAM desde una perspectiva de derechos, y los llamados de autoridades internacionales, que impulsan la investigación e intervención de la situación de esta población, superando el enfoque individual para abordar la problemática desde la complejidad estructural de los derechos (Naciones Unidas, 2014), con miras a encauzar las intervenciones según análisis y reflexiones contextualizadas bajo este enfoque.

De este modo, y atendiendo a las proyecciones del crecimiento en la expectativa de vida de la población, junto a las complejidades subyacentes determinadas por procesos históricos, contextos sociopolíticos y económicos, el trabajo de investigación que proponemos resulta de gran valor social, porque ofrece la posibilidad de caracterizar escenarios de desprotección y disrupción de derechos, que generan una condición de vulnerabilidad en los gerentes, brinda una mirada alternativa y complementaria al enfoque actual del PSS, propicia un dialogo interno entre: los hallazgos del estudio, la Planeación y Gestión del PSS y la gerencia del HIBA, con el fin de incorporar los resultados del estudio a fin de ajustar la lógica actual que orienta la gestión del cuidado en las familias y PAM adscritos al programa.

Así mismo, pretendo visibilizar los resultados de esta investigación a través de la publicación en revistas científicas, con el fin de contribuir e impulsar la discusión y formulación de políticas que trasciendan la lógica de asistencia individual basada generalmente en variables biomédicas y fragilidad biológica, con miras a lograr movilizar una reflexión sobre la importancia de generar acciones que busquen modificar factores estructurales identificados.

Del mismo modo, deseo promover una discusión que ponga en tensión la cosmovisión general que actualmente tiene la sociedad sobre la vejez, con el fin de superar y redefinir conceptos estigmatizantes, que no solo rotulan a esta población, sino que a su vez opaca el abanico de problemas presentes. Este deseo, tiene además como fin servir de sustrato para la formulación de políticas públicas que velen por la autonomía, la integración y una efectiva participación de las PAM en la familia, su entorno y la sociedad, suscitando a su vez mayor compromiso social en este proceso y el pleno ejercicio de los derechos por parte de las PAM.

Académicamente, esta investigación se establece como el primer esfuerzo, por describir la vulnerabilidad de las PAM residentes en una zona urbana de CABA, con un enfoque de derecho. Con el resultado de este proyecto, intentaré fomentar y contribuir la reflexión académica y científica en relación al concepto de vulnerabilidad en las PAM, teniendo en cuenta que actualmente existen diversos enfoques conceptuales, resultado de

procesos históricos y múltiples paradigmas adoptados que hacen a la complejidad de este enfoque.

Este proyecto, se fundamenta en un ineludible compromiso con el HIBA, relacionado con analizar la base de datos del PSS según el enfoque de vulnerabilidad y de derecho, con mi formación profesional, por lo que desarrollar la investigación, es un deseo y deber que tengo para poder obtener mi título de magister, validar mi discurso y acción, y así contribuir en la construcción de viabilidad de procesos de gestación de cambios, relacionados con la salud colectiva de mi comunidad.

### *1.3. Planteamiento del problema*

Actualmente, las sociedades enfrentan una transición sociodemográfica en la que progresivamente se instala el modelo de mínima natalidad y larga longevidad condicionando un incremento exponencial de las PAM.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que entre 2015 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 millones hasta 2000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22% (OMS, 2015). A su vez, se afirma que el envejecimiento poblacional es más acelerado actualmente que los años anteriores, ejemplo de ello es Francia, país que dispuso de casi 150 años para adaptarse a un incremento del 10% al 20% en la proporción de la población mayor de 60 años, mientras que países como Brasil, China y la India deberán hacerlo en poco más de 20 años.

Igualmente, en el estudio desarrollado sobre el Índice Global de Envejecimiento, en el cual fueron incluidos 18 países de América Latina (AL) y el Caribe, se determinó que esta región aporta el 7,3% del total de la población mayor del mundo (HelpAge International, 2015). De este modo, AL se configura como una de las regiones de más rápido envejecimiento, tanto así que para el 2030 se prevé que el número de personas de 60 años sea del 16,5% del total de Latinoamericanos; es decir, alrededor de 113,4 millones.

En Argentina, cerca del 15% de la población tiene más de 60 años. Se estima que para el año 2050, uno de cada 5 argentinos tenga más de 64 años de edad, por tanto se calcula que para ese año la población adulta mayor sea aproximadamente de 10 millones de personas. En este sentido, Argentina es uno de los países más envejecidos de AL junto con Chile, y Brasil (HelpAge International, 2015).

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), el proceso de envejecimiento en la población igual o mayor a 65 años es tan importante, que paso de ser del 9% del total de la población en 1960 (declarada desde esa fecha como una población envejecida) a 16,4 % de la población en el 2010 (Ministerio de Hacienda, 2013).

Esta transición demográfica, puede ser interpretada como un progreso en las tecnologías médicas, un éxito de las políticas de salud pública y un desarrollo socioeconómico, que sin duda ofrece mejores estándares de vida, condiciones que hacen que cada vez sean más las personas que alcanzan edades más avanzadas.

No obstante, paradójicamente el envejecimiento progresivo de la población, en la realidad no siempre viene acompañado de bienestar y óptimas condiciones de salud. Pensar en poblaciones cada vez más envejecidas, es pensar en múltiples dimensiones que interfieren en el proceso de envejecimiento. Presupone remitirse al deterioro natural e inevitable del ser humano, proceso dinámico, progresivo e irreversible, que conduce a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente a la muerte.

Este proceso, a su vez le implica a la PAM realizar un repliegue en los roles y funciones sociales, asociados con cambios suscitados por la jubilación, el traslado a instituciones geriátricas, la muerte de seres queridos, entre otras. Por tanto, es un camino en el que no solo intervienen factores biológicos, psíquicos, sino también componentes sociales, culturales, ambientales, urbanísticos, económicos, políticos, etc., dimensiones que según sean moduladas van a afectar la salud de los gerontes.

En efecto, se ha observado que la vejez se desarrolla inmersa en una sociedad que aún no está completamente preparada para garantizarle sus derechos, verbigracia de ello es la constante estigmatización y marginación social a la que son sometidos los ancianos, consecuencia de una construcción de la PAM basada en imaginarios colectivos, que relacionan el paso del tiempo con el deterioro de la corporalidad; sociedades en las que predomina el arquetipo hegemónico de poder, asociado a los jóvenes y adultos en edad productiva; culturas de apariencia donde la belleza, el vigor y la lozanía, son atributos de juventud que se constituyen como rasgos sobreestimados, que desplazan cualquier otro tipo de aspiración. Estos imaginarios, hacen que el anciano sea percibido como un sujeto pasivo, obsoleto, una carga que complejiza la economía doméstica y nacional (CEPAL, 2003), que los ancianos encarnan por abandonar las oportunidades de participación, y por el consiguiente repliegue de roles y funciones sociales.

Estas representaciones predisponen al socavamiento de los derechos de los ancianos, favorecen la naturalización de la vulnerabilidad como consecuencia de la condición humana, mas no como producto de la pérdida de funciones biológicas, sino como resultado de condiciones sociales, políticas y económicas externas, a menudo evitables (Casado, 2009), dificultando la construcción de una sociedad democrática para todas las edades, en donde todos, incluyendo las PAM gocen de sus derechos.

Aunada a la problemática anterior, se encuentra el fenómeno dado por la creciente modificación de las dinámicas familiares, transformación que ha impactado en el modo y en la continuidad del cuidado de las PAM, fenómeno que se contempla en el manual de Derechos Humanos de los Grupos Vulnerables de la Universidad de Pampeu Fabra, en donde se explica que:

...las mutaciones que ha sufrido la familia, como realidad sociológica, caracterizadas por una tendencia al desarrollo de modelos centrados en el afecto y con fuerte componente individualista, resulta en una fuerte diversificación de los modelos de familia y el abandono de los tradicionales fines colectivos de la misma. A su vez, el incremento sostenido del ingreso de las mujeres al mercado laboral, ha erosionado el modelo de hombres-proveedores y madres-cuidadoras, alterando tanto las relaciones familiares como las laborales e incrementado, al mismo tiempo, sus puntos de intersección. El aumento de la presencia de mujeres en el mercado de trabajo ha propiciado un cambio de eje en lo relativo a la gestión del cuidado o dependencia, debido a que esta última actividad, que tradicionalmente han desarrollado las mujeres en el seno de las familias y de forma gratuita, actualmente se conceptualiza como una responsabilidad estatal. (Beltrão *et al.*, 2014, p. 204)

Estas mutaciones a las que se refiere el manual citado, reflejan un cambio cultural que conlleva a la necesidad de re-conceptualizar el cuidado de las PAM como responsabilidad del Estado, pero además implica un ajuste en la dinámica familiar y de la PAM, modificación que sólo será posible y sostenible sí se cuenta con los recursos sociales y programáticos suficientes, para que soporten estos cambios y permitan al anciano y sus cuidadores continuar el desarrollo de su cotidianidad disfrutando de sus derechos.

Al mismo tiempo, las PAM que residen en zonas urbanas se ven afectados por la constante migración y consecuente incremento de la densidad poblacional, fenómeno que en el siglo XXI se ha exacerbado, posicionando a AL y el caribe como la región más urbanizada del mundo, donde el 77% de sus habitantes viven en las zonas urbanas, porcentaje que se prevé siga en aumento en los próximos años (OPS & OMS, 2012).

Como vemos, la migración complejiza la situación de los gerontes, porque incrementa el número de personas ancianas que habitan en las urbes, aumentando así exponencialmente las demandas sociales, asistenciales, habitacionales, urbanísticas y de salud, realidad que

conduce al colapso de los recursos sociales disponibles, favoreciendo condiciones de desigualdad y marginación socio-espacial.

Numerosos estudios, describen el problema habitacional y de inadecuación del espacio urbano, como circunstancias que dificultan el acceso y la atención de las necesidades de las PAM, por tanto, es necesario pensar contextos espaciales incluyentes, promoviendo la adaptabilidad del alojamiento, el entorno y en general de las condiciones de la ciudad. (Sánchez, 2009).

Por otra parte, actualmente en varios países de AL incluida Argentina, se desarrollan diversos tipos de políticas y programas tanto a nivel público como privado, orientados a gestionar el cuidado de las PAM según criterios de fragilidad, concepto que muchas veces, con el fin de hacerlo operativo, es entendido ecotadamente como:

...un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte. (Lluis & Llibre, 2004)

Esta forma de entender la fragilidad del AM, responde a un enfoque desarrollado sobre la base a la teoría del riesgo, la cual focaliza la comprensión de la salud-enfermedad en variables individuales y en general biomédicas, de manera que las acciones en salud pensadas bajo este modelo, carecen de un sentido relacional con las dimensiones contextuales, sociales y estructurales. Si bien es cierto, algunas experiencias incorporan un componente social, bajo esta perspectiva, es difícil que los abordajes tenga un enfoque integrativo entre el individuo, el contexto y el marco programático, falencia que contribuye a la invisibilización y perpetuación de la disrupción de algunos derechos de las PAM.

En síntesis, vemos que el proceso de envejecimiento se ve afectado por múltiples componentes: cambios a nivel del individuo relacionados con el deterioro biológico; condiciones a nivel social y estructural relacionadas con: crecientes desigualdades de poder y recursos, cosmovisiones socioculturales, transformación de las dinámicas familiares y formas de cuidado, transición demográfica e incremento de la densidad poblacional en las urbes, características inapropiadas a nivel habitacionales, ambiental y espacial del lugar donde reside el geronte, entre otras. Realidad que plantea un complejo desafío para la comunidad, los sistemas políticos, económicos y de salud, la cual debería tratar de ser comprendida en un

sentido más amplio, para así poder pensar en gestionar y proveer cuidados que favorezcan el goce de los derechos de este grupo poblacional.

Por esta razón, se propone abordar esta problemática desde el enfoque de la vulnerabilidad con una perspectiva de derecho, conceptos que nos permiten analizar la problemática desde una mirada más amplia, establecer una relación dialógica entre las interacciones de los ancianos y sus contextos de vida, comprendiendo que el devenir de los mismos se enmarcan en propuestas y desarrollos políticos, económicos y sociales, que determinan modos de promover y cuidar la salud, así como de atender la enfermedad.

En este sentido, analizar los procesos de salud, enfermedad, atención en la vejez bajo un enfoque de vulnerabilidad y de derechos, superando la mirada tradicional de fragilidad, permite desarrollar un marco analítico, que contribuye a la comprensión de las situaciones y condiciones de vulnerabilidad de las PAM residentes en zonas urbanas, como herramienta teórico-conceptual que podría influir en el desarrollo de cambios legislativos y normativos que aborden la situación de vulnerabilidad en la vejez.

Es por esta razón, que se propone tomar la experiencia del Programa Socio-Sanitario (PSS), como caso para describir y analizar la vulnerabilidad de las PAM con un enfoque de derecho, más que nada porque como veremos en una descripción más ampliada que desarrollaremos en la metodología, el PSS es un programa que cuenta con condiciones que hacen que la población objeto de la gestión del cuidado, sea representativa del sector de la población de PAM que tiene acceso a una cobertura de salud privada y residen en CABA.

Es por esta razón, que se propone tomar la experiencia del Programa Socio-Sanitario del Hospital Italiano de Buenos Aires (PSS), como caso para describir y analizar la vulnerabilidad de las PAM con un enfoque de derecho. Éste es un programa que tiene por objeto mejorar la calidad de vida de adultos mayores frágiles de una población nominalizada de PAM, que ingresan a dicho programa por su condición de fragilidad. Ésta es una población de clase media de CABA y GBA cuyo poder adquisitivo les permite la accesibilidad a un sistema de medicina prepaga, pero que a la vez un conjunto de condiciones biológicas, familiares y sociales ponen en riesgo su integridad física, mental y/o social. El PSS trabaja en pos de optimizar y movilizar los recursos sociales y sanitarios disponibles desde un enfoque de riesgo biomédico y psicosocial.

Así mismo, la trayectoria del programa les otorga un importante acervo de experiencia a sus profesionales, que se materializa a través de fuertes vínculos con los hogares asistidos, y

la continua interpelación dialógica entre el sistema de salud y las necesidades de cuidado que se descubren en la asistencia cotidiana a los pacientes.

Por tanto, el desafío que se plantea este proyecto radica en: a partir de la experiencia de los integrantes del programa socio-sanitario y de la información alojada en la Historia Clínica Electrónica (HCE) de los pacientes adscritos al PSS, conceptualizar participativamente un marco analítico de la vulnerabilidad de PAM desde un enfoque de derecho, para favorecer la visibilización de la disrupción de algunos derechos, y por lo tanto la posibilidad de intervenir oportunamente. A partir de este marco analítico se orienta la construcción de un set de indicadores, en base a datos longitudinales disponibles en la HCE, con el fin de describir y analizar las situaciones de vulnerabilidad de las PAM, que tiene acceso a una cobertura de salud privada y son residentes en CABA.

Por consiguiente, vemos factible que, mediante el desarrollo de esta investigación podamos dar respuesta a los siguientes interrogantes ¿Cuáles son aspectos de la vida de las PAM que permiten conceptualizar dimensiones de Vulnerabilidad con un enfoque de derechos? ¿Qué indicadores se pueden construir sobre vulnerabilidad a partir de los datos que se recaban desde visitas domiciliarias y seguimientos telefónicos? ¿Cómo es la distribución la vulnerabilidad en los ancianos adscritos al PSS del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)?

#### *1.4. Hipótesis*

Es posible describir la vulnerabilidad de los Adultos Mayores, a partir de las experiencias de atención y seguimiento de una población frágil con cobertura privada de salud de CABA.

#### *1.5. Objetivos de la investigación*

##### **1.5.1. Objetivo general**

Realizar una descripción, desde un enfoque de derechos, de la vulnerabilidad de la población de Personas Adultas Mayores residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, adscritos al PSS del Hospital Italiano de Buenos Aires.

### **1.5.2. Objetivos específicos**

- ✓ Identificar participativamente dimensiones y aspectos relevantes para el análisis de la vulnerabilidad de las PAM.
- ✓ Conceptualizar un set de indicadores que permitan evaluar dichas dimensiones.
- ✓ Describir las formas de vulnerabilidad detectadas en relación a la interrupción de los derechos en una población de PAM que posee cobertura de salud privada, residentes en CABA.

## 2. ESTADO DEL ARTE

Para la realización del presente trabajo de investigación, fue necesario realizar una búsqueda bibliográfica sobre lo que se sabía en relación al objeto de estudio: la descripción de la vulnerabilidad en la PAM y la vulnerabilidad desde un enfoque de derechos. Para ello, hice una exploración sistemática en diversas bases de datos, indagando por experiencias que aportaran conocimiento a nivel conceptual y metodológico, para fortalecer los argumentos por los cuáles decidí afrontar este proyecto.

Las bases de datos consultadas fueron Medline, LILACS, SciELO y Google Académico. Los descriptores empleados para realizar la búsqueda fueron: Anciano, AM, Vulnerabilidad, Derechos, Análisis de la Vulnerabilidad, Vulnerabilidad Social, se seleccionaron a partir de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Los equivalentes a los mismos, se usaron para buscar similitudes en el MeSH de Medline y realizar la búsqueda en inglés.

Como resultado de la búsqueda, obtuve varias investigaciones las cuales fueron seleccionadas según la relevancia de sus aportes en relación a: la caracterización de la problemática y en menor proporción a abordajes metodológicos, estudios que serán puestos en dialogo en el desarrollo de los siguientes párrafos.

Para comenzar, encontramos que a diferencia de AL, donde aún son escasos los estudios que aborden los dominios constitutivos de la Vulnerabilidad de las PAM y sus contextos ambientales (Arzate Salgado *et al.*, 2007). En Europa y Asia, en décadas recientes la literatura gerontológica ha realizado interesantes aportes al conocimiento de la vulnerabilidad social en la vejez.

Uno de los trabajos que se resalta, corresponde a un recorrido por la construcción histórica del concepto de vulnerabilidad, en el cual, sin llegar a concebir este enfoque como un modelo determinístico, propone realizar el análisis de la vulnerabilidad según la interacción dada entre la exposición o estadios de amenazas, eventos y en relación con la capacidad de afrontamiento de una persona, grupo o población. A su vez, recomiendan tener en cuenta en esta interacción el proceso histórico de vida de las personas y comunidades, proceso que determina los grados de vulnerabilidad de la PAM. Un ejemplo, es el grado de educación alcanzada, el cual determina el acceso a la salud, así como la posibilidad de acceder a una jubilación (Schröder & Marianti, 2006).

Al aporte conceptual y metodológico dado por las autoras citadas anteriormente, se suman las investigaciones realizadas por Compán *et al.* (2005), quienes mediante un estudio basado en una encuesta a 797 personas mayores, de 65 años del municipio de Granada, España, analizan cómo el incremento de edad esta correlacionado con tres procesos negativos confluentes: degradación biológica, empobrecimiento económico y exclusión social.

Inclusive, se observó que las PAM, mujeres mayoritariamente, tienen menor renta y constituyen una importante y creciente población pobre, con pésimamente atención por parte de los servicios sociales. Entre los factores que determinan la vulnerabilidad social de los mayores de 60 años se destacan: la edad, el sexo y el nivel académico alcanzado.

Del mismo modo, Sánchez *et al.* (2009), desarrollaron una investigación que tuvo como objetivo, realizar un análisis socio-espacial de los problemas de habitabilidad del contexto ambiental, vivienda y barrio, para la población anciana en la ciudad de Granada, mediante el cual, se estudió la distribución del envejecimiento demográfico urbano, la distribución espacial de la habitabilidad y a su vez, se caracterizó a la población estudiada.

De ahí, los autores concluyen que existe: un incremento de la población anciana dependiente, carencias socioeconómicas en los mayores de 80 años e insuficiencias estructurales en la vivienda y en el entorno inmediato de las PAM, factores que de no ser intervenidos serán causantes de problemas de salud en las cohortes venideras de ancianos.

Este mismo estudio, evidencia que las mujeres mayores de 75 años pasan la mayor parte de su tiempo en el domicilio, razón por la cual la habitabilidad dentro y fuera de la vivienda, es un componente de bienestar que debe ser tomado en cuenta para la planeación gerontológica de la urbe. Los autores afirman que el espacio doméstico, privado o familiar, establece un territorio esencial para el sujeto, por tanto, sus problemas de adaptación, flexibilidad y accesibilidad, confieren una impronta esencial para un envejecimiento amigable.

Por otra parte, estudios realizados en Indonesia y Gran Bretaña (Schröder & Marianti, 2006), analizan la vulnerabilidad en ancianos según dominios de riesgo, evidencian que la naturaleza de los riesgos y sus interrelaciones depende en gran medida del tipo y el contexto de una vulnerabilidad particular. El estudio se detiene a examinar dos tipos específicos y contrastantes de la vulnerabilidad en la vejez: la falta de vivienda y de cuidado. Concluyen que los servicios de cuidado formales son insignificantes, por lo tanto la vulnerabilidad en la vejez se interpreta como el resultado de deficiencias en las redes familiares y comunitarias.

El sistema de familia en Indonesia, se caracteriza por ser de tipo nuclear, en donde se reproducen los roles: productor para el hombre y cuidadora para la mujer. De este modo, los hombres ancianos ven bien cuidados por sus esposas, y las mujeres adultas aceptan ser cuidadas por sus hijas. Sin embargo, el cuidado por otros familiares es aún menos normativo, y el efectuado por personas no familiares suele estigmatizar y, si es inminente, generalmente es sinónimo de baja calidad de vida y de cuidado. (Schröder-Butterfill, 2004).

Como resultado, concluyen que la potencialidad que implica la vulnerabilidad, depende de los efectos/impactos que tienen, en las poblaciones, eventos que nunca son inevitables o perfectamente previsibles. Algunas personas o instituciones pueden intervenir, o un sujeto/comunidad vulnerable puede movilizar recursos para evitar una crisis. Sin embargo, la complejidad e indeterminación hacen de la vulnerabilidad un fenómeno difícil de estudiar, pero también uno que vale la pena perseguir, ya que a partir de la comprensión de este enfoque, puede generarse una valiosa contribución hacia la mejora de la calidad de vida de las PAM.

Por otro lado, un estudio realizado en Londres desarrollado por Smith y Hetherington (2005), relacionado con la exclusión social y vulnerabilidad en las personas adultas mayores, encuentra que: la muerte prematura o degradante, la falta de cuidado físico y de la salud en general, la sobreoferta de la atención y la interferencia, la pobreza, la exclusión de la participación en la sociedad, la pérdida del hogar y/o, del empleo, de la autonomía, de un cuidador o de un familiar, la dependencia, la institucionalización, la falta de contactos sociales y la soledad; son estados posibles ante los cuales las personas mayores podrían sentirse excluidos y vulnerables

En América Latina, la División de Población del Centro Latinoamericano de Demografía (Bravo, 2000), examina el papel que desempeña la jubilación en el envejecimiento demográfico, encontrando que existe una reducción significativa de los ingresos económicos, amenaza importante que predispone a la PAM a caer en la pobreza y sufrir deterioro en la calidad de vida, salud, vivienda, ocio, vinculada a factores como: aislamiento, exclusión y rechazo.

De hecho, García (2003), mediante su tesis doctoral realizada sobre: las transformaciones del sistema de pensiones de jubilación en México, afirma que los ancianos están expuestos a caer en la pobreza y perder progresivamente su calidad de vida, esta amenaza se ve agravada en aquellos individuos longevos más vulnerables, sin pensión o con una pensión insuficiente, generalmente relacionada con empleos informales y bajo nivel de

estudios, que padecen alguna enfermedad crónica y/o sufren una falta de ayuda informal y asistencial (Wong *et al.*, 2007).

Con respecto a la República de Argentina, no se tuvo acceso a estudios sobre la vulnerabilidad en las PAM residentes en zonas urbanas. Sin embargo Luna (2015), en su artículo intitulado: Repensando políticas públicas desde la noción de capas de vulnerabilidad: el caso de las personas mayores; realiza un análisis descriptivo de la situación en general de vulnerabilidad en los ancianos, y argumenta que existen diferentes capas de vulnerabilidad en lugar de grupos de poblaciones vulnerables.

La autora, introduce el concepto de capas o estratos de vulnerabilidad para el análisis de las PAM con alguna enfermedad. Afirma, que este concepto y metodología de análisis, permite exhibir una visión compleja y contextualizada de la vulnerabilidad presente en esta población, metodología de análisis que es también, operativamente interesante y útil en el diseño de políticas públicas.

Por otra parte, Bueno y Valle (2008) abordan el análisis de la vulnerabilidad desde una perspectiva de género, tomando como referente el caso de México, donde a partir de la información proveniente del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), avanzan en la búsqueda de explicaciones a esta problemática. Manifiestan que las mujeres presentan una mayor amenaza que los varones, debido a que cuentan con menos recursos internos y externos como: ingresos, estudios, empleo, jubilación, cobertura social, redes de apoyo social y asistencial, para enfrentar los riesgos y cambios inesperados, razón por la cual sugiere incorporar la vulnerabilidad por género al tema general del análisis de la vulnerabilidad social (VS).

En consonancia, Fraser (2012) en su investigación devela dos tipos de desventajas asociadas al género: las de participación y las de reconocimiento. En el plano de la participación se destacan: la feminización de la participación de la población en la actividad económica, y en estrecha relación con ella, la feminización de la pobreza, ambos con una vinculación estrecha con el trabajo reproductivo o doméstico.

Como se observó, los autores citados coinciden en afirmar que la vulnerabilidad en la vejez se constituye a partir de eventos asociados al género, a procesos biológicos como: pérdida de la salud, discapacidad y dependencia; a procesos sociales como: la jubilación, la disminución de los ingresos, viudedad, pérdida de redes familiares y sociales, soledad y abandono; a la interacción de esta complejidad con el contexto ambiental y espacial donde

Jerez Fonseca LC. Descripción de la vulnerabilidad con un enfoque de derechos de personas adultas mayores residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, adscritos al Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires. [Tesis]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015. 27

reside el anciano; y a la historicidad del PAM y su familia, trayectoria que determina en gran medida el estado del vulnerabilidad que puede llegar a enfrentar cada sujeto en la ancianidad.

### 3. MARCO CONCEPTUAL

El eje teórico, conceptual y metodológico de esta investigación se enmarca en el corpus de conocimiento propuesto y desarrollado por Ayres *et al.* (2003), quien plantea el enfoque de vulnerabilidad como alternativo y superador al paradigma del riesgo. Sin embargo, antes de entrar a profundizar en la comprensión de este enfoque y su aplicación en el análisis de problemas complejos, propios del campo de la salud, vamos a transitar por la génesis y evolución histórica del mismo, con el propósito de comprender los distintos abordajes y diversas perspectivas, a fin de dilucidar matices, alcances y complejidades subyacentes, para luego entender la interacción e implicaciones entre este enfoque y la población adulta mayor.

A su vez, retomamos el concepto de fragilidad propuesto por Canguilhem (1990), porque en el marco de este trabajo, este concepto es entendido como la interface para llegar a la vulnerabilidad.

Finalmente, retomo los derechos contemplados en la Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la cual declara tener como fin “contribuir significativamente a promover, proteger y asegurar el pleno goce y ejercicio de los derechos de la persona mayor, así como fomentar un envejecimiento activo en todos los ámbitos” (OEA, 2015).

#### 3.1. *Trayectoria de la vulnerabilidad como concepto y abordaje.*

Durante las últimas tres décadas del siglo XX, el concepto de vulnerabilidad se ha desarrollado desde una perspectiva natural, orientada a la comprensión exclusiva de los fenómenos naturales y efectos negativos del modelo de desarrollo dominante: desastres, sobreexplotación, hambrunas, conflictos armados; enfoque que invisibiliza la relación pre-existente entre los fenómenos naturales con los complejos procesos sociales (Sánchez & Egea, 2011).

En este sentido, la vulnerabilidad ambiental ha sido un concepto vinculado a la comprensión de la susceptibilidad o predisposición intrínseca, de una determinada región geográfica a sufrir desastres, cuya capacidad de respuesta y reducción está en función del conjunto de recursos y servicios ambientales.

Bajo esta lógica, el concepto de vulnerabilidad estuvo relacionado únicamente con cuestiones ambientales. Solo más tarde se introduce una perspectiva social que contribuye con

el reconocimiento de que no todas las personas están expuestas de la misma manera a los riesgos que implican los fenómenos naturales, ni todas las sociedades emplean el mismo tiempo para recuperarse, y/o adaptarse.

A su vez, parte de la reflexión reveló que muchos de los efectos que tienen los fenómenos naturales sobre la población, pueden ser aminorados si se prevén y se ofrece a las comunidades los recursos y las capacidades necesarias, para disponer de ellos en caso de alguna amenaza, actuando con medidas preventivas.

Incluir la perspectiva social en el concepto inicial de vulnerabilidad, fue igualmente posible gracias a que se amplió la mirada para reconocer que las personas no solo están amenazadas por riesgos naturales, sino también lo están por conflictos nacionales o internacionales, crisis económicas (González, 2009), cambios en el mercado laboral -probable pérdida del empleo, disminución de ingresos y de consumo, etc.-, problemas de vivienda y acceso a la misma, pérdida o no cobertura social y asistencial (Aneas de Castro, 2000), procesos de transformación urbana, pertenencia a grupos minoritarios, maternidades tempranas, cambios en la estructura familiar, edad avanzada, cambios de residencia, procesos migratorios, etc.

Como vemos, el concepto de la vulnerabilidad que inicialmente emergió como un concepto analítico de las ciencias ambientales, a partir de la necesidad de estudiar la poblaciones afectadas por los riesgos naturales (Prowse, 2003), paulatinamente comienza a incluir dimensiones estructurales, sociodemográfica y ambientales, entendiéndolas como producto de una construcción social generada a partir de desigualdades sociales, falta de oportunidades para el empoderamiento, así como de acceso a la protección social (Hilhorst *et al.*, 2004). Así surge, el análisis de la Vulnerabilidad Demográfica entendida como

...el conjunto rasgos sociodemográficos, que podrían generar dificultades, limitaciones o menores opciones en los procesos de adquisición y habilitación para el manejo de activos (recursos de todo tipo incluyendo el capital en todas sus formas y el tiempo) en una sociedad moderna. (Vignoli, 2000, p. 18)

Esta mirada de la vulnerabilidad, resulta de valor en el sentido que orienta el análisis y la comprensión de la correlación existente entre los componentes de la vulnerabilidad demográfica y las condiciones de desventaja social, necesidades básicas insatisfechas, características de jefes de hogar y de las viviendas, nivel de dependencia demográfica, entre otros. Además, sustenta que los dispositivos de la vulnerabilidad demográfica tienden a entrelazarse con las desventajas sociales, más que a operar individualmente (Vignoli, 2000).

Dentro de los matices de la vulnerabilidad, encontramos que desde 1980 se viene desarrollando el enfoque social de la vulnerabilidad (Sánchez & Egea, 2011), en resonancia a la preocupación por incluir y desatacar la importancia de las estructuras y procesos socio-espaciales dinámicos, enfatizando en el entendimiento de las condiciones de vida de los individuos y poblaciones con el propósito de generar estrategias encaminadas a mitigar la vulnerabilidad. A partir de esta perspectiva social, se emprendieron investigaciones donde los objetivos principales se centraban en: la desigualdad, en el acceso y entrega de recursos y oportunidades, el impacto de esta distribución en la pobreza, en las desigualdades y desventajas sociales.

En principio, encontramos que esta última línea de investigación fue desarrollada ampliamente por varios autores latinoamericanos, algunos de los cuales defienden enfoques teóricos centrados en comprender el concepto de VS, como un concepto emergente que aspira a generar una interpretación simplificada, pero a la vez multidimensional e integradora de los fenómenos de la desigualdad y de pobreza en AL (Filgueira, 2001; Kaztman *et al.*, 1999; Moreno, 2008; CEPAL, 2002), planteamiento que pese a ser criticado, es usado en variados ámbitos para el análisis desde los años noventa.

En este sentido, el desarrollo empírico de la perspectiva social como parte del concepto de vulnerabilidad, fue promovido por: la coyuntura generada a partir de: la desigualdad/pobreza como corolario de la década perdida; ajustes estructurales y la globalización. Fenómenos que se traducen en inseguridad e incertidumbre para la población y que impulsaron, entre finales del siglo XX y comienzo del siglo XXI el desarrollo del marco teórico del enfoque de la VS.

Cronológicamente, el concepto de VS surge del trabajo realizado por Caroline Moser (1998), quien a partir de numerosos estudios empíricos efectuados para el Banco Mundial, basados en el análisis de familias de escasos recursos económicos en diferentes países del mundo, desarrolla investigaciones poniendo el foco en lo que los pobres tienen, más que en lo que carecen, advirtiendo que las diversas situaciones de pobreza responden a las diferentes formas en que los hogares administran sus portafolios de activos.

Moser (1998), agrega un matiz al concepto de VS, lo identifica a través del conjunto de limitaciones y/o desventajas que las personas tienen para acceder y aprovechar los activos que se distribuyen en la sociedad. Desde este enfoque de activos y vulnerabilidad, la autora sugiere la definición de políticas sociales centradas en la promoción de las oportunidades de

las familias pobres, facilitándoles el acceso a los activos, y fomentando el fortalecimiento de sus propias lógicas de administración.

Posteriormente, Kaztman *et al.* (1999) y su equipo de investigadores adoptaron la perspectiva teórico-metodológica de los activos sociales planteado por Moser (1998), con miras a analizar los procesos sociales de formación y distribución de activos en Argentina y Uruguay, en relación a la categoría de trabajo analizada con la perspectiva de pobreza y exclusión social. En ese momento, para efectos de la investigación que estaba en curso, los autores definieron vulnerabilidad como la situación en la cual los grupos, hogares y personas: no obtienen trabajo de calidad y/o estables, cuentan con débiles redes sociales y con acceso irregular a los servicios públicos (Kaztman *et al.*, 1999).

Adicionalmente, en su estudio Kaztman (1999) propone un enfoque superador al plantado por Moser (1998), activos-vulnerabilidad, que consiste en abordar la vulnerabilidad desde los activos–vulnerabilidad–estructura de oportunidades (AVEO), el autor

...asume que el concepto de activos no alcanza una significación unívoca si no está referido a las estructuras de oportunidades que se generan desde el lado del mercado, la sociedad y el Estado. En otras palabras, se sostiene que el portafolio y la movilización de activos de los hogares vulnerables [...] sólo pueden examinarse a la luz de las lógicas generales de producción y reproducción de activos, que no pueden ser reducidas a la lógica de las familias y sus estrategias. (Kaztman, 1999, p. 85)

En consecuencia, define VS como la incapacidad de un hogar/persona para aprovechar las oportunidades disponibles en los diferentes ámbitos socioeconómicos, con el fin de contribuir en el mejoramiento de su situación de bienestar o impedir su deterioro (Kaztman, 2000).

La CEPAL (2002), en los análisis de procesos y contextos de pobreza y exclusión social, describe y prioriza como principales fuentes de VS al mercado del trabajo (precariedad laboral), la volatilidad de los ingresos, la inequidad en la distribución de los activos y el debilitamiento de las instituciones sociales: Familia, Estado, partidos políticos, etc.

Por su parte, Moreno (2008), realiza una revisión crítica, con el fin de identificar las diferentes perspectivas y definiciones que informan el contenido y abordajes teóricos, que autores latinoamericanos han esbozado en torno a la noción de VS. Como resultado, sostiene que existe una interpretación general al entender la vulnerabilidad como una condición de riesgo, indefensión y/o susceptibilidad a vivir algún tipo de daño o transitar por procesos de incertidumbre. Este enfoque conduce a dos exégesis de la vulnerabilidad, como *fragilidad* o *riesgo*.

El autor se refiere a *fragilidad*, cuando asocia la vulnerabilidad a un atributo de los individuos, hogares o comunidades, vinculados a procesos estructurales que configuran situaciones de precariedad, indefensión o incertidumbre. Y se refiere a riesgo, cuando traslada su atención de los atributos a un plano de distribución de riesgos, consecuencia de procesos colectivos de toma de decisión que se confrontan con elementos sobre seguridad. En este sentido, un individuo, hogar o comunidad es vulnerable como consecuencia del efecto de una serie factores de riesgo, que establecen una situación de VS. Bajo esta lógica, el autor menciona que los factores de riesgo están asociados a la distribución desigual de bienes y recursos en la sociedad.

Moreno (2008), describe que el enfoque de fragilidad o riesgo, ha sido criticado por la tendencia que tiene hacia: -la individualización de las fuentes de desigualdad-, a la focalización de los fenómenos de exclusión y a la omisión del rol de la acción colectiva para neutralizarlos. Finalmente, señala la tendencia a la excesiva focalización de los programas de acción pública basados en este concepto.

### *3.2. Vulnerabilidad. Enfoque teórico-conceptual empleado para el análisis de problemas complejos en el campo de la salud.*

Hasta el momento hemos revisado enfoques que entienden la vulnerabilidad como exposición acumulativa y dinámica, refiriéndose a la convergencia de diversas amenazas sociales, económicas, políticas, entre otras, de forma simultánea por diferentes mecanismos y en el tiempo, factores que pueden exacerbar la experiencia de vulnerabilidad en ciertos lugares y poblaciones.

A su vez, la descripción histórica hecha sobre el desarrollo conceptual y aproximaciones metodológicas de la vulnerabilidad como enfoque, permite observar que el concepto *per se* genera ambigüedades asociadas a su polisemia, debido a que ha sido usado por diferentes áreas de conocimiento, ambiental, geografía, geología, económica, entre otras, dificultando su comprensión y operacionalización en el campo de la salud. No obstante, cuando se usa para analizar y discutir críticamente la complejidad de los problemas, se convierte en una alternativa superadora, que amplía horizontes en relación a la fragmentación y reducción característica del paradigma del riesgo imperante.

Es el caso de lo sucedido en torno a la epidemia de VIH/Sida durante la última década en el contexto de AL, donde las contribuciones teórico-conceptuales desarrolladas,

contribuyeron sustancialmente al avance de la vulnerabilidad como enfoque para el análisis de problemas en el campo de la salud.

Las circunstancias dadas durante esta epidemia, caracterizadas por multitudinarias intervenciones dirigidas a grupos de riesgo<sup>2</sup> y el impulso de tecnologías para la detección, manejo farmacológico y pronóstico de la enfermedad, no impactaban en la disminución o control de los casos, sino por el contrario, estos aumentaban exponencialmente con el paso del tiempo, asociados a una creciente estigmatización social consecuencia de la identificación de los llamados grupos de riesgo (Antônio *et al.*, 2015).

Esta coyuntura, estimuló el surgimiento y posicionamiento del concepto de vulnerabilidad como enfoque que promueve la comprensión e intervención de la epidemia hacia otros determinantes, cuyos abordajes van más allá del agente patogénico viral específico. Reflexión superadora, que simultáneamente se construye y reconstruye la percepción ampliada y reflexiva, que identifica los impactos de la epidemia del VIH/Sida, en las compleciones dinámicas formadas por trayectorias que implican susceptibilidades orgánicas, así como la forma de estructuración de programas de salud, pasando por aspectos de comportamiento, culturales, económicos, y políticos (Ayres *et al.*, 2003).

De este modo, los antecedentes descritos ilustran un amplio marco conceptual en torno al concepto de vulnerabilidad, que finalmente nos permite poder anclarnos al enfoque propuesto por Ayres *et al.*, (2003) para el desarrollo y análisis de la actual investigación, quien propone considerar la vulnerabilidad en el campo de la salud, como el

...movimiento que discurre en relación a la oportunidad de exposición de las personas a las enfermedades como resultante de un conjunto de aspectos no solo individuales, sino también colectivos, contextuales que acarrear mayor susceptibilidad a la infección y a la enfermedad y, de modo inseparable, mayor o menor disponibilidad de recursos de todas las clases para protegerse de ambos (Ayres *et al.*, 2003, p. 123).

---

<sup>2</sup> La definición de “grupos de riesgo” en el contexto de la epidemia, equivale a la selección de fragmentos poblacionales definidos por criterios claros, facilitando así la operativización del análisis e intervenciones. Esta forma de pensamiento se enmarca en el paradigma del Riesgo, que conceptual y metodológicamente conduce a la construcción de segmentos diferenciados de la población general. Sin embargo, la definición de grupos de riesgo construye identidades, en el caso de la epidemia de VIH/SIDA, correspondían a grupo de individuos discriminados según datos preliminares sobre la distribución de incidencias, situación que prontamente conlleva a la estigmatización y discriminación de estos grupos poblacionales, por parte de la población general, reflejado en la negligencia y desatención de los directamente afectados. (Guerriero, Ayres & Hearst, 2002)

Para poner en práctica el enfoque de vulnerabilidad, el autor propone incluir en los estudios, el análisis articulado de tres ejes entrelazados que sintetizamos a continuación:

- Componente Individual: se refiere al grado y a la cantidad de conocimiento e información que los individuos disponen sobre el problema y a la capacidad de elaborar esa información e incorporarla en sus prácticas cotidianas. Incluye el interés y las posibilidades efectivas de transformar esas preocupaciones en prácticas de prevención y promoción de la salud.

- Componente Social: se refiere a los recursos con los que el individuo cuenta en relación a aspectos contextuales, tales como: la economía, el género, las creencias, aspectos étnicos/raciales, religiosos, situaciones de exclusión social, etc. Incluye el análisis de la obtención de la información, las posibilidades de metabolizarlas e incorporarlas en la generación de cambios prácticos, que no dependen solo de los individuos sino de otros aspectos contextuales. Se puede entender como un espejo de las condiciones de bienestar social, la disposición de la vivienda, el acceso a los bienes de consumo y los grados de libertad de pensamiento y de expresión. Cuanto mayor es la vulnerabilidad más baja es la posibilidad de intervenir en los órganos de decisión.

- Componente programático: relacionado con los servicios de salud y la forma en que tratan de reducir los contextos de vulnerabilidad, destacando el conocimiento acumulado en las políticas y las instituciones para interactuar con otros sectores/actores, como la educación, la justicia, la cultura, el bienestar social, etc. Evalúa la disposición de modo efectivo y democrático de los recursos sociales que los individuos necesiten para no exponerse, y protegerse. Cuanto mayor fuera el grado y la calidad del compromiso, recursos, gerencia y seguimiento de programas nacionales, o locales de prevención y cuidado relativo, mayores serán las oportunidades de alcanzar los recursos sociales existentes, optimizar su uso e identificar la necesidad de otros recursos, fortaleciendo a los individuos.

Este enfoque resulta de valor porque, además ofrece una base conceptual con capacidad para articular organismos públicos y privados de atención integral y prevención (Antônio *et al.*, 2015).

Es preciso tener en cuenta que, la vulnerabilidad es una referencia mas no una estructura que se pueda encajar completamente. Así mismo, es necesario comprender que aunque el enfoque de la vulnerabilidad es reconocido y aceptado, sucede distinto con la metodología para su abordaje, en donde existen discrepancias, tensión que hace del abordaje un desafío que implica no solo resolver cuestiones técnicas, sino también cuestiones propias

de una perspectiva que investiga desde la multidisciplinariedad y la transdisciplinariedad, pretendiendo analizar diversidad de riesgos, recursos y respuestas ante situaciones de vida determinadas (CEPAL, 2001).

### 3.3. *El concepto de fragilidad.*

Canguilhem (1990) define la fragilidad en términos biológicos, como el desgaste del aseguramiento biológico inicial, es decir, la disminución de la capacidad relacional del individuo/comunidad para hacer frente a las amenazas, peligros o la propia enfermedad. En la práctica, se refiere a situaciones en las que la persona registra la pérdida de recursos en varias áreas de funcionamiento, así como la capacidad de manejar estresores.

El ejemplo de la hemofilia, citado en *Lo normal y lo patológico* es muy revelador en el sentido siguiente: la hemofilia es una anomalía, entendida como una debilidad particular por un cambio en la cascada de coagulación, modifica las relaciones habituales de los hemofílicos con el medio ambiente, donde un evento puede ser catastrófico, pero la amenaza efectiva de sufrir daños –vulnerabilidad– es permanente en la vida del hemofílico modelada en diversos grados durante la existencia del enfermo.

Según el planteamiento propuesto por el autor citado, el concepto de fragilidad es la interface entre los agravios individuales y la vulnerabilidad. Lo importante es entender la fragilidad como relacional, es decir, existen fragilidades que son físicas, porque cuando vamos caminando a la vejez, se da un proceso fisiológico/natural expresado en la disminución de la capacidad de predecir normas para lidiar con lo que hay que hacer en la vida.

En relación a lo anterior, Canguilhem (1990) comprende la salud como la capacidad de establecer nuevas “normas” de adaptación y de equilibrio con el medio ambiente, en situaciones que nos resultan adversas, normas que además nos satisfagan y nos parezcan positivas. Por tanto, en este planteamiento los disconformes son los enfermos.

El autor explica que debemos considerar a los promedios (constantes) fisiológicos, como expresión de normas colectivas de vida histórica y socialmente cambiantes. Razonamiento que implica, que cuando el hombre inventa formas de vida, inventa también modos de ser fisiológicos y es a través de la variación de las normas sociales y vitales que se producen variaciones en los promedios estadísticos que consideramos constantes funcionales.

De este modo, podemos concluir que a medida que el concepto de salud se piensa como equilibrio y adaptación, como ajuste con el medio ambiente, estamos olvidando que no

existe una barrera que separe concluyentemente lo normal y lo patológico. “Siendo que lo normal no tiene la rigidez de una determinante que valga para toda la especie, sino la flexibilidad de una norma que se transforma en relación a las condiciones individuales, entonces es claro que el límite entre lo normal y lo patológico se hace impreciso” (Canguilhem, 1990, p. 145).

En este sentido, la salud, implica mucho más que la posibilidad de vivir en conformidad con el medio externo, implica la capacidad de constituir nuevas normas. Luego, la fragilidad no es solo una reducción natural, sino que comprende el cómo se perciben las relaciones de la persona que está involucrada en la interacción social. Por ejemplo, dos viejos que tienen la misma edad y las mismas condiciones físicas, pero tiene distinto arco de soportes, como puede ser el caminador, o aquellos que tienen menos capacidad de comunicarse por falta de audición, pero que conviven con personas dispuestas a prestar atención (parientes o no), etc. Esta relación, entre la condición individual y la interacción social es lo que queremos marcar dentro del concepto de fragilidad.

### *3.4 Enfoque de derecho. Según el marco de la Convención Interamericana sobre la Protección de los derechos humanos de las personas mayores.*

El Enfoque de derecho, está dado por los principios y derechos contemplados en el capítulo 5 de la Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, acordada en el cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones dadas entre el 15 y el 16 de junio de 2015 (OEA, 2015) y ratificada por la República Argentina en Mayo de 2017.

La Convención exigirá que los estados que forman parte, dispongan los recursos necesarios para garantizar el reconocimiento, el pleno goce y ejercicio de los Derechos Humanos de las personas mayores del continente. Esta Convención fue aprobada por la Asamblea General con la firma de Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay, convirtiéndose así en un nuevo estándar americano y un precedente a nivel mundial tras un tiempo récord de trabajo de tres años. A continuación detallamos los derechos protegidos que se contemplan en la misma, objeto del análisis de esta investigación.

#### Derechos Protegidos

- ✓ Igualdad y no discriminación por razones de edad
- ✓ Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez

- ✓ Derecho a la independencia y a la autonomía
- ✓ Derecho a la participación e integración comunitaria
- ✓ Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia
- ✓ Derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes
- ✓ Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud
- ✓ Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo
- ✓ Derecho a la libertad personal
- ✓ Derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información
- ✓ Derecho a la nacionalidad y a la libertad de circulación
- ✓ Derecho a la privacidad y a la intimidad
- ✓ Derecho a la seguridad social
- ✓ Derecho al trabajo
- ✓ Derecho a la salud
- ✓ Derecho a la educación
- ✓ Derecho a la cultura
- ✓ Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte
- ✓ Derecho a la propiedad
- ✓ Derecho a la vivienda
- ✓ Derecho a un medio ambiente sano
- ✓ Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal
- ✓ Derechos políticos
- ✓ Derecho de reunión y de asociación

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. *Unidad de análisis, período histórico y ámbito geográfico.*

La unidad de análisis son las PAM frágiles del PSS. El periodo histórico contemplado para el análisis, corresponde a las personas captadas por el programa desde enero de 2016 hasta julio de 2017. El ámbito geográfico se circunscribe a los adultos mayores residentes en el área de la Ciudad Autónoma de Buenos.

El HIBA, es un hospital universitario que posee una red asistencial de alta complejidad, con 23 centros de atención distribuidos en diferentes barrios de la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. Posee una prepaga, el Plan de salud, que cuenta con 160.000 afiliados, de los cuales el 35% aproximadamente 55.000, son personas mayores de 65 años.

Este Hospital cuenta, desde 1998, con un Sistema de Información Hospitalaria (Historia Clínica Electrónica). Este sistema integra datos clínicos, evoluciones médicas, fichas epidemiológicas, fichas de evaluación médica, escalas de valoración, datos de turnos, imágenes, exámenes complementarios, admisiones hospitalarias, egresos etc., en una base de datos relacional y conforma un único repositorio de información que facilita el acceso a registros y el seguimiento prospectivo de los pacientes.

Por su parte, el PSS fue creado en el 2014 y tiene como función principal la orientación y gestión del cuidado de la población frágil mayor de 65 años residentes en el área urbana de CABA y Gran Buenos Aires. El programa cuenta con médicos de distintas especialidades (clínicos, gerontólogos, familiares), enfermeros, kinesiólogos y trabajadores sociales, quienes realizan un abordaje y evaluación socio-sanitaria de las PAM frágiles<sup>3</sup> y vulnerables detectados en el ámbito ambulatorio y/o al momento del alta hospitalaria. La evaluación que realiza el ESS se basa en el uso de distintos instrumentos de seguimiento, implementados en visitas domiciliarias y en el seguimiento telefónico, a partir de las cuales se indaga e interviene según necesidades médicas, habitacionales y aquellas relacionadas con la red de cuidados.

---

<sup>3</sup> Definición de PAM frágil para el PSS: “es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar. En estos casos, procesos intercurrentes (infección, caídas, cambios de medicación, hospitalización, etc.) pueden llevar a una situación de pérdida de independencia que obligue a la necesidad de recursos sanitarios y/o sociales.(Oscanoa, Romero-Ortuno & Cruz-Jentoft, 2016)

Para efectos de esta investigación, consideramos que el caso del PSS presenta condiciones que hacen factible la investigación, y además nos permite pensar que los resultados de la misma pueden constituirse como una línea de base para posteriores investigaciones que quieran abordar esta problemática con una población similar.

Dentro de dichas condiciones podemos enumerar las siguientes: primero, en su trayectoria, el programa ha gestionado el cuidado de aproximadamente 1600 PAM frágiles, de los cuales en promedio estuvieron 12 meses bajo el seguimiento activo del programa, un volumen importante de casos seguidos a lo largo de un tiempo considerable, lo que le ha permitido al equipo socio-sanitario el establecimiento de vínculos con los hogares de los pacientes adscritos al programa, acercamiento que podría contribuir en la comprensión de la vulnerabilidad de este grupo poblacional, teniendo en cuenta que además este acervo de experiencia genera una reflexión dialógica entre el sistema de salud, las condiciones y necesidades cotidianas detectadas de salud, enfermedad, atención de esta población, inserta en un contexto como lo determina CABA en el cual transcurre su vejez.

Segundo, el programa tiene a su cargo la gestión del cuidado de todos las PAM frágiles mayores de 65 años, afiliados al plan de salud. Los criterios con los que el equipo socio-sanitario determina que un paciente es frágil, se basan en comprobar la existencia de un criterio de fragilidad social más un criterio biológico, o 2 criterios sociales. Para el PSS son criterios biológicos de fragilidad: pacientes que presentan caídas a repetición, polimedicalizados, con internaciones repetitivas en los últimos 12 meses, con alteraciones en la valoración de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y/o en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVDI). Así mismo, el PSS considera criterios de fragilidad social cuando los pacientes carecen de una red de apoyo familiar (vive solo, hijos lejos, cuidador principal mayor o con discapacidad, viudo/a, entre otros), o cuentan con un cuidador con signos y/o síntomas de “burn out” y/o el paciente se encuentra en una situación económica precaria. Los criterios de exclusión son: rechazo de la intervención y/o expectativa de vida menor a 6 meses.

Estos criterios de inclusión nos permiten suponer que la población adscrita al programa es diversa en tanto que los escenarios sociales y biológicos representan pluralidad de casos, en donde cada uno de ellos podría revelar diversas condiciones que predisponen a una situación de vulnerabilidad. Por tanto, no es equívoco afirmar que la población que integra el PSS podría ser representativa de aquella población de CABA, que cuenta con capacidad para pagar una obra social pre-pagada.

Tercero, la información, respecto a la valoración y seguimiento de estos pacientes es registrada en la Historia Clínica Electrónica (HCE) del HIBA, lo que facilita contar con datos longitudinales e integrados del paciente, factibles de ser transformados en una base de datos posible de ser mensurable.

#### 4.2 *Características del diseño.*

Se trata de un estudio cualitativo y cuantitativo exploratorio descriptivo, cuyas referencias de análisis son: el enfoque de derecho dado por el marco que propone la Convención Interamericana Sobre La Protección De Los Derechos Humanos De Las Personas Mayores mismo que se interrelaciona con el marco conceptual de vulnerabilidad propuesto por Ayres *et al.*,(2003) en cuanto a sus componentes individual, social y programático.

Siguiendo a este autor, la metodología consistió en una primera etapa de encuentros con informantes claves (orientadoras del PSS) para el desarrollo de las dimensiones y aspectos relevantes de la vulnerabilidad con un enfoque de derechos, en base a la discusión de casos específicos. Luego, una segunda etapa de formulación de indicadores y una tercera etapa que consistió en la descripción de la vulnerabilidad según los indicadores propuestos para la población de las PAM del PSS.

##### **4.2.1. Encuentros con profesionales del equipo socio-sanitario para la definición de dimensiones de vulnerabilidad**

- ✓ Selección de casos.

Previo al inicio de los encuentros de discusión, se definieron en conjunto con el equipo completo del PSS criterios para la selección de los casos. Los criterios seleccionados responden a dominios considerados como dispositivos de vulnerabilidad. Antes de la selección de los casos se consensuaron con el equipo las siguientes definiciones, con el fin de construir un marco conceptual compartido, punto de partida de la investigación y además lograr aumentar la probabilidad de discutir casos tan heterogéneos como fuera posible. De este modo, poder ampliar la posibilidad de recabar diversa información. Los criterios y definiciones consensuadas fueron las siguientes:

- Red familiar: el signo positivo o negativo (+ o -) denota presente o ausente. Se refiere a la presencia o ausencia de familiar/es funcional/es. Será red familiar presente cuando la red está en capacidad de cubrir los apoyos mínimos que requiere la PAM. Por tanto, red

familiar ausente o disfuncional es aquella que aunque exista no cubre los apoyos mínimos que requiere la PAM. Esta definición fue consensuada con el equipo de expertos del PSS.

- Comorbilidad: un signo positivo o cuatro (+ o +++) denota baja (+) o alta comorbilidad (++++). Se refiere a una PAM con varias morbilidades y que no puede desempeñarse solo. Está directamente relacionada con la funcionalidad del anciano.

- Reside o no en residencia de larga estadía. Se refiere a la PAM que recibe servicios de cuidado socio-sanitarios integrales de forma temporal o permanentemente, estas últimas incluye las residencias de larga estadía, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la PAM, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio. Son establecimientos regulados, pueden ser públicos, privados o mixtos. Esta definición fue adoptada de la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores.

Como resultado de la conceptualización anterior, se construye el Cuadro 1. en donde se condensan los criterios seleccionados y casos analizados a largo del estudio.

Cuadro 1. Matriz de criterios para la definición de casos de análisis para la investigación

Sexo	Categorías	Red Familiar - Comorbilidad +	Red Familiar - Comorbilidad +++++	Red Familiar + Comorbilidad +	Red Familiar + Comorbilidad +++++
<b>Mujer</b>	<b>No reside en residencia de larga estadía</b>	2	-	1	1
<b>Mujer</b>	<b>Reside en residencia de larga estadía</b>	2	1	-	1
<b>Hombre</b>	<b>No reside en residencia de larga estadía</b>	1	1	-	1
<b>Hombre</b>	<b>Reside en residencia de larga estadía</b>	-	1	-	1

Fuente: Elaboración propia basada en el consenso con el consenso con expertos del PSS.

Se consideró que la discusión de estos 13 casos, caracterizados en el cuadro 2. permite cubrir una diversidad de condiciones de vida, de apoyo social, de atención, que permitieron identificar dimensiones a incluir en el análisis de vulnerabilidad.

#### ✓Discusión de casos

En esta etapa, se realizaron 13 encuentros para la discusión de 13 casos con los profesionales miembros del equipo socio-sanitario, quienes por su experiencia de trabajo con esta población, están en condiciones de informar sobre situaciones cotidianas de las PAM y a su vez articular a esa mirada, la influencia que tiene la orientación y gestión del cuidado determinado por el concepto de fragilidad, para la intervención en el proceso salud-enfermedad-atención de las PAM en su contexto inmediato.

Las discusión de los casos se realizó con base en una guía de preguntas abiertas, construida a partir del análisis realizado del marco conceptual propuesto por Ayres *et al.*, los derechos contemplados en la Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y la revisión de la historia clínica del paciente. Ver anexo A.

Así mismo, la información recabada en las discusiones corresponde a la que el equipo socio-sanitario captura al momento de realizar la valoración inicial de la PAM frágil en el domicilio, es decir, antes de cualquier intervención.

Los encuentros fueron grabados y desgrabados, previo consentimiento de los informantes, a fin de, realizar el análisis de contenido para identificar las situaciones de la vida cotidiana y relacional de las PAM que pudieran dar cuenta de derechos que se satisfacen o no, y que se relacionen con el marco de la vulnerabilidad.

#### **4.2.2. Formulación de indicadores con un enfoque de derechos para los componentes individual, social y programático.**

El desarrollo de esta etapa implicó traducir las Dimensiones Descriptivas Emergente (DDE) del análisis cualitativo generadas en la etapa anterior, asociadas a derechos y a componentes individual, social y programático, en definiciones operativas de indicadores. Para ello, se transita desde lo deseable hasta lo posible y lo factible en cuanto a los datos disponibles.

#### **4.2.3. Cálculo y descripción de la vulnerabilidad de las PAM según los indicadores desarrollados**

Con base en los indicadores definidos en la etapa anterior, se discute las condiciones de vulnerabilidad que no están visibilizadas, y se señalan los vínculos entre la vulnerabilidad, los derechos humanos y las necesidades de atención médica.

#### *4.3. Fuentes de datos y variables del proyecto*

Para el desarrollo de esta investigación se recurrió a dos fuentes de datos:

- 1) Datos primarios obtenidos a partir de las desgrabaciones de los encuentros de discusión de casos con los profesionales integrantes del equipo socio-sanitario.
- 2) Datos secundarios obtenidos a partir de los registros del sistema de información hospitalario de cada uno de los pacientes evaluados por el mismo equipo.

#### **4.3.1 Generación de Set de Datos Secundarios a partir del Sistema de información hospitalaria**

Los datos secundarios permitieron realizar la descripción cuantitativa de la vulnerabilidad de las PAM. Para lograr lo anterior, fue necesario depurar la información albergada en el sistema de información hospitalaria del HIBA. Este sistema está conformado por varios subsistemas, que entre ellos se relacionan con la unidad Persona, concepto que puede relacionar a todos los subsistemas. Para esta investigación se recurrió a los siguientes subsistemas: Ficha sociosanitaria, HCE: historia clínica electrónica, Sistema de turnos, Bases administrativas.

✓Depuración de la Ficha sociosanitaria: la ficha sociosanitaria es el instrumento de que orienta el registro de la valoración efectuada por el PSS en el domicilio de la PAM. El registro equivale a una evolución en la sección "evoluciones" de la HCE. Cada evolución tiene asociada una fecha, un usuario y un área. La HCE almacena registros en una base de datos relacional, donde, entre otros elementos, el texto escrito en cada evolución se asocia a un área jerárquica.

Actualmente, las evoluciones que realiza el equipo socio sanitario se caracterizan porque se encuentran bajo el área jerárquica nominada de la misma manera - Sociosanitario (SS) - Este registro lo realizan manualmente las orientadoras del PSS, que siguen un formato

preestructurado, que cuenta con los siguientes campos: Ficha inicial de información general del anciano, Escala de valoración de Actividades de la Vida Diaria (AVD), Escalas de valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVDI), Cuestionario de calidad de Vida, Instrumento para la revisión del Hogar y Listado de mediación habitual. Ver anexo C - F.

Cuadro 2. Ejemplo de la estructura de la evolución del Equipos socio-sanitario.

Id	Id paciente	Fecha evolución	Área jerárquica	Evolución	Área
1	xx	21/06/2016 02:10:00 pm	Atención socio-sanitaria	- Fecha de visita: 15/06/2016 - Nivel Educativo: Primario Completo - Medicina Domiciliaria: Si - Tiene necesidades económicas: Si - Institucionalizado: No - Tiene cuidador formal: Si - Tiene cuidador informal: Si - AVD 0-8: 0 - AVDI 0-7: 0 - Camina: No camina - Complemento para la movilidad: Sin complemento - Silla de ruedas: No - Utilización de pañal: Si - Postrado o con riesgo de escaras: Si - Conocimiento sobre prevención de escaras: Si - Presencia de Sonda vesical: No - Presencia de Ostomias: No - Presencia de sonda nasogástrica: No - Procesos administrativos: Si - Cuidado disfuncional: No - Riesgo de caídas: No - Otros Problemas: No - Administración inadecuada : No - Alimentación inadecuada: No - Requiere seguimiento por equipo: Antes del mes	Socio sanitario
	xx2	21/06/2016 02:10:00 pm	Programas para el manejo de enfermedades crónicas -gerencia medica plan de salud	- Tipo de seguimiento: Telefónico - Fecha de seguimiento: 11/10/2016 - Problema 1: Insomnio que afecta la calidad de vida - Problema 2: Administración inadecuada de la medicación - Problema 3: Riesgo de caídas modificable - Problema 1 : Parcialmente - Problema 2: Si - Problema 3: Parcialmente - Caídas en la último mes: No	Socio sanitario

Fuente: Elaboración propia.

ID: Código de identificación

AVD: , Escala de valoración de Actividades de la Vida Diaria

AVDI: Escalas de valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Debido a que el registro es manual, y por lo tanto puede contener inconsistencias, fue necesario realizar una depuración de las evoluciones realizadas por el área Socio-sanitaria, a fines de lograr una base consistente a lo largo de todos los registros. Para ello se llevaron a cabo los siguientes pasos:

En una previa revisión de la HCE, se detectó que evoluciones realizadas en años anteriores por el ESS, están anidadas a un área jerárquica denominada -programas para el

manejo de enfermedades crónicas - gerencia médica plan de salud- área que hasta hoy existe y alberga información del ESS y otra irrelevante para efectos de esta investigación.

Es preciso señalar, que estas modificaciones relacionadas con la forma de registrar y el área a la cual se suscriben las evoluciones de los profesionales del ESS, ha ido variando en relación a procesos históricos que dan cuenta del crecimiento y legitimación del programa a nivel institucional.

Entonces, para lograr una base de datos con la información de las personas adscritas al Programa Socio-sanitario durante enero de 2016 hasta julio de 2017 fue necesario, realizar una búsqueda el padrón del plan de salud para detectar los identificadores (ID) de pacientes con evoluciones realizadas bajo las dos áreas jerárquicas: socio-sanitario y de programas para el manejo de enfermedades crónicas - gerencia médica plan de salud (PEC)- desde 2014 hasta julio de 2017. Con los ID identificados, se recuperó información tanto de la HCE como del sistema de afiliación del paciente.

Es preciso señalar, que este proceso de búsqueda lo realiza el área de sistemas de información del hospital, a partir de la definición de criterios que realiza el equipo investigador, quienes posteriormente generan bases de datos resultantes de la búsqueda, las mismas son protegidas con contraseña, con el fin de preservar los datos de las personas.

Como resultado de la búsqueda, el área de sistemas generó las siguientes tablas de excel con sus respectivas variables:

-PMA0972387\_Evoluciones- con la siguiente información: ID del paciente, Fecha de evolución, Área jerárquica, Evolución;

- PMA0972387\_Pacientes: ID paciente, Fecha de primera evolución, edad a la primera evolución, sexo, financiador primera evolución, coplan primera evolución, Fecha del alta del Plan de salud, fecha de baja del Plan de Salud, Motivo del baja del Plan de Salud, Provincia de domicilio, Localidad de domicilio, Área jerárquica primera evolución.

La depuración de la base se realizó en 2 etapas: Etapa 1 en la cual se identifican ID de los PAM incidentes 2016-2017, es decir, los que ingresaron al PSS en el período 2016 – 2017 y etapa 2 correspondiente a la depuración de los datos estructurados de la Ficha Socio-sanitaria (FS)

✓*Etapa 1) identificación de los PAM incidentes 2016-2017, es decir, los que ingresaron al PSS en el período 2016 – 2017. Para esta etapa, se consideraron casos incidentes los que presentaban una evolución con el PSS en el 2016 y 2017, pero no en 2014-*

2015. Para ello, las tablas mencionadas previamente fueron importadas a una base de datos en Access. En este programa se generaron 2 subconjuntos de datos: 1) evoluciones por pacientes en dos periodos: 2014 - 2015 y 2) evoluciones por pacientes en 2016 - 2017 para las dos áreas jerárquicas: SS y PEC.

A partir de esta segunda tabla se generaron varias consultas:

1) Los ID que tenía una evolución correspondiente al área jerárquica SS en 2016-2017 y no tenían evolución en SS en 2014-2015 fueron catalogados como candidatos.

2) Este mismo criterio se realizó con los ID de la base del PEC.

Del subconjunto de candidatos, se consideró incidentes si los mismos tenían una evolución estructurada compatible con el tipo de registro del programa SS.

Para ello se identificaron todas las evoluciones que en el texto de la evolución presentaban la estructura del PSS (las frases eran las siguientes: “tipo de seguimiento”, “socio”, “orientador”, “socio-sanitario”, “fecha de visita” o “-fecha de visita”). Estos criterios permitieron identificar los ID de pacientes que tenían evoluciones adscritas al área jerárquica PEC pero en realidad hacían parte de área SS.

A continuación se generó la tabla incidentes2016\_2017Pacientes, con los ID de pacientes que tenían una evolución con PSS en 2016\_2017, pero no la tenían en 2014\_2015. Para esto, se arma una consulta -qryincidentesprimeraevolución- a partir de la lista de ID paciente con evoluciones en 2014-2015 y área correspondiente a SS y se restan a las evoluciones de enero de 2016- julio de 2017. Obteniendo así el listado de 1094 pacientes que ingresaron al seguimiento del ESS durante este periodo.

De esta lista se revisaron manualmente todas las HCE para poder identificar los pacientes que vivían en CABA. De este análisis surgió una lista final de 922 pacientes.

✓*Etapa 2): depuración de los datos estructurados de la Ficha Sociosanitaria.* La depuración de la ficha sociosanitaria consiste en la identificación, en el campo de texto estructurado manualmente, de campos y valores que registran las orientadoras del programa.

Para ello, en primer término se exportaron desde Access a Excel todas las evoluciones de los pacientes incidentes. De Excel se llevaron a Word para insertar una marca de fin de párrafo al final de cada potencial campo, por ejemplo: para separar en 3 filas los segmentos de textos: -Nivel Educativo: Primario Completo -Medicina Domiciliaria: Si -Tiene necesidades económicas: Si -.

Una vez que estuvieron separadas por filas los segmentos estructurados de texto, se exportaron a Excel, donde se parseó cada fila en base al separado: dos puntos.

Este proceso se ejemplifica a través en los cuadros 3,4 y 5

Cuadro 3. Evoluciones antes de parsear.

ID paciente	ID Evolución	Evolución
12	1	- Fecha de visita: 15/06/2016 - Nivel Educativo: Primario Completo - Medicina Domiciliaria: Si

Fuente: Elaboración propia.

ID: Identificador

Cuadro 4. Evoluciones después de parsear.

Id	Id Evolución	Evolución
12	1	- Fecha de visita: 15/06/2016
12	1	- Nivel Educativo: Primario Completo
12	1	- Medicina Domiciliaria: Si

Fuente: Elaboración propia.

ID: Identificador

Las filas ya parseadas e identificadas por un ID son exportadas a Excel donde se parsea el campo del dato, asignando cada uno a una columna distinta así:

Cuadro 5. Asignación a cada columna de los datos.

ID paciente	ID Evolución	Campo	Dato
12	1	Fecha de visita	15/06/2016
12	1	Nivel Educativo	Primario Completo
12	1	Medicina Domiciliaria	Si

Fuente: Elaboración propia.

ID: Identificador

Seguidamente, los campos fueron revisados con el fin de identificar cuáles son verdaderos campos y descartar aquellos que no lo son. Para ello, se consideró que un campo verdadero es aquel que está identificado con una etiqueta de campo (en el ejemplo anterior: Fecha de visita, Nivel educativo y Medicina domiciliaria). Para esto, cada campo considerado como verdadero se codificó desde p1 hasta p81 y aquellos campos que se consideraban

verdaderos pero que estaban mal escritos se completaron con Null. A los demás registros no considerados campos, se les asigna cero (0) como valor.

De este modo se logró una tabla que tenía para cada paciente incidente en el programa todas las evoluciones estructuradas en campos

Posteriormente, se exporta la esta tabla a Acces en donde se da vuelta a la base ya corregida. De este modo se organizan los datos, teniendo en las filas los ID de pacientes y en las columnas los campos p-p81 junto al ID de la evolución de donde se recuperaron los campos.

Se encontró, que por cada paciente que comenzó a ser seguido por el ESS durante el periodo comprendido entre enero de 2016 hasta julio de 2017, se había realizado un mínimo de 1 evolución y un máximo de 18. Dado que la descripción de la vulnerabilidad se realizó en relación al momento en que el paciente ingresa al PSS, era de interés identificar la primera evolución.

Sin embargo, no siempre la 1ra evolución es la que tiene los datos estructurados, ya que a veces los orientadores del PSS necesitan comunicarse varias veces hasta lograr realizar el diagnóstico inicial situacional, identificando que generalmente la información registrada en las evoluciones posteriores a la primera, hacían a una primera evaluación de la PAM porque tenían información respecto de campos que no se habían evaluado en la primera y segunda visita.

A partir de esta observación, y con el fin de lograr obtener los datos registrados inicialmente por el PSS para cada PAM, se establece como criterio: comparar los datos de las 3 primeras evoluciones realizadas en un periodo no mayor a 3 meses, con el propósito de construir un solo registro con la información recuperada de estas evaluaciones, sin remplazar ningún dato existente. Esta decisión permite definir como primera evolución al registro que contiene la información de los primeros 3 meses del PAM en el PSS, dando prioridad al primer dato encontrado.

Finalmente, se realizó un último refinamiento de la tabla obtenida, extrayendo a cada PAM menor de 65 años y/o con evoluciones relacionadas con los programas: hábitos saludables, me hace bien y vida saludable, registros anidados al área jerárquica SS que no corresponden a evaluaciones realizadas por el ESS. Finalmente, de esta base mediante revisión manual de la HCE se descartan las PAM que no tienen domicilio en CABA.

De este modo, a partir de los registros realizados por el ESS en el módulo de evoluciones de la HCE y los datos generales de cada paciente alojados en el módulo de

identificación, se arma una base de datos compuesta por 922 PAM en seguimiento por el ESS desde enero de 2016 hasta julio de 2017. Ver apéndice A para conocer las variables que componen la base de datos. La misma es exportada a Stata para realizar el análisis descriptivo.

Consideramos que el armado de la base, por el proceso que requirió, es un resultado en sí mismo que va a ser de utilidad tanto para el programa SS como para la institución.

Finalmente de la HCE se obtuvieron las siguientes tablas de datos:

- Episodios de guardia desde 2014 en delante de los PAM incluidos en el PSS: PMA0972387\_EpsGuardia: ID\_PACIENTE, ING\_M, TEXTO\_DX\_M
- Evoluciones realizadas por el servicio social del hospital desde 2014 en delante de los PAM incluidos en el PSS: - PMA0972387\_EvolServicioSocial: ID\_PACIENTE y FECHA\_EVOLUCION
- Interconsultas solicitadas desde 2014 en delante para los PAM incluidos en el PSS: PMA0972387\_Interconsultas: ID\_PACIENTE, FECHA\_PEDIDO y AREA
- Registro de Peso, Talle y BMI desde 2014 en delante de los PAM incluidos en el PSS: PMA0972387\_PesoTallaBMI: ID\_PACIENTE, FECHA\_HORA\_REALIZACION, SV y VALOR\_NUMERICO.

3) Sistema de turnos: del sistema de turnos se obtuvieron las siguientes tablas:

- Consultas ambulatorias desde 2014 en delante de los PAM incluidos en el PSS: PMA0972387\_ConsultasAmb: ID\_PACIENTE, FECHA\_TURNO, DESCRIPCION, TIPO\_ATENCION,

#### 4.4. *Análisis de los datos*

##### 4.4.1. **Análisis de casos y ordenamiento conceptual**

Los materiales cualitativos recolectados se procesaron mediante análisis de contenido (Vaismoradi *et al.*, 2013) a fines de construir un listado de dimensiones con potencial capacidad explicativa de la situación de salud las PAM.

El análisis realizado es sistemático y continuo hasta el final del proceso de discusión. A medida que se desarrolló cada encuentro se avanzó con la transcripción correspondiente, los datos obtenidos se sometieron a un microanálisis en el que se examinan e interpretan de forma cuidadosa y minuciosa. Este estudio permitió dar paso a la codificación interpretativa, a través de la cual se lograron identificar ideas centrales que, mediante su comparación constante, evolucionaron a Dimensiones Descriptivas Emergentes de Análisis (DDE).

#### **4.4.2 Marco orientativo para el análisis de las narrativas de cada caso**

El proceso de codificación interpretativa se desarrolla teniendo como eje de análisis los componentes de vulnerabilidad propuestos por (Ayres, Paiva, França, Gravato, Lacerda, Della Negra, Marques, Galano, Lecussan, Segurado % Silva, 2006) y la matriz de Componentes de los derechos contemplados en la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores.

El marco propuesto por Ayres *et al.* (2003), sugiere como punto de partida para el análisis de la vulnerabilidad la identificación y selección de un (o varios) trastorno(s) de salud, y a partir de ahí, identificar y caracterizar factores de comportamiento que pueden exponer a la PAM a una disrupción de su salud, mediante la evaluación de riesgos. Esta evaluación se realiza a partir del análisis de las entrevistas con el equipo socio-sanitario, quienes en base a la disrupción de salud, identifican los posibles riesgos que le podrían acaecer a los PAM.

El siguiente paso a tener en cuenta para el análisis, se centra en el nivel colectivo, que consta de 2 componentes. El primero de ellos es la dimensión social de la vulnerabilidad, en el cual la atención se centra en los factores culturales, morales, políticos, económicos e institucionales que pueden determinar los medios de exposición dados en el nivel analítico anterior. El segundo componente, es el análisis del programa, que examina las formas en que las políticas, el programa y los servicios pueden interferir en estas situaciones sociales e individuales.

Respecto de la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, acordada en las sesiones dadas entre el 15 y el 16 de junio de 2015 (OEA, 2015) y ratificada este año, se toma como eje de análisis los derechos contemplados en el capítulo 5, que corresponde a los derechos protegidos por la convención. Para ello y considerando que, los derechos no pueden entenderse y examinarse tan sólo a la luz de los documentos declarativos o convencionales, sino que se trata de estructuras complejas de principios, reglas y obligaciones que se interrelacionan, refuerzan y reinterpretan mutuamente, se decide desagregar cada derecho contemplado en la Convención en sus componentes principales, así como lo sugiere Medellín *et al.* (2011) en el documento, Fundamentos teóricos de los derechos humanos.

Para lograr esta desagregación, fue necesario realizar un análisis de cada derecho, en búsqueda de reconocer la pauta en su contenido esencial, es decir las bases elementales o componentes a partir de los cuales puede generarse el proceso de operacionalización de los derechos en tanto definición mínima. Como resultado de este primer análisis se construye el siguiente cuadro, herramienta usada para el análisis y posterior ordenamiento conceptual. Ver cuadro 6.

Cuadro 6. Matriz de desagregación conceptual de derechos para el análisis

Art. Derecho	Sub derecho	Componente
5	Igualdad y no discriminación por razones de edad	C1: Se desarrollaran enfoques específicos en políticas, planes y legislaciones sobre envejecimiento y vejez, en relación con la persona mayor en condición de vulnerabilidad y aquellas que son víctimas de discriminación múltiple, incluidas las mujeres, las personas con discapacidad, las personas de diversas orientaciones sexuales e identidades de género, las personas migrantes, las personas en situación de pobreza o marginación social, los afro descendientes y las personas pertenecientes a pueblos indígenas, las personas sin hogar, las personas privadas de libertad, las personas pertenecientes a pueblos tradicionales, las personas pertenecientes a grupos étnicos, raciales, nacionales, lingüísticos, religiosos y rurales, entre otros.
6	Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez	SD1: Garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población.
7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	<p>C1: Las instituciones públicas y privadas ofrecen a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos</p> <p>C2: Las instituciones públicas y privadas evitan el aislamiento de la persona mayor</p> <p>C3: Las instituciones públicas y privadas manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales.</p> <p>C4: Las instituciones públicas y privadas manejan apropiadamente el dolor de la persona mayor</p> <p>C5: Las instituciones públicas y privadas evitan el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado.</p> <p>C1: Asegurar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos</p> <p>C2: Asegurar que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia, dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.</p>

---

*Continuación*

---

8	Derecho a la participación e integración comunitaria		C3: Asegurar que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta. C4: Promover el pleno goce de estos derechos por la persona mayor, propiciando su autorrealización, el fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas.
9	Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia	SD1: La persona mayor tiene derecho a vivir una vida sin ningún tipo de violencia y maltrato. Se entenderá por violencia contra la persona mayor cualquier acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la persona mayor, tanto en el ámbito público como en el privado. SD2: La persona mayor tiene derecho a vivir una vida sin ningún tipo de violencia y maltrato. La definición de violencia contra la persona mayor comprende, entre otros, distintos tipos de abuso, incluso el financiero y patrimonial.	C: 1 Se crearán y fortalecerán mecanismos de participación e inclusión social de la persona mayor en un ambiente de igualdad que permita erradicar los prejuicios y estereotipos que obstaculicen el pleno disfrute de estos derechos de la persona adulta mayor. C2: Promover la participación de la persona mayor en actividades intergeneracionales para fortalecer la solidaridad y el apoyo mutuo como elementos claves del desarrollo social. C3: Asegurar que las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general, estén a disposición, en igualdad de condiciones, de la persona mayor y tengan en cuenta sus necesidades. C1: Adoptar medidas legislativas, administrativas y de otra índole para prevenir, investigar, sancionar y erradicar los actos de violencia contra la persona mayor, así como aquellas que propicien la reparación de los daños ocasionados por estos actos.
			C2: Producir y divulgar información con el objetivo de generar diagnósticos de riesgo de posibles situaciones de violencia a fin de desarrollar políticas de prevención.

---

---

*Continuación*

---

SD3: La persona mayor tiene derecho a vivir una vida sin ningún tipo de violencia y maltrato. La definición de violencia contra la persona mayor comprende, entre otros, maltrato físico, sexual y/o psicológico.

SD4: La persona mayor tiene derecho a vivir una vida sin ningún tipo de violencia y maltrato. La definición de violencia contra la persona mayor comprende, entre otros, la explotación laboral.

SD5: La persona mayor tiene derecho a vivir una vida sin ningún tipo de violencia y maltrato. La definición de violencia contra la persona mayor comprende, entre otros, la expulsión de su comunidad y toda forma de abandono o negligencia que tenga lugar dentro o fuera del ámbito familiar o unidad doméstica o que sea perpetrado o tolerado por el Estado o sus agentes dondequiera que ocurra.

C3: Promover la creación y el fortalecimiento de servicios de apoyo para atender los casos de violencia, maltrato, abusos, explotación y abandono de la persona mayor. Fomentar el acceso de la persona mayor a dichos servicios y a la información sobre los mismos.

C4: Establecer o fortalecer mecanismos de prevención de la violencia, en cualquiera de sus manifestaciones, dentro de la familia, unidad doméstica, lugares donde recibe servicios de cuidado a largo plazo y en la sociedad para la efectiva protección de los derechos de la persona mayor.

C5: Informar y sensibilizar a la sociedad en su conjunto sobre las diversas formas de violencia contra la persona mayor y la manera de identificarlas y prevenirlas.

C6: Capacitar y sensibilizar a funcionarios públicos, a los encargados de los servicios sociales y de salud, al personal encargado de la atención y el cuidado de la persona mayor en los servicios de cuidado a largo plazo o servicios domiciliarios sobre las diversas formas de violencia, a fin de brindarles un trato digno y prevenir negligencia y acciones o prácticas de violencia y maltrato.

C7: Desarrollar programas de capacitación dirigidos a los familiares y personas que ejerzan tareas de cuidado domiciliario a fin de prevenir escenarios de violencia en el hogar o unidad doméstica.

C8: Promover mecanismos adecuados y eficaces de denuncia en casos de violencia contra la persona mayor, así como reforzar los mecanismos judiciales y administrativos para la atención de esos casos.

---

---

*Continuación*

---

<p>10</p> <p>Derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes</p>		<p>C9: Promover activamente la eliminación de todas las prácticas que generan violencia y que afectan la dignidad e integridad de la mujer mayor.</p> <p>Se tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo o de otra índole para prevenir, investigar, sancionar y erradicar todo tipo de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes hacia la persona mayor.</p>
<p>11</p> <p>Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud</p>	<p>SD1: La PAM tiene derecho irrenunciable a manifestar su consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud. La negación de este derecho constituye una forma de vulneración de los derechos humanos de la persona mayor.</p> <p>SD2: Garantizar el derecho de la persona mayor a manifestar su consentimiento informado de manera previa, voluntaria, libre y expresa</p> <p>SD3: Garantizar el derecho de la persona mayor a modificar o revocar, el consentimiento informado en relación con cualquier decisión, tratamiento, intervención o investigación, en el ámbito de la salud.</p>	<p>C1: Elaborar mecanismos para asegurar que la información que se brinde a la PAM sea adecuada, clara y oportuna, disponible sobre bases no discriminatorias, de forma accesible y presentada de manera comprensible de acuerdo con la identidad cultural, nivel educativo y necesidades de comunicación de la persona mayor.</p> <p>C2: Las instituciones públicas o privadas y los profesionales de la salud no podrán administrar ningún tratamiento, intervención o investigación de carácter médico o quirúrgico sin el consentimiento informado de la persona mayor.</p> <p>C3: En casos de emergencia médica que pongan en riesgo la vida y cuando no resulte posible obtener el consentimiento informado, se podrán aplicar las excepciones establecidas de conformidad con la legislación nacional.</p> <p>C4: La persona mayor tiene derecho a aceptar, negarse a recibir o interrumpir voluntariamente tratamientos médicos o quirúrgicos, incluidos los de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, investigación, experimentos médicos o científicos, ya sean de carácter físico o psíquico, y a recibir información clara y oportuna sobre las posibles consecuencias y los riesgos de dicha decisión</p>

---

---

*Continuación*

---

<p><b>12</b> Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo:</p>	<p>SD1:La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda</p>	<p>C5: Se establecerá un proceso a través del cual la persona mayor pueda manifestar de manera expresa su voluntad anticipada e instrucciones respecto de las intervenciones en materia de atención de la salud, incluidos los cuidados paliativos.</p> <p>C6: La voluntad anticipada podrá ser expresada, modificada o ampliada en cualquier momento solo por la persona mayor, a través de instrumentos jurídicamente vinculantes, de conformidad con la legislación nacional.</p> <p>C1: Promover que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.</p> <p>C2: Diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión.</p> <p>C3: Desarrollar un sistema integral de cuidados que tenga especialmente en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor.</p> <p>C4: Establecer mecanismos para asegurar que el inicio y término de servicios de cuidado de largo plazo estén sujetos a la manifestación de la voluntad libre y expresa de la persona mayor.</p> <p>C5: Promover servicios que cuenten con personal especializado que pueda ofrecer una atención adecuada e integral y prevenir acciones o prácticas que puedan producir daño o agravar la condición existente.</p> <p>C6:Garantizar el acceso de la persona mayor a la información, en particular a sus expedientes personales,</p> <p>C7: Promover el acceso a los distintos medios de comunicación e información, incluidas las redes sociales</p>
--	--	--

---

*Continuación*

---

C8: Informar a la persona mayor sobre sus derechos y sobre el marco jurídico y protocolos que rigen los servicios de cuidado a largo plazo.

C9: Prevenir injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar o unidad doméstica, o cualquier otro ámbito en el que se desenvuelvan, así como en su correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación.

C10: Promover la interacción familiar y social de la persona mayor, teniendo en cuenta a todas las familias y sus relaciones afectivas.

C11: Proteger la seguridad personal y el ejercicio de la libertad y movilidad de la persona mayor

C12: Proteger la integridad de la persona mayor y su privacidad e intimidad en las actividades que desarrolle, particularmente en los actos de higiene personal.

C13: Establecer la legislación necesaria, conforme a los mecanismos nacionales, para que los responsables y el personal de servicios de cuidado a largo plazo respondan administrativa, civil y/o penalmente por los actos que practiquen en detrimento de la persona mayor, según corresponda.

C15: Adoptar medidas adecuadas, cuando corresponda, para que la persona mayor que se encuentre recibiendo servicios de cuidado a largo plazo cuente con servicios de cuidados paliativos que abarquen al paciente, su entorno y su familia.

**13** Derecho a la libertad personal

C1: Garantizar que cualquier medida de privación o restricción de libertad será de conformidad con la ley

C2: Asegurar que la persona mayor que se vea privada de su libertad en razón de un proceso tenga, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratada de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención

C3: Garantizar el acceso de la persona mayor privada de libertad a programas especiales y atención integral, incluidos los mecanismos de rehabilitación para su reinserción en la sociedad y, según corresponda, promoverán medidas alternativas respecto a la privación de libertad, de acuerdo con sus ordenamientos jurídicos internos.

---

---

*Continuación*

---

- |           |  |   |
|-----------|--|---|
| <b>14</b> | Derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información | C1: Adoptar medidas destinadas a garantizar a la persona mayor el ejercicio efectivo del derecho a la libertad de expresión y opinión en igualdad de condiciones con otros sectores de la población y por los medios de su elección<br>C2: Adoptar medidas destinadas a garantizar a la persona mayor el ejercicio efectivo del derecho al acceso a la información, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población y por los medios de su elección   |
| <b>15</b> | Derecho a la nacionalidad y a la libertad de circulación                     | C1: Adoptar medidas destinadas a garantizar a la persona mayor el ejercicio efectivo de la libertad de circulación, en igualdad de condiciones con los demás sectores de la población, sin discriminación por razones de edad.<br>C2: Adoptar medidas destinadas a garantizar a la persona mayor el ejercicio efectivo de la libertad para elegir su residencia en igualdad de condiciones con los demás sectores de la población, sin discriminación por razones de edad.<br>C3: Adoptar medidas destinadas a garantizar a la persona mayor el ejercicio efectivo de poseer una nacionalidad en igualdad de condiciones con los demás sectores de la población, sin discriminación por razones de edad.  |
| <b>16</b> | Derecho a la privacidad y a la intimidad                                     | C1: Garantizar el derecho que la persona mayor tiene a la privacidad y a la intimidad y a no ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar o unidad doméstica, o cualquier ámbito en el que se desenvuelvan, así como en su correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación<br><br>C2: La persona mayor tiene derecho a no ser objeto de agresiones contra su dignidad, honor y reputación<br><br>C3: La persona mayor tiene derecho a la privacidad en los actos de higiene o en las actividades que desarrolle, independientemente del ámbito en el que se desenvuelva.<br>C4: Los Estados Parte adoptarán las medidas necesarias para garantizar estos derechos, particularmente a la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo. |

---

*Continuación*

---

17	Derecho a la seguridad social	SD1: Toda persona mayor tiene derecho a la seguridad social que la proteja para llevar una vida digna.	C1: Promover progresivamente, dentro de los recursos disponibles, que la persona mayor reciba un ingreso para una vida digna a través de los sistemas de seguridad social y otros mecanismos flexibles de protección social. C2: Facilitar, mediante convenios institucionales, acuerdos bilaterales u otros mecanismos hemisféricos, el reconocimiento de prestaciones, aportes realizados a la seguridad social o derechos de pensión de la persona mayor migrante.
18	Derecho al trabajo	La persona mayor tiene derecho al trabajo digno y decente.  La persona mayor tiene derecho a la igualdad de oportunidades y de trato respecto de los otros trabajadores, sea cual fuere su edad.	C1: Impedir la discriminación laboral de la persona mayor. C2: Queda prohibida cualquier distinción que no se base en las exigencias propias de la naturaleza del cargo, de conformidad con la legislación nacional y en forma apropiada a las condiciones locales. C3: El empleo o la ocupación deben contar con las mismas garantías, beneficios, derechos laborales y sindicales, y ser remunerado por el mismo salario aplicable a todos los trabajadores frente a iguales tareas y responsabilidades. C4: Adoptar las medidas legislativas, administrativas o de otra índole para promover el empleo formal de la persona mayor y regular las distintas formas de autoempleo y el empleo doméstico, con miras a prevenir abusos y garantizar una adecuada cobertura social y el reconocimiento del trabajo no remunerado. C5: Promover programas y medidas que faciliten una transición gradual a la jubilación, para lo cual podrán contar con la participación de las organizaciones representativas de empleadores y trabajadores y de otros organismos interesados. C6: Promover políticas laborales dirigidas a propiciar que las condiciones, el ambiente de trabajo, horarios y la organización de las tareas sean adecuadas a las necesidades y características de la persona mayor. C7: Diseñar programas para la capacitación y certificación de conocimiento y saberes para promover el acceso de la persona mayor a mercados laborales más inclusivos.

---

*Continuación*

---

**19** Derecho a la salud

SD1: La persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación.

C1: Diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social.

C2: Asegurar la atención preferencial y el acceso universal, equitativo y oportuno en los servicios integrales de salud de calidad basados en la atención primaria, y aprovechar la medicina tradicional, alternativa y complementaria, de conformidad con la legislación nacional y con los usos y costumbres.

C3: Formular, implementar, fortalecer y evaluar políticas públicas, planes y estrategias para fomentar un envejecimiento activo y saludable.

C4: Fomentar políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva de la persona mayor.

C5: Fomentar, cuando corresponda, la cooperación internacional en cuanto al diseño de políticas públicas, planes, estrategias y legislación, y el intercambio de capacidades y recursos para ejecutar planes de salud para la persona mayor y su proceso de envejecimiento.

C6: Fortalecer las acciones de prevención a través de las autoridades de salud y la prevención de enfermedades, incluyendo la realización de cursos de educación, el conocimiento de las patologías y opinión informada de la persona mayor en el tratamiento de enfermedades crónicas y otros problemas de salud.

C7: Garantizar el acceso a beneficios y servicios de salud asequibles y de calidad para la persona mayor con enfermedades no transmisibles y transmisibles, incluidas aquellas por transmisión sexual.

C8: Fortalecer la implementación de políticas públicas orientadas a mejorar el estado nutricional de la persona mayor.

C9: Promover el desarrollo de servicios socio-sanitarios integrados especializados para atender a la persona mayor con enfermedades que generan dependencia, incluidas las crónico-degenerativas, las demencias y la enfermedad de Alzheimer.

*Continuación*

---

C10: Fortalecer las capacidades de los trabajadores de los servicios de salud, sociales y socio-sanitarios integrados y de otros actores, en relación con la atención de la persona mayor, teniendo en consideración los principios contenidos en la presente Convención.

C11: Promover y fortalecer la investigación y la formación académica profesional y técnica especializada en geriatría, gerontología y cuidados paliativos.

C12: Formular, adecuar e implementar, según la legislación vigente en cada país, políticas referidas a la capacitación y aplicación de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, en relación con la atención integral de la persona mayor.

C13: Promover las medidas necesarias para que los servicios de cuidados paliativos estén disponibles y accesibles para la persona mayor, así como para apoyar a sus familias.

C14: Garantizar a la persona mayor la disponibilidad y el acceso a los medicamentos reconocidos como esenciales por la Organización Mundial de la Salud, incluyendo los fiscalizados necesarios para los cuidados paliativos

C15: Garantizar a la persona mayor el acceso a la información contenida en sus expedientes personales, sean físicos o digitales.

C16: Promover y garantizar progresivamente, y de acuerdo con sus capacidades, el acompañamiento y la capacitación a personas que ejerzan tareas de cuidado de la persona mayor, incluyendo familiares, con el fin de procurar su salud y bienestar.

---

*Continuación*

---

<b>20</b> Derecho a la educación	La persona mayor tiene derecho a participar en los programas educativos existentes en todos los niveles.	C1: Facilitar a la persona mayor el acceso a programas educativos y de formación adecuados que permitan el acceso a los distintos niveles del ciclo educativo, a programas de alfabetización y pos alfabetización, formación técnica y profesional, y a la educación permanente continua, en especial a los grupos en situación de vulnerabilidad.  C2: Promover el desarrollo de programas, materiales y formatos educativos adecuados y accesibles para la persona mayor que atiendan sus necesidades, preferencias, aptitudes, motivaciones e identidad cultural.  C3: Promover la educación y formación de la persona mayor en el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) para minimizar la brecha digital, generacional y geográfica e incrementar la integración social y comunitaria.
	La persona mayor tiene derecho a la educación en igualdad de condiciones con otros sectores de la población y sin discriminación, en las modalidades definidas por cada uno de los Estados.	C1: Adoptar las medidas necesarias para reducir y, progresivamente, eliminar las barreras y las dificultades de acceso a los bienes y servicios educativos en el medio rural.  C2: Diseñar e implementar políticas activas para erradicar el analfabetismo de la persona mayor y, en especial, de las mujeres y grupos en situación de vulnerabilidad.
	La persona mayor tiene derecho a compartir sus conocimientos y experiencias con todas las generaciones.	C3: Fomentar y facilitar la participación activa de la persona mayor en actividades educativas, tanto formales como no formales.
<b>21</b> Derecho a la cultura	La persona mayor tiene derecho a su identidad cultural, a participar en la vida cultural y artística de la comunidad.	C1: Garantizar y proteger el derecho a la propiedad intelectual de la persona mayor, en condiciones de igualdad con los demás sectores de la población y de acuerdo con la legislación interna y los instrumentos internacionales adoptados en este ámbito.
	La persona mayor tiene derecho al disfrute de los beneficios del progreso científico y tecnológico y de otros productos de la diversidad cultural.	C2: Promover las medidas necesarias para asegurar el acceso preferencial de la persona mayor a los bienes y servicios culturales, en formatos y condiciones asequibles.

*Continuación*

	<p>La persona mayor tiene derecho a compartir sus conocimientos y experiencias con otras generaciones, en cualquiera de los contextos en los que se desarrolle.</p>	<p>C1: Fomentar programas culturales para que la persona mayor pueda desarrollar y utilizar su potencial creativo, artístico e intelectual, para su beneficio y para el enriquecimiento de la sociedad como agente transmisor de valores, conocimientos y cultura.</p> <p>C2: Impulsar la participación de las organizaciones de personas mayores en la planificación, realización y divulgación de proyectos educativos y culturales. Incentivar, mediante acciones de reconocimiento y estímulo, los aportes de la persona mayor a las diferentes expresiones artísticas y culturales.</p>
<p>22 Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte</p>	<p>SD1: La persona mayor tiene derecho a la recreación, la actividad física, el esparcimiento y el deporte.</p>	<p>C1: Promover el desarrollo de servicios y programas de recreación, incluido el turismo, así como actividades de esparcimiento y deportivas que tengan en cuenta los intereses y las necesidades de la persona mayor, en particular de aquella que recibe servicios de cuidado a largo plazo, con el objeto de mejorar su salud y calidad de vida en todas sus dimensiones y promover su autorrealización, independencia, autonomía e inclusión en la comunidad.</p> <p>C2: La persona mayor podrá participar en el establecimiento, gestión y evaluación de dichos servicios, programas o actividades.</p>
<p>23 Derecho a la propiedad</p>	<p>SD1: Toda persona mayor tiene derecho al uso y goce de sus bienes y a no ser privada de estos por motivos de edad. La ley puede subordinar tal uso y goce al interés social.</p>	<p>C: 1 Ninguna persona mayor puede ser privada de sus bienes, excepto mediante el pago de indemnización justa, por razones de utilidad pública o de interés social y en los casos y según las formas establecidas por la ley.</p> <p>C: 2 Adoptar todas las medidas necesarias para garantizarle a la persona mayor el ejercicio del derecho a la propiedad, incluida la libre disposición de sus bienes, y para prevenir el abuso y la enajenación ilegal de su propiedad.</p> <p>C:3 Adoptar medidas para eliminar toda práctica administrativa o financiera que discrimine a la persona mayor, principalmente a las mujeres mayores y a los grupos en situación de vulnerabilidad respecto del ejercicio de su derecho a la propiedad.</p>

*Continuación*

24	Derecho a la vivienda	<p>SD1: La persona mayor tiene derecho a una vivienda digna y adecuada.</p> <p>SD2: La persona mayor tiene derecho a vivir en entornos seguros, saludables, accesibles y adaptables a sus preferencias y necesidades.</p>	<p>C1: Garantizar el derecho de la persona mayor a una vivienda digna y adecuada</p> <p>C2: Adoptar las medidas pertinentes para promover el pleno goce de este derecho y facilitar que la persona mayor tenga acceso a servicios socio-sanitarios integrados y servicios de cuidados domiciliarios que le permitan residir en su propio domicilio conforme a su voluntad.</p> <p>C3: Adoptar políticas de promoción del derecho a la vivienda y el acceso a la tierra reconociendo las necesidades de la persona mayor y la prioridad en la asignación a aquella que se encuentre en situación de vulnerabilidad.</p> <p>C4: Fomentar progresivamente el acceso al crédito de vivienda u otras formas de financiamiento sin discriminación, promoviendo, entre otros, la colaboración con el sector privado, la sociedad civil y otros actores sociales.</p> <p>C5: Diseñar políticas que tengan en cuenta la necesidad de construir o adaptar progresivamente soluciones habitacionales con el fin de que estas sean arquitectónicamente adecuadas y accesibles a los adultos mayores con discapacidad y con impedimentos relacionados con su movilidad.</p> <p>C6: Diseñar políticas que tengan en cuenta las necesidades específicas de la persona mayor, particularmente aquellas que viven solas, a través de subsidios para el alquiler, apoyo a las renovaciones de la vivienda y otras medidas pertinentes.</p> <p>C7: Promover el establecimiento de procedimientos expeditos de reclamación y justicia en caso de desalojos de personas mayores y adoptarán las medidas necesarias para protegerlas contra los desalojos forzosos ilegales.</p> <p>C8: Promover programas para la prevención de accidentes en el entorno y el hogar de la persona mayor.</p>
25	Derecho a un medio ambiente sano	<p>La persona mayor tiene derecho a vivir en un medio ambiente sano.</p> <p>La persona mayor tiene derecho a contar con servicios públicos básicos</p>	<p>C1: Fomentar el desarrollo pleno de la persona mayor en armonía con la naturaleza.</p> <p>C1: Garantizar el acceso de la persona mayor en condiciones de igualdad a servicios públicos básicos de agua potable y saneamiento, entre otros.</p>
26	Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal	<p>SD: 1 La persona mayor tiene derecho a la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural.</p>	<p>C1: Garantizar la accesibilidad y la movilidad personal de la persona mayor para que pueda vivir en forma independiente y participe plenamente en todos los aspectos de la vida</p>

---

*Continuación*

---

SD2: La persona mayor tiene derecho a su movilidad personal.

C2: Garantizar la accesibilidad y la movilidad personal de la persona mayor así como la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso en: edificios, vías públicas, transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como centros educativos, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo.

C3: Garantizar la accesibilidad y la movilidad personal de la persona mayor así como la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso en: los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.

C4: Adoptar medidas pertinentes para desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público o de uso público.

C5: Adoptar medidas pertinentes para asegurar que las entidades públicas y privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para la persona mayor.

C6: Adoptar medidas pertinentes para ofrecer formación a todas las personas involucradas en los problemas de accesibilidad que enfrenta la persona mayor.

C7: Adoptar medidas pertinentes para promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a la persona mayor para asegurar su acceso a la información.

C8: Adoptar medidas pertinentes para promover el acceso de la persona mayor a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida Internet y que estas sean accesibles al menor costo posible.

C9: Adoptar medidas pertinentes para propiciar el acceso a tarifas preferenciales o gratuitas de los servicios de transporte público o de uso público a la persona mayor.

C10: Adoptar medidas pertinentes para promover iniciativas en los servicios de transporte público o de uso público para que haya asientos reservados para la persona mayor, los cuales deberán ser identificados con la señalización correspondiente.

C11: Dotar a los edificios y otras instalaciones abiertas al público de señalización en formatos de fácil lectura, comprensión y adecuados para la persona mayor.

---

*Continuación*

---

<b>27</b> Derechos políticos	La persona mayor tiene derecho a la participación en la vida política y pública en igualdad de condiciones con los demás y a no ser discriminados por motivo de edad.	C1: Garantizar que los procedimientos, instalaciones y materiales electorales sean adecuados accesibles y fáciles de entender y utilizar.
	La persona mayor tiene derecho a votar libremente y ser elegido, debiendo el Estado facilitar las condiciones y los medios para ejercer esos derechos.	C1: Proteger el derecho de la persona mayor a emitir su voto en secreto en elecciones y referendos públicos, sin intimidación.
		C1: Garantizar la libre expresión de la voluntad de la persona mayor como elector y a este fin, cuando sea necesario y con su consentimiento, permitir que una persona de su elección le preste asistencia para votar. C2: Crear y fortalecer mecanismos de participación ciudadana con el objeto de incorporar en los procesos de toma de decisión en todos los niveles de Gobierno las opiniones, aportes y demandas de la persona mayor y de sus agrupaciones y asociaciones.
<b>28</b> Derecho de reunión y de asociación	La persona mayor tiene derecho a reunirse pacíficamente y a formar libremente sus propias agrupaciones o asociaciones, de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos	C1: Facilitar la creación y el reconocimiento legal de dichas agrupaciones o asociaciones, respetando su libertad de iniciativa y prestándoles apoyo para su formación y desempeño de acuerdo con la capacidad de los Estados Parte.
		C1: Fortalecer las asociaciones de personas mayores y el desarrollo de liderazgos positivos que faciliten el logro de sus objetivos y la difusión de los derechos enunciados en la presente Convención.
<b>29</b> Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias		C1: Adoptar medidas específicas que sean necesarias para garantizar la integridad y los derechos de la persona mayor en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres, de conformidad con las normas de derecho internacional, en particular del derecho internacional de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario C2: Adoptar medidas de atención específicas a las necesidades de la persona mayor en la preparación, prevención, reconstrucción y recuperación en situaciones de emergencias, desastres o conflictos.

---

---

*Continuación*

---

**30** Igual reconocimiento como persona ante la ley

C3: Propiciarán que la persona mayor interesada participe en los protocolos de protección civil en caso de desastres naturales.

C1: Reafirmar que la persona mayor tiene derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica.

C2: Reconocerán que la persona mayor tiene capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.

C3: Adoptar medidas pertinentes para proporcionar acceso a la persona mayor al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica

C4: Asegurar que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona mayor, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona mayor, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de la persona mayor.

C5: Garantizar el derecho de la persona mayor, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietaria y heredar bienes.

C6: Garantizar el derecho de la persona mayor, en igualdad de condiciones con las demás, a controlar sus propios asuntos económicos.

C7: Garantizar el derecho de la persona mayor, en igualdad de condiciones con las demás, a tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero.

C8: Velar por que la persona mayor no sea privada de sus bienes de manera arbitraria

**31** Acceso a la justicia

La persona mayor tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial, establecido con anterioridad por la ley,

C1: Asegurar que la persona mayor tenga acceso efectivo a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante la adopción de ajustes de procedimiento en todos los procesos judiciales y administrativos en cualquiera de sus etapas.

---

*Continuación*

---

en la sustanciación de cualquier acusación penal formulada contra ella, o para la determinación de sus derechos y obligaciones de orden civil, laboral, fiscal o de cualquier otro carácter.

C1: Garantizar la debida diligencia y el tratamiento preferencial a la persona mayor para la tramitación, resolución y ejecución de las decisiones en procesos administrativos y judiciales.

C2: Actuación judicial expedita particularmente en casos en que se encuentre en riesgo la salud o la vida de la persona mayor.

C3: Promover políticas públicas y programas dirigidos a desarrollar mecanismos alternativos de solución de controversias.

C4: Promover capacitación del personal relacionado con la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario, sobre la protección de los derechos de la persona mayor.

---

Fuente: Elaboración propia con base en la convención

---

SD#: Sub derecho

C#: Componente

PAM: Persona(a) adulta(s) Mayor(es)

En el desarrollo de los encuentros de discusión así como en el análisis de las narrativas, se interrelacionan y se pone en tensión continuamente las situaciones descritas con los componentes de los derechos contemplados en la convención.

Por tanto, cada dimensión define propiedades identificadas en los casos analizados, que hacen al derecho con el que se vinculan, de la misma manera los códigos interpretativos (compuestos por varios códigos explicativos) hacen a cada categoría, aportando matices, mediante explicaciones *in vivo* de cómo se favorece o irrumpe el componente del derecho con el que se relacionan.

Como se mencionó anteriormente, a lo largo del desarrollo de la investigación se realizaron 13 encuentros con las profesionales del ESS para la discusión de 13 Casos, de estos encuentros se obtuvieron 270 códigos explicativos (CE) y 118 Códigos interpretativos (CI) y 30 Dimensiones (Ver apéndice C).

Durante la investigación se usó el diario de campo como herramientas de apoyo, importante para el análisis de la información, en tanto que ayuda a distanciarse analíticamente de los materiales y obligan al investigador a pasar del trabajo con datos a la conceptualización. En el diario se consignaron preconceptos, reflexiones y supuestos que surgen durante el proceso y que facilitan el análisis, la interpretación y el establecimiento de las relaciones entre los datos.

Como resultado, se genera un marco analítico que permite comprender las situaciones y condiciones de vulnerabilidad de los casos de las PAM analizadas. Esquema preliminar de dimensiones asociadas a los componentes: individual, social y programático, sustrato principal que orienta la definición de indicadores y la generación de la matriz de datos para el cálculo de los mismos.

#### **4.4.3. Análisis cuantitativo**

Para el procesamiento de los datos cuantitativos, primeramente se realizó la construcción de la base de datos, descrita en el apartado anterior.

Posteriormente, se realiza una caracterización sociodemográfica de la población, mediante estadística descriptiva para obtener frecuencias absolutas y porcentajes en el caso de las variables nominales u ordinales, y: medidas de tendencia central, como media, moda, mediana, cuartiles y percentiles; así como medidas de dispersión, es decir, rango y desviación estándar, para las variables numéricas.

Finalmente, se calculan los indicadores seleccionados, teniendo en cuenta aquellas disgregaciones que sean de valor para ejemplificar mejor la variabilidad del indicador. El programa seleccionado para la realización de las estadísticas descriptivas previstas y los gráficos se usó el programa Stata versión 13.0.

#### 4.5 Aspectos éticos

El proyecto cumplió con las guías éticas internacionales vigentes para la realización de estudios con seres humanos, redactadas en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial en 1964, última actualización 2008).

Se ajustó a la normativa legal vigente de Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25326 (Ley de Habeas Data) para proteger la identidad y los datos personales, garantizando el absoluto anonimato y confidencialidad de toda la información que se produzca a raíz de esta investigación.

Se garantizó que la participación en este protocolo fuera voluntaria y libre de influencia indebida, incentivo indebido o coerción, y contempla la posibilidades que los participantes abandonen el estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificarse y sin exponerse a críticas, así como tampoco sea vea afectada su relación con el hospital, ni con los miembros del grupo de investigación y discusión.

Para el uso de los datos de los pacientes internados en el Hospital Italiano se solicitó consentimiento informado a los mismos.

Para la investigación participativa se invitó a los integrantes del PSS y se solicitó consentimiento informado.

## 5. RESULTADOS

En este capítulo se aborda la descripción de las evidencias empíricas recopiladas durante el desarrollo de la investigación, teniendo como referencia los interrogantes, los objetivos y el marco teórico que orientaron y sustentaron tanto la pesquisa como el análisis.

El desarrollo de esta sección se lleva a cabo en tres apartados: el primero destinado a la descripción cuantitativa realizada con base en la información relevada sistemáticamente por el ESS, y las siguientes bases de datos provenientes de los siguientes módulos del sistema de información hospitalaria: sistema de turnos, Historia clínica Electrónica y el padrón de afiliados al Plan de salud.

En el segundo apartado se describen las dimensiones y aspectos relevantes identificados mediante el abordaje cualitativo, piedra angular para el análisis de vulnerabilidad, porque permitió visibilizar situaciones que predisponen a la vulneración de derechos contemplados en la Convención en relación a la población en seguimiento por el PSS. La identificación de dimensiones se realizó mediante el análisis de contenido de los relatos del ESS, poniendo en diálogo las narrativas expresadas por las profesionales del equipo con la Convención.

Finalmente en un tercer apartado se describen, mediante indicadores conceptualizados a partir de la información recabada en las dos instancias previas, los derechos vulnerados detectados, identificando el componente en el cual se encuentra la disrupción así como las principales situaciones con las que se asocia.

### *5.1 Análisis descriptivo cuantitativo de la situación de las Personas Adultas Mayores a partir de los datos obtenidos por el ESS en la evaluación inicial. .*

El universo de pacientes que ingresaron al seguimiento por el PSS en el periodo comprendido entre el 01/2016 hasta el 07/2017 corresponde a 922 entre hombres y mujeres. A partir de esta población se realiza el análisis descriptivo de las diferentes variables que se generan durante el relevamiento realizado por el ESS en el domicilio de la PAM.

Es preciso aclarar, que a lo largo de la descripción realizada en las tablas, el denominador usado para calcular algunos datos puede variar, debido a que hay casos en los que no se ha reportado el dato. Para facilitar la lectura de las tablas, esta anotación se detalla en los casos pertinentes.

### 5.1.1. Caracterización sociodemográfica

Como se puede observar en la tabla 1, el grupo etario con mayor densidad corresponde a las PAM que tienen entre 85 y 95 años, equivalente al 58.1%. A su vez, del total de la población analizada, el 72% son mujeres y el 13.5% refiere necesidades económicas. En cuanto al nivel de instrucción el 47,3% alcanzaron como nivel máximo de formación el secundario incompleto, en tanto que el 16,4% alcanzó nivel universitario.

Asimismo la población institucionalizada asciende al 25,6% del total de la población en seguimiento por el ESS, donde el 77% del total son mujeres.

Tabla 1. Distribución porcentual de sexo, grupo etario, fallecidos, antigüedad en el plan de salud y nivel de instrucción de las PAM residentes en CABA, en seguimiento por el ESS 01/2016 - 06/2017,

	Frecuencia (n/N)		Porcentaje (%)	Fuente de datos
	n	N		
<b>Sexo</b>				
Femenino	672	922	72,0	BA
<b>Grupo etario</b>				
Entre 65-74 años	50	922	5,5	BA
Entre 75 y < 85 años.	296	922	32,1	BA
Entre 85 y < 95 años.	536	922	58,1	BA
> O igual a 95 años.	40	922	4,3	BA
<b>Fallecido/a a julio 2017</b>	198	922	21,5	BA
<b>Nivel de instrucción</b>				FS
Primario incompleto	29	330	8,8	FS
Hasta secundario incompleto	127	330	38,5	FS
Hasta terciario incompleto	63	330	19,0	FS
Hasta universitario incompleto	57	330	17,3	FS
Universitario completo	54	330	16,4	FS
<b>PAM con necesidades económicas</b>	56	415	13,5	FS
<b>PAM Institucionalizadas</b>	140	547	25,6	FS
Femenino <sup>b</sup>	109	140	77,8	FS

---

*Continuación*

---

Masculino <sup>b</sup>	31	140	22,1	FS
------------------------	----	-----	------	----

---

Fuente: Elaboración propia

PAM = Persona Adulta Mayor

ESS = Equipo Socio-sanitario

CABA = Ciudad Autónoma de Buenos Aires

<sup>b</sup> Este dato es un subconjunto de la categoría previa, el denominador es más bajo porque hay casos en los que no se ha reportado el dato.

Fuente de datos: BA=Base Administrativa. FS= Ficha Socio-sanitaria

Tabla 2. Distribución porcentual de edad y antigüedad en el plan de salud

	Media	SD	Min-Max	Fuente de datos
Edad Media	85,6	6.2	65-107	BA
Antigüedad en el plan de salud	14,5	6.9	0.04-37.8	BA

---

Fuente: Elaboración propia

---

### 5.1.2. Caracterización socio-sanitaria

La caracterización socio-sanitaria, se hace a partir de la información que releva el ESS sobre la situación socio-sanitaria de la PAM al momento de comenzar su abordaje y seguimiento. Esta descripción se hace en función de las siguientes categorías: funcionalidad, calidad de vida, caídas, hábitat, conciliación de la medicación y otros problemas asociados. La información respecto a la distribución porcentual de las variables analizadas se encuentra condensada en la tabla 3 y respecto de las medianas y rango intercuartil en la tabla 4.

✓ *Funcionalidad.* Como se puede observar en la tabla 3, de las 922 PAM que ingresaron al seguimiento por el PSS en el periodo comprendido entre el 01/2016 hasta el 07/2017, 541 tenían al menos 1 variable con datos registrados en la ficha socio-sanitaria, que pudieron ser recuperados mediante el proceso de depuración de datos descrito en el capítulo 4.

Teniendo en cuenta lo anterior y a partir de los datos analizados, se puede observar que el 40,4% de las PAM tiene las actividades de la vida diaria (AVD) entre 0 y 1 (de un máximo de 8<sup>4</sup>), y el 63,9% de los PAM con registro, presentan actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) de 0 y 1 (de un máximo de 7).

---

<sup>4</sup> El ESS realiza la evaluación del AVD y el AVDI según la estandarización que se llevó a cabo en el HIBA, a

Cabe aclarar que las AVD, según el formato al que adhieren los/as profesionales del ESS, evalúan en la PAM la posibilidad de realizar las siguientes tareas: bañarse, vestirse, llevar a cabo su cuidado personal, control de esfínteres, higienizarse correctamente después de ir al baño, realizar cambios de posición silla cama y viceversa, caminar y alimentarse; de modo tal que si la persona realiza la actividad de manera independiente se le puntúa con 1, sino será (0).

A su vez, mediante la evaluación de las AIVD se busca evaluar la independencia que tiene la PAM para realizar las siguientes actividades: usar el teléfono, el transporte, ir de compras, prepararse los alimentos, realizar el cuidado de la casa, tomar la medicación correctamente y manejar su dinero. La puntuación mantiene la misma lógica que para las AVD, si la PAM realiza la actividad de forma independiente se le puntúa con 1, de lo contrario será (0).

A partir de esta información y teniendo en cuenta con las AVD se evalúa la capacidad de autocuidado de la PAM y mediante las AIVD se puede estimar la relación que tienen con la comunidad, así como su capacidad para ser autónoma (Shapira & Jauregui, 2003), se puede inferir que cerca del 41% de la población en seguimiento por el ESS son dependientes de terceros para poder llevar a cabo actividades básicas (peinarse o afeitarse sola) así como actividades que requieren integridad cognitiva (ir de compras, manejar dinero, tomar la medicación de forma correcta, etc.). Se trata de personas que no están socialmente integradas, es decir que viven en situación de aislamiento.

Este perfil hace pensar que se trata de una población que requiere de un soporte importante de recursos para poder favorecer su cuidado, independencia, participación y dignidad. Además, advierte sobre las dificultades que, ante episodios de internación, pueden tener en su recuperación, debido a su situación de soledad y aislamiento.

A continuación, se describe en detalle algunas variables asociadas a la posibilidad que tiene la PAM de desarrollar las AVD.

- Deambulación. Al respecto de esta variable, se aclara que aunque el denominador es el mismo que para las AVD y AIVD, la definición conceptual de “camina” se refiere a cualquier tipo de funcionalidad, es decir que este "camina" no implica que el PAM tenga independencia en su deambulación. Teniendo en claro lo anterior, se encontró que el 71,1%

de las PAM caminan, de las cuales el 47,9% requieren de algún tipo de soporte (andador, bastón o trípode). Además, el 30,3% está postrado o con riesgo de escaras y el 48% utilizan pañal.

Por otra parte, son pocas las PAM con soportes permanentes, tan solo el 1,1% tiene sonda nasogástrica, el 9% sonda vesical y el 0,9% presente ostomías.

✓ *Calidad de vida.* Para la evaluación de la calidad de vida, el ESS recurre a una escala que se adjunta en el anexo D, a través de la cual se explora la percepción que tiene la PAM respecto de las siguientes áreas: movilidad, participación en la realización de actividades cotidianas, dolor, cuidado personal, ansiedad y depresión.

Al respecto de la percepción de la PAM en relación a la movilidad, se encontró que de 323 PAM, el 62,5% manifestaron tener problemas para caminar y el 13,6% refieren tener que permanecer en la cama. En esta misma línea, el 51,4% reconocen tener algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas.

En relación a manifestaciones asociadas a ansiedad y/o depresión, se encontró que de 150 PAM, el 38% refiere falta de motivación para realizar actividades cotidianas y de 345 PAM el 49% manifiesta tener angustia y/o depresión.

Frente al dolor, de 364 PAM el 42,3% refiere tener dolor. Cabe aclarar que el ESS interroga el dolor en función de una escala de 1-10 donde 1 es poco y 10 es intensidad máxima del mismo (ver anexo C), al respecto como se observa en la tabla 4, se encontró una media de 6 con un rango intercuartil de 4, es decir, que todas las PAM refieren tener algún tipo de dolor.

Respecto al cuidado personal, el 18,6% de 527 PAM refieren tener cuidado disfuncional relacionado con: asistencia inadecuada asociada a falencias en el acompañamiento para el cuidado, cuidador principal con sobrecarga o frágil y/o cuidado insuficiente relacionado con la falta de disponibilidad de recursos para garantizar un cuidado de calidad. Esta conceptualización es realizada por el ESS a partir de las observaciones y la entrevista realizada en domicilio; la misma se registra a modo de observaciones en la evolución de la HCE.

Este dato, hace suponer que del 41% de PAM en potencial en situación de aislamiento y dependencia de terceros para poder llevar a cabo actividades básicas e instrumentales cotidianas; aproximadamente el 19% percibe tener un cuidado disfuncional. Es decir que no cuentan con la protección familiar y comunitaria necesaria para su cuidado, no están accediendo a servicios de atención de salud que le ayuden a recuperar su bienestar, ni a

servicios sociales y jurídicos que le aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado, por tanto su seguridad está en riesgo y su dignidad afectada.

Supuestos que se corresponden con la percepción que tiene la PAM respecto de su estado de salud, evaluada a través de la escala de mejor estado de salud imaginable (ver anexo D), en la cual 0 se asocia a peor estado de salud imaginable y 100 al mejor estado de salud imaginables. Del análisis de esos datos, como se puede observar en la tabla 4, se obtiene una mediana de 60 y un rango intercuartil de 30. Datos que nos permite inferir que las PAM no sienten tener un buen estado de salud, percepción que puede ser consecuencia de la afectación de su autonomía, independencia, satisfacción con la vida y/o aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros. No obstante, para comprender el significado que para las PAM tiene este concepto, haría falta un estudio específico que abordará en profundidad, el carácter multidimensional y complejo del mismo.

✓ *Caídas.* El 53,7% de 514 PAM presentan riesgo de caídas y de 276 PAM con registro de caídas, el 11,2% han sufrido dos o más caídas. Llama la atención que de 243 PAM el 77% reside en lugares donde el riesgo de caídas es modificable.

✓ *Hábitat.* Para la revisión del lugar de residencia de la PAM, el ESS se orienta en un instrumento que se adjunta en el anexo F. El mismo tiene como fin identificar los riesgos de caída existente en el domicilio de las PAM. De 263 PAM con registro el 63% viven en un hábitat inadecuado.

✓ *Conciliación de la medicación.* El ESS constató en domicilio que de 539 PAM, el 19.1% no recibía la medicación de forma adecuada. Se pudo determinar en algunos casos, que esta problemática se debe a la dificultad por parte de los cuidadores o de la PAM en la comprensión de la forma adecuada de administrar el medicamento (57,7% n=85), falta de disponibilidad del medicamento al momento de la toma (13,9% n=72) y/o a la dificultad en la adherencia al tratamiento farmacológico (31% n=74). Nótese, que esta problemática relavada en relación a la conciliación de la medicación está contemplada como uno de los impactos directos cuando la PAM no cuenta con un cuidado funcional, en el apartado de la percepción de calidad de vida, cerca del 19% de las PAM perciben tener cuidado disfuncional.

✓ *Escaras:* El ESS constató en domicilio que de 149 PAM el 31,5% presentaban escaras y el 14,7% no realizaba ninguna medida de prevención de las mismas.

✓ *Descanso:* A su vez, de 154 PAM, el 12,4% sufre problemas de insomnio que afecta su calidad de vida. De 160 PAM, el 47,5% no tienen una hidratación adecuada.

Tabla 3. Distribución porcentual de las áreas de relevamiento recabadas por el ESS en la  
 primera valoración realizada a las PAM residentes en CABA adscritas al PS, entre el 01/2016  
 - 06/2017

	Frecuencia (n/N)		Porcentaje (%)	Fuente de datos
	n	N		
<b>Examen Físico</b>				
PAM con AVD 0-8.	114	533	21,4	FS
PAM con AVD 1-8.	101	533	19,0	FS
PAM con AVD 2-8	45	533	8,4	FS
PAM con AVD 3-8	28	533	5,2	FS
PAM con AVD 4-8	23	533	4,3	FS
PAM con AVD 5-8	22	533	4,1	FS
PAM con AVD 6-8	36	533	6,8	FS
PAM con AVD 7-8	47	533	8,8	FS
PAM con AVD 8-8	117	533	22,0	FS
PAM con AIVD 0-7	277	534	51,9	FS
PAM con AIVD 1-7	64	534	12,0	FS
PAM con AIVD 2-7	61	534	11,4	FS
PAM con AIVD 3-7	42	534	7,9	FS
PAM con AIVD 4-7	22	534	4,1	FS
PAM con AIVD 5-7	20	534	3,8	FS
PAM con AIVD 6-7	17	534	3,1	FS
PAM con AIVD 7-7	31	534	5,81	FS
PAM Camina	384	540	71,1	FS
Sólo <sup>b</sup>	233	384	60,0	FS
Acompañado <sup>b</sup>	151	384	40,0	FS
NC: No camina	156	384	28,9	FS
PAM con complemento para la movilidad entre los que caminan solos o acompañados <sup>b</sup>	184	384	47,9	FS
Andador <sup>b</sup>	120	384	32,8	FS
Bastón <sup>b</sup>	52	384	14,2	FS
Trípode <sup>b</sup>	12	384	3,3	FS
Silla de ruedas	153	543	28,7	FS
Utilización de pañal	264	540	48,9	FS
Postrado o con riesgo de escaras	164	541	30,3	FS
Conocimiento sobre prevención de escaras <sup>b</sup>	132	158	83,5	FS
Presencia de sonda vesical	49	539	9,0	FS
Presencia de ostomías	5	539	0,9	FS
Presencia de sonda nasogástrica	6	539	1,1	FS
<b>Calidad de vida</b>				
<i>Movilidad</i>				
No tengo problemas para caminar.	77	323	23,8	FS
Tengo algunos problemas para caminar	202	323	62,5	FS

<i>Continuación</i>				
Tengo que estar en la cama	44	323	13,6	FS
La PAM es capaz de realizar sus actividades cotidianas	157	323	48,6	FS
La PAM tiene algunos problemas para realizar actividades cotidianas	166	323	51,4	FS
Olvidos frecuentes	61	147	41,5	FS
Falta de motivación para realizar actividades	57	150	38,0	FS
<i>AD: Angustia / Depresión</i>	170	345	49,0	FS
<i>PAM con cuidado disfuncional</i>	98	527	18,6	FS
<b>PAM con riesgo de caídas</b>	276	514	53,7	FS
Sin caídas	158	276	57,3	FS
PAM con una (1) caídas <sup>b</sup>	87	276	31,5	FS
PAM con una (2) caídas <sup>b</sup>	18	276	6,5	FS
PAM con 3 o más caídas <sup>b</sup>	13	276	4,7	FS
PAM con riesgo de caídas modificables <sup>b</sup>	187	243	77,0	FS
PAM con miedo a caerse <sup>b</sup>	91	243	37,5	FS
PAM con dificultad para levantarse <sup>b</sup>	186	247	75,3	FS
<b>PAM con hábitat inadecuado</b>	166	263	63,1	FS
<b>Medicación</b>				
AI: Administración Inadecuada	103	539	19,1	FS
DC: Dificultad en la comprensión de la	49	85	57,7	FS
DA: Dificultad en la adherencia <sup>b</sup>	23	74	31,0	FS
DD: Dificultad en la disponibilidad al momento	10	72	13,9	FS
<b>Otros Problemas</b>				
Escaras	47	149	31,5	FS
Falta de prevención de escaras en paciente <sup>b</sup> s	22	149	14,7	FS
Insomnio que afecta la calidad de vida <sup>b</sup>	18	145	12,4	FS
Hidratación inadecuada <sup>b</sup>	76	160	47,5	FS
Sin controles médicos periódicos <sup>b</sup>	9	140	6,4%	FS
Falta de actividad física acorde a necesidades de la PAM <sup>b</sup>	50	152	32,9%	FS

Fuente: Elaboración propia

<sup>a</sup> El valor de esta variable corresponde al informado dentro del periodo en el cual se realizó la investigación (sept/2017)

<sup>b</sup> Este dato es un subconjunto de la categoría previa, el denominador es más bajo porque hay casos en los que no se ha reportado el dato.

CABA = Ciudad Autónoma de Buenos Aires

ESS = Equipo Socio-sanitario

PAM = Persona Adulta Mayor

PS=Plan de Salud del Hospital Italiano

PAM= Persona Adulta Mayor

Tabla 4. Mediana, Rango intercuartil de las categorías: actividades básicas de la vida diaria, mejor estado de salud imaginable y dolor o malestar las áreas de relevamiento recabadas

	<b>Mediana</b>	<b>RIQ</b>	<b>Min-Max</b>	<b>Fuente de datos</b>
PAM AVD 0-8	3	6	0-8	FS
<i>Mejor estado de salud imaginable (0 - 100)</i>	50	50	0-100	FS
<b>Dolor o Malestar</b>				
Intensidad del dolor de 1 - 10 <sup>b</sup>	6	4	3-10	FS
Fuente: Elaboración propia				

<sup>b</sup> Este dato es un subconjunto de la categoría previa, el denominador es más bajo porque hay casos en los que no se ha reportado el dato.

RIQ= Rango intercuartil

### 5.1.3. Distribución porcentual de la situación nutricional

En la tabla 5, se muestran los resultados relacionados con la evaluación de la situación nutricional de la PAM antes de ingresar al PSS. Con respecto a esta categoría llama la atención que de las 922 PAM incluidas en el estudio, el 23,8% no tienen registro en la HCE de peso y talla y solo el 55,6% tienen al menos 1 registro en los 6 meses previos al ingreso al PSS.

De igual manera, respecto de la clasificación del estado nutricional de las PAM, el 44,5% no tiene registro de clasificación y de los que sí la tienen (512), el 3% se encuentra en bajo peso o desnutrido y el 55% esta con sobrepeso u obesidad, tan solo el 42% se encuentra en rango según el índice de masa corporal. La falta de registro en la HCE se puede interpretar como desinterés en esa área por parte de los profesionales en la evaluación y seguimiento nutricional del anciano. Finalmente, de 543 PAM, solo el 19,9% parece tener una alimentación adecuada.

Tabla 5. Distribución porcentual de la situación nutricional de las PAM residentes en CABA adscritas al PS al momento y hasta un año antes de comenzar el seguimiento por el ESS 01/2016 - 06/2017

	Frecuencia		Porcentaje (%)	Fuente de datos
	n	N		
<b>Registro de Peso y Talla en la Historia clínica</b>				
Sin registro	219	922	23,8	HCE
Dentro de los 6 meses de ingresar al programa	513	922	55,6	HCE
Dentro del año de ingresar al programa	144	922	15,6	HCE
Más de 1 año de ingresar al programa	46	922	5,0	HCE
<b>Estado nutricional, según el registro más reciente de la HCE al momento del ingreso del PAM al programa SS</b>				
Sin registro	410	922	44,5	HCE
Con registro	512	922	56	HCE
Desnutrición <sup>b</sup>	12	512	2	HCE
Bajo peso <sup>b</sup>	5	512	1	HCE
Índice de masa corporal en rango <sup>b</sup>	213	512	42	HCE
Sobrepeso <sup>b</sup>	181	512	35	HCE
Obesidad <sup>b</sup>	101	512	20	HCE
<b>Situación alimentaria según registro del programa SS, al ingreso del PAM al programa</b>				
Alimentación Inadecuada	108	543	19,9	FS
CDP: Consume a diario alimentos fuentes de proteínas	53	89	59,6	FS

Fuente: Elaboración propia

<sup>a</sup> El valor de esta variable corresponde al informado dentro del periodo en el cual se realizó la investigación (sept/2017)

<sup>b</sup> Este dato es un subconjunto de la categoría previa, el denominador es más bajo porque hay casos en los que no se ha reportado el dato.

CABA = Ciudad Autónoma de Buenos Aires

PAM = Persona Adulta Mayor

PS= Plan de Salud del Hospital Italiano

#### 5.1.4. Atención por otros servicios hospitalarios

Con respecto a la atención y seguimiento de la salud de las PAM por otras especialidades y programas distintos al PSS, un año antes de ingresar al seguimiento por el ESS, se rastrearon datos que se estimaron de interés para comprender la situación de vulnerabilidad de las PAM.

Al respecto, en la tabla 6 se puede observar la distribución porcentual del análisis de las variables relacionadas con la atención hospitalaria. Como se puede observar, se encontró que de las 922 PAM adscritas al PSS el 23,3% habían sido atendidos por el servicio social del

HIBA, dato que nos da una noción de la cantidad de personas mayores que tienen necesidades económicas y no tienen red de apoyo funcional, criterios por los cuales son atendidos por este servicio.

Siguiendo la misma lógica, se detectó que el 50% de las PAM tenían una interconsulta con el servicio de kinesiología, este dato refleja las dificultades que tiene esta en relación a su sistema osteomuscular. Asimismo, del total de la población el 50% tiene interconsulta con el servicio de dolor y el 3,6% interconsulta con cuidados paliativos, el año previo al ingreso al programa. Finalmente, se encuentra que de las 922 PAM, el 30,2% tuvo por lo menos un ingreso a guardia por trauma.

Tabla 6. Distribución porcentual de variables construidas a partir de las áreas de relevamiento recabadas por el ESS a las PAM residentes en CABA adscritas al PS, con información hasta un año antes del ingreso al seguimiento por el equipo.

	Frecuencia (n/N)		Porcentaje (%)	Fuente de datos
	n	N		
PAM atendidos por Servicio Social o tienen pedida una interconsulta a Servicio Social dentro del año previo de ingreso al programa SS	307	922	33.3	HCE/ST
PAM con necesidades económicas	56	415	13.5	FC
PAM con necesidades económicas, que fueron atendidos o tienen pedida una interconsulta a Servicio Social en el año previo de ingreso al programa SS <sup>b</sup>	21	56	37.5	FC/ST/HCE
PAM con interconsultas por kinesiología previo de ingreso al programa SS	457	922	50	HCE/ST
PAM con dolor / Malestar	154	364	42.3	FC
PAM con dolor que tiene solicitud de interconsulta con servicio de dolor el año previo de ingreso al programa SS <sup>b</sup>	14	154	9.1	FC/HCE
PAM con interconsultas a cuidados paliativos el año previo de ingreso al programa SS <sup>b</sup>	33	922	3.6	HCE
PAM con ingreso a guardia por trauma previo de ingreso al programa SS <sup>b</sup>	278	922	30.2	HCE
PAM que consulta a salud mental o tiene solicitada una interconsulta con psicología/psiquiatría en el año previo del ingreso del PAM al programa SS	82	922	9.1	HCE/ST
PAM con Angustia/Depresión	170	354	48.0	FS
PAM con Angustia/Depresión que consulta a salud mental o tiene solicitada una interconsulta	19	170	11.2	FS/ST/HCE

---

*Continuación*

---

con psicología/psiquiatría en el año previo del ingreso del PAM al programa SS<sup>b</sup>

---

Fuente: Elaboración propia

---

<sup>b</sup> Este dato es un subconjunto de la categoría previa, el denominador es más bajo porque hay casos en los que no se ha reportado el dato.

SS=Socio-sanitario

BA= Base administrativa. FS: Ficha Socio-sanitaria. HC: historia clínica. ST: Sistema de turnos

CABA = Ciudad Autónoma de Buenos Aires

PAM = Persona Adulta Mayor

PS= Plan de Salud del Hospital Italiano

## *5.2. Dimensiones y aspectos relevantes identificados mediante el abordaje cualitativo*

Se recuerda que la fuente de la información insumo para el análisis cualitativo, se obtiene a partir de la discusión grupal que en la que se analizan 13 casos de PAM en situación de fragilidad y en seguimiento por el ESS. En el cuadro 7, se presenta un resumen de la caracterización de los casos analizados, que permitieron abarcar una diversidad de condiciones de vida, de apoyo social, de atención, e identificar dimensiones a incluir en el análisis de vulnerabilidad.

Cuadro 7. Caracterización de los casos analizados en los grupos de discusión

Sexo	Edad	Tipo de domicilio	Red	Estudios	Historia laboral	Jubilada/o	Actividad social	Estado civil
M	78	Dúplex	Cuidadora/Vecina	Universitario Completo	-	x	Nula	Viudo
M	85	Hogar	Cuidadora	-	Comerciante	x	Nula	En pareja
M	86	Casa	3 hijos/cuidadora/nieta	Secundario Incompleto	Chofer de camiones	x	Visitas a su hijo	Viudo
M	87	Casa	Cuidadora y esposa	-	Comerciante	x	Nula	En pareja
M	74	Casa	3 hijas	-	Carpintero	x	Nula	Viudo
F	85	Casa	Vecina, cuidadora e hija de la cuidadora	-	Ama de casa	x	Nula	Viuda
F	79	-	Hermano y 4 sobrinos	Universitario Completo - Arquitectura	Arquitecta (No ejerce) - Se dedica a la docencia de lo que se jubila	x	Nula	Soltera
F	72	Pensión	Dos hijos	Secundario Completo	Trabajo en un consultorio odontológico	x	Tejido	Viuda
F	94	Casa	Una hija	Terciario Completo	Ex docente	x	Nula	Divorciada
F	76	Casa	Hija y marido de la hija	Primario incompleto	-	x	Nula	-
F	75	Departamento	Hija	Primario	-	x	Regular	Soltera
F	73	Casa	Mujer encargada de labores domesticas	Primario incompleto	-	x	Regular	Soltera
F	68	Departamento	Hermano	Secundario Completo	Secretaria	x	Nula	Soltera

Fuente: Elaboración propia con base en la información obtenida en los grupos de discusión

Para llegar a la abstracción que requirió la conceptualización de dimensiones, fue necesario transitar el siguiente proceso de análisis cualitativo. Primero, poder trabajar en torno al derecho implicó como afirma Medellín *et al.*, (2011) en el documento *Fundamentos teóricos de los derechos humanos*, realizar la desagregación de los derechos, este proceso requiere:

...desempacar o desenvolver cada derecho, considerando los sub-derechos específicos que engloba y las obligaciones que conlleva. En este sentido, la metodología que aquí se propone es un marco analítico que dimensiona los derechos y sus obligaciones con la finalidad de que puedan ser operacionalizados, para, posteriormente, proceder al análisis que se tenga en mente realizar (Medellín *et al.*, 2011, p.29)

Siguiendo al autor, descomponer cada derecho en componentes que se relacionen con hechos facticos, permite luego identificarlos empíricamente. Como ejemplo se muestra, en el cuadro 6, la desagregación del derecho a la vida y a la dignidad en la vejez. Este derecho fue descompuesto en sus componentes más sencillos con el fin de posibilitar su análisis, obteniendo los siguientes 5 componentes que lo constituyen:

C1: Las instituciones públicas y privadas ofrecen a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos.

C2: Las instituciones públicas y privadas evitan el aislamiento de la persona mayor.

C3: Las instituciones públicas y privadas manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales.

C4: Las instituciones públicas y privadas manejan apropiadamente el dolor de la persona mayor.

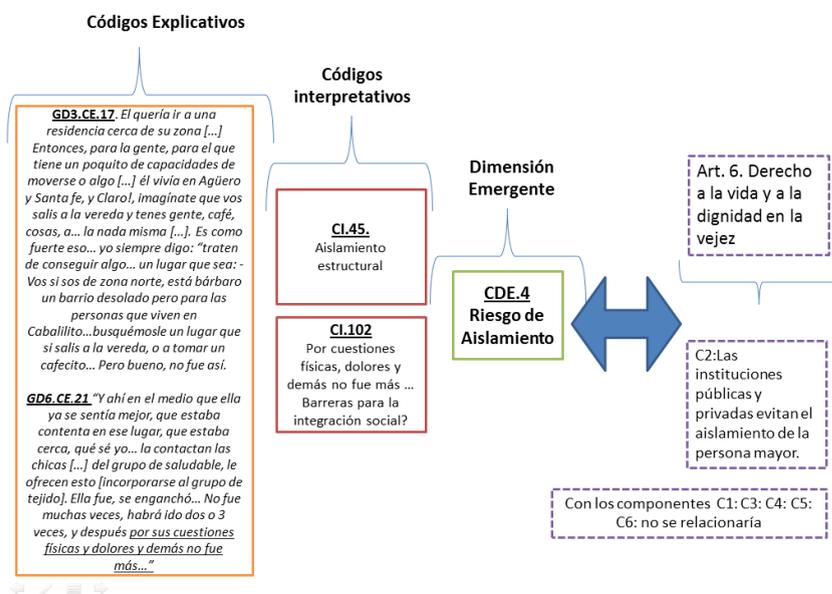
C5: Las instituciones públicas y privadas evitan el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado.

Esta desagregación en componentes, se convierte en un insumo fundamental porque permite poner en dialogo las narrativas expresadas por las profesionales del ESS con la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores.

Segundo, se analizaron las narrativas producto de los grupos de discusión, en busca de fragmentos textuales que estuvieran asociados a algún componente de los derechos. Cada vez que se encontraba un fragmento que estuviera en relación con un componente, era codificado en códigos explicativos (CE), y puesto en relación con el/los componente(s) identificados

como pertinentes según la significancia del CE y la lógica del análisis. En la figura 1, se ejemplifica este proceso de codificación y abstracción.

Figura 1. Proceso de análisis cualitativo de narrativas de casos, ordenamiento conceptual y relacional de la abstracción de dimensiones



Fuente: Elaboración propia con base en el apéndice c, el cuadro 6 y 8.

GD#CE#: Grupo de Discusión y # corresponde al encuentro de donde se extrajo el fragmento de texto y, CE = Código Explicativo que corresponde al fragmento que se asocia y #, hace relación al orden secuencial en el que se fue avanzado en la codificación.

CI#: Códigos interpretativos y # corresponde a la secuencia de numeración según emergencia

CDE#: Código Explicativo que corresponde al fragmento que se asocia y #, hace relación al orden secuencial en el que se fue avanzado en la codificación.

C#: Componente del derecho con el que se asocia el CDE y CI, Ver cuadro 6. # hace relación al orden secuencial en el que se fue avanzado en la codificación de los componentes.

Art: Artículo.

Tercero, cómo se observa en la figura 1, este proceso relacional da lugar a códigos interpretativos (CI). Un CI es el resultado inicial del proceso de abstracción, donde la persona que investiga asigna en palabras, la interpretación realizada a los CE relacionados previamente. Los CI son aquellos que presentan densidad conceptual. En algunos casos, se preserva textualmente fragmentos extraídos de las desgravaciones como CI, por la capacidad explicativa del mismo

Finalmente, los CI son puestos en relación entre sí siguiendo la misma lógica, con el propósito de constituir Códigos de Dimensiones Emergentes (CDE), que remiten a un derecho y que contienen situaciones diversas tanto disruptivas como favorecedoras del mismo, identificadas por las profesionales del ESS en la población a la cual siguen.

Para facilitar el proceso de construcción y ordenamiento conceptual descrito anteriormente, se avanzó en un proceso de codificación alfanumérica de la siguiente manera:

- Los códigos, expuestos en el apéndice C, se codificaron así: -

a. GD#CE#. Donde GD significa *Grupo de Discusión* y # corresponde al encuentro de donde se extrajo el fragmento de texto.

b. CE# donde CE significa *Código Explicativo* que corresponde al fragmento que se asocia y #, hace relación al orden secuencial en el que se fue avanzado en la codificación.

c. Finalmente, también se codificaron las Dimensiones Emergentes de la siguiente manera: CDE#, donde CDE significa *Código de la dimensión emergente* y el # se refiere al orden de aparición.

Como veremos, la numeración de los códigos tanto de las DE como de los CI, no es secuencial, porque en la medida en la que se avanzó en el análisis, se modificó o ajustó de acuerdo a la asociación que se va identificando entre DE y componentes de derechos.

Como resultado del análisis cualitativo se obtuvieron 21 dimensiones emergentes, 105 CI, ambos relacionados con componentes afines a 15 de los 26 derechos contemplados en el Capítulo 5, de la Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, de los cuales se lograron describir cuantitativamente 9 de los 26 derechos mediante una propuesta de indicadores.

A continuación, en el cuadro 8 se muestra la relación abstraída entre las CDE, CI con algunos componentes contemplados en 15 de los derechos incluidos en la convención, asociados a una propuesta de indicadores plausibles de ser calculados y sistematizados. Para mayor detalle se puede consultar el apéndice C.

Como se puede observar, a través de los grupos de discusión no se obtuvo información que se pueda relacionar con todos los componentes que hacen a cada uno de los derechos, solo se lograron establecer asociaciones con alguno de ellos, esto se debe a que desde la perspectiva del ESS no se puede abordar la totalidad de los derechos, para ello es necesario generar mesas intersectoriales de discusión.

Cuadro 8. Relación entre derechos contemplados en la Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, dimensiones emergentes, códigos interpretativos e indicadores cuantitativos propuestos.

Dimensión Emergente	CI.	Código interpretativo	Derecho y Componente (s)	Indicador	Valor (%)
CDE.2 Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.	CI.20	Dificultad en la implementación de estrategias para lograr adherencia a la medicación	Art 6. Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez CC: C1,C2,C3	Sin Riesgo de Aislamiento	68,3
	CI.32	Asistencia en el proceso de fin de vida. "Entonces, como que ya está no como para molestarlo tanto, una persona ya al final de vida, con cuidados paliativos, está como para dejarlo más tranquilo en algunas cuestiones..." <i>"las amigas desde lo funcional no están tan bien... Entonces, el contacto, cada vez, era menos frecuente con ella"</i>		Con manejo del dolor	9,1
CDE.3 Actividades recreativas de la PAM	CI.34	Perdida de funcionalidad sin acompañamiento de soportes barrera para la sociabilidad y el disfrute de actividades recreativas.			
CDE.4 Riesgo y/o Aislamiento	CI.45	Aislamiento estructural			
CDE.10 Depresión	CI.10	Moduladores de la dependencia y la depresión: el Aislamiento, la no participación social y falta de Movilidad			
CDE.13 Naturalización del Dolor en la vejez	CI.65	<i>"Ella tenía dolor en las piernas pero no era algo que ella refiriera"</i>			
CDE.1 Red de apoyo Familiar y/o Social	CI.2	Sin red funcional de cuidado. Familia disfuncional			
CDE.4 Riesgo de Aislamiento	CI.102	<i>"Por cuestiones físicas, dolores y demás no fue más ..."</i>			
		Condicionantes que favorecen el aislamiento			
CDE.21 Rol y Reflexiones del ESS	CI.120	Reflexiones del ESS sobre: Hablar de la Muerte			
	CI.83	Reflexión del ESS. Directivas anticipadas.			
CDE.22 Se habla de muerte: Directivas anticipadas	CI.103	Elaboración de la PAM ante un proceso largo de enfermedad			

*Continuación*

CDE.12 Soledad	CI.12	<i>"Estaba solo, con riesgo de caídas y muchas horas en cama"</i>			
	CI.13	<i>"Ella vivía sola en su departamento y había tenido algunos episodios de perderse en la calle"</i> Dificultad para garantizar cuidado funcional en la casa de la PAM con demencia			
	CI.19	<i>Si le pasa algo a la noche ella [...] Tiene a su vecina que está enfrente, ella está sola.</i>			
CDE.3 Actividades recreativas de la PAM	CI.35	<i>"las amigas desde lo funcional no están tan bien... Entonces, el contacto, cada vez, era menos frecuente con ella"</i> Pérdida de funcionalidad sin acompañamiento de soportes barrera para la sociabilidad y el disfrute de actividades recreativas.	Art 7. Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	PAM en seguimiento por servicio social	33,3
CDE.4 Riesgo y/o Aislamiento	CI.45	Aislamiento estructural <i>"Lo que manifiesta una persona sin deterioro cognitivo, lo que él decida de quienes que son sus referentes en situaciones determinadas...uno lo respeta"</i>	CC: C1,C2,C3,C4	PAM institucionalizadas con asistencia social	34
CDE.6 Autonomía de la PAM	CI.39				
	CI.40	Negativa y/o abandono de la medicación psiquiátrica		Asistencia social a la PAM con cuidado disfuncional	17,7
	CI.41	<i>"Él decía que quería ir a una residencia, que creía que era la mejor opción para él, dada su situación"</i>		Directivas anticipadas firmadas	0,33
	CI.44	<i>"En los pacientes que están lúcidos, que son auto válidos, respetamos la decisión si ellos quieren o no, que interceda la familia"</i>			
	CI.44	<i>[Ella hace] todo, desde la limpieza, el tema es que muchas de estas actividades, por este tema en su hombro, las hacía con dificultad. iba al supermercado a comprar de a poquitas cosas</i>			

<i>Continuación</i>			
	CI.44	<i>Las hijas le están insistiendo para que ella tenga una persona a la noche, [...] Pero ella es la que dice, no por el momento, por ahí, más adelante, lo voy a ir pensando. A ella le costó mucho [...] incorporar una persona para que la ayude en algunas cosas.</i>	Art 7. Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones CC: C1,C2,C3,C
	CI.49	Negativa a recibir orientación por parte del ESS	
	CI.5a	<i>"Lo que manifiesta una persona sin deterioro cognitivo,[...]lo que él decida [...]uno lo respeta"</i>	
	CI.5b	<i>Él básicamente tomó esta decisión [de mudarse] con el objetivo de facilitar los controles médicos,</i>	
	CI.5	<i>"lo que él decida [...]uno lo respeta"</i>	
	CI.52	Desafío: Lograr favorecer la autonomía y el cuidado de la PAM	
	CI.53	Toma de decisiones. Rechazo de medicina domiciliaria elige el traslado al hospital	
	CI.56	Situaciones que modulan la autonomía de la PAM Cómo se desea estar y cómo conviene estar.	
	CI.58	Negociación para la adaptación cotidiana de las necesidades de cuidado de la PAM	
	CI.59	<i>Recuperar su Autonomía: El proyecto de él, era bajar, e incorporarse, [...] él se sentaba ahí en la oficina, y toda la gente que iba al lugar siempre lo saludaba</i>	
CDE.11 Fragilidad instrumental de la PAM en el manejo de su economía	CI.61	Administración informal de su economía	
CDE.8 Persona Cuidadora	CI.49	Rol de asistencia en actividades instrumentales: facilita la accesibilidad económica	
CDE.17 Red de apoyo Familiar y/o Social	CI.106	Familia disfuncional	
	CI.2	Sin red Funcional de cuidado	
	CI.85	La red se extiende al encargo, vecinos y amigos.	

*Continuación*

CDE.9 Riesgo de administración inadecuada de la medicación	CI.98	Dificultades físicas para acceder al medicamento		
CDE.4 Riesgo de Aislamiento	CI.118	No usar los complementos/apoyos: Conductas que favorecen el aislamiento		
	CI.10	La PAM elige la soledad antes que cambiar el lugar de residencia		
	CI.11	<i>"Estaba solo, con riesgo de caídas y muchas horas en cama"</i>		
CDE.12 Soledad	CI.14	Para los pacientes con demencia, la opción de vivir solos es arriesgada.		
	CI.6	Negativismo a la interacción social		
	CI.9	<i>Si le pasa algo a la noche ella [...] Tiene a su vecina que está enfrente, ella está sola.</i>		
CDE.7 Vivienda digna y adecuada	CI.95	Hacinamiento		
CDE.6 Autonomía de la PAM	CI.55	La persona cuidadora no favorece la autonomía de la PAM	Art 8. Derecho a la participación e integración comunitaria CC: C1	-
CDE.16 Dificultades económicas	CI.107	<i>"lo han estafado muchas veces"</i> Abuso económico a la PAM	Art 9. Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia C1, C4,C5,C6, C8	Conocimiento teórico practico sobre prevención de Escaras 47,9
CDE.11 Fragilidad instrumental de la PAM para el manejo de su economía	CI.106	"Familia disfuncional. Abuso económico"		
	CI.76	Falta de conocimiento de instancias para la protección de bienes de la PAM		
	CI.78	Riesgo/ Sospecha de abuso financiero por terceros		

*Continuación*

CDE.17 Red de apoyo Familiar y/o Social	CI.15	El cuidado contratado para el domicilio falló			
	CI.2	"Estaba solo, con riesgo de caídas y muchas horas en cama"			
	CI.70	Sin vínculo con las hijas. Viudo			
CDE.9 Riesgo de administración inadecuada de la medicación	CI.72	Errores en la administración de la medicación			
CDE.5 Violencia en espacio publico	CI.1	Traumatismo por violencia por robo			
CDE.6 Autonomía de la PAM	CI.11	Negatividad a recibir kinesiología	Art 11. Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud CC: C1, C4,C5, C6	Directivas anticipadas firmadas	0,33
	CI.40	Negativa y/o abandono de la medicación psiquiátrica			
	CI.50	Negativa a recibir orientación por parte del ESS			
CDE.21 Rol y Reflexiones del ESS	CI.83	Reflexión del ESS. Directivas anticipadas.			
CDE.2 Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.	CI.8	Continuidad de los cuidados mediante la asignación de un cuidador	Art 12. Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo CC: C1,2,3,4,5,8, 9,10, 11		
CDE.20 Alimentación inadecuada	CI.113	<i>No estaba comiendo bien.</i>		Disponibilidad de atención de psicología y psiquiatría	28,2
CDE.6 Autonomía de la PAM	CI.43	Negativismo a la ingesta			
	CI.44	<i>"En los pacientes que están lúcidos, que son auto válidos, respetamos la decisión si ellos quieren o no, que interceda la familia"</i>			

*Continuación*

CDE.6 Autonomía de la PAM	CI.56	Situaciones que modulan la autonomía de la PAM	Art 12. Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo CC: C1,2,3,4,5,8, 9,10, 11
	CI.84	Cómo se desea estar y cómo conviene estar. Negociación para la adaptación cotidiana de las necesidades de cuidado de la PAM	
CDE.19 Desafíos para instalar un cuidado progresivo integral en la PAM	CI.110	Que la PAM se reconozca como sujeto de derechos	
CDE.8 Persona Cuidadora	CI.47	Riesgo de sobre carga de la persona cuidadora	
	CI.48	Empírica al cuidado de la PAM	
	CI.58	Sobrecarga de la persona cuidadora. Aliviada con la intervención del ESS	
CDE.17. Red de apoyo Familiar y/o Social	CI.2	Sin red Funcional de cuidado	
CDE.21 Rol y Reflexiones del ESS	CI.71	Orientar la gestión del cuidador y favorecer la Autonomía de la PAM	
	CI.82	Estrategias para facilitar la adaptación en la residencia	
CDE.12 Soledad	CI.100	La soledad impacta en el autocuidado. Depresión y cansancio de la intervención medica	
	CI.16	Para los pacientes con demencia, la opción de vivir solos es arriesgada.	
	CI.7	Desafío: ampliar su red de cuidado.	
CDE.15 Derecho a la información	CI.66	<i>Le mintieron [...] no le permitieron participar y acompañar y lo que quisiera hacer en relación a la muerte de su hijo"</i>	Art 14. Derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información CC: C2

<i>Continuación</i>					
CDE.6 Autonomía de la PAM	Cl.60	Adaptación progresiva a las necesidades de la PAM favoreciendo su intimidad	Art 16. Derecho a la privacidad y a la intimidad C:3	-	
CDE.7 Vivienda digna y adecuada	Cl.96	Negativa a recibir asistencia psicológica. Prioridad de la PAM garantizar la vivienda	Art 17. Derecho a la seguridad social CC: C1	PAM en seguimiento por servicio social	33,3
CDE.2 Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales	Cl.19	Dificultad de seguimientos Médicos	Art 19. Derecho a la salud CC: C1, C2, C3, C7, C8, C9, C14, C16	PAM en seguimiento por cuidados Paliativos	3,6
	Cl.21	Dificultades para la Accesibilidad a la salud mental. Tercerización de la salud mental		PAM con solicitud de atención por kinesiología	50,0
	Cl.22	Iniciativa: Generación de un Grupo de psicogeriatría		PAM con seguimiento nutricional	71
	Cl.23	Dificultades para la Accesibilidad a la salud mental. Tercerización de la salud mental		PAM sin riesgo nutricional	23
	Cl.27	Un centro próximo al lugar donde vive, "facilita un Montón"			
	Cl.28	La PAM busca accesibilidad geográfica al sistema de salud			
	Cl.31	Continuidad de cuidados. Acceso a cuidados Paliativos			
CDE.6 Autonomía de la PAM	Cl.4	Actividades recreativas de la PAM			
	Cl.42	Negativismo a la ingesta			
	Cl.51	Negativa a recibir orientación por parte del ESS			
	Cl.73	Negativismo a la ingesta			

*Continuación*

CDE.10 Depresión	CI.63	<i>¡No, no sale a la calle chicas! [...] Tiende a no querer hacer nada, a no salir a la calle. Porque lo anímico involucra mucho.</i>	Art 19. Derecho a la salud CC: C1, C2, C3, C7, C8, C9, C14, C16	
CDE.8 Persona Cuidadora	CI.48	Persona empírica al cuidado de la PAM		
CDE.17 Red de apoyo Familiar y/o Social	CI.2	Sin red funcional de cuidados.		
	CI.90	Sin vínculo cálido con los hijos. Solo programático.		
CDE.9 Riesgo de administración inadecuada de la medicación	CI.62	Discrepancia en la medicación		
	CI.92	Dificulta en la conciliación de la medicación		
CDE.21 Rol del ESS	CI.102	PAM con cansancio de la intervención medica		
CDE.12 Soledad	CI.12	<i>"Estaba solo, con riesgo de caídas y muchas horas en cama"</i>		
	CI.8	Depresión como efecto de la soledad que la retroalimenta.		
CDE.1 Soledad y Accesibilidad al sistema de salud	CI.79	Paciente demente sin seguimiento por sistema de salud		
CDE.3 Actividades recreativas de la PAM	CI.32	Actividades recreativas en personas dementes	Art 22. Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte CC:C1, C2	-
	CI.33	Dificultades de movilidad de la PAM sin apoyo/soporte y escasas opciones de traslado económicos, son barreras para el disfrute de actividades recreativas y Calidad de vida		-
	CI.38	Moderadas por la economía		-
CDE.11 Fragilidad instrumental de la PAM en el manejo de su economía	CI.77	Resistencias del cuidador formal para disponer de los bienes de la PAM para el pago de su cuidado	Art 23. Derecho a la propiedad CC: C2	-

<i>Continuación</i>					
CDE.2 Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales. CDE.17 Red de apoyo Familiar y/o Social CDE.7 Vivienda digna y adecuada	CL30	Barreras estructurales para el seguimiento domiciliario	Art 24. Derecho a la vivienda CC:C1, C2, C5, C6, C8	Vivienda digna y adecuada	37,0
	CL2	Sin red funcional de cuidados.			
	CL112	Hábitat inadecuado relacionado con malas condiciones de higiene. Se favorece el aislamiento			
	CL116	Hábitat inadecuado sin posibilidad de resolver a corto plazo. Desniveles que se avisan para procurar un caminar con cuidado			
	CL9	Reestructuración y adaptación de la vivienda.			
	CL90	Riesgo de caídas modificable			
	CL94	Problemas de accesibilidad para PAM con dificultades en la movilidad (escaleras).			
CDE.2 Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.	CL29	<i>“Le pagan un remis [para ir a las consultas del hospital]”</i>	Art 26. Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal CC: C1, C2, C7, C9, C10	PAM sin riesgo de caídas	46,3
	CL3	La PAM busca accesibilidad geográfica al sistema de salud			
CDE.3 Actividades recreativas de la PAM	CL36	Dificultades de movilidad de la PAM sin apoyo/soporte y escasas opciones de traslado económicos, son barreras para el disfrute de actividades recreativas y Calidad de vida.			
	CL37	Escasas opciones de traslado económico y seguro, se convierte en una barrera para el disfrute de actividades recreativas y Calidad de vida.			
CDE.10 Depresión	CL10	Moduladores de la dependencia y la depresión: el aislamiento, la no participación social y la movilidad			

<i>Continuación</i>			
	CI.63	<i>¡No, no sale a la calle chicas! [...] Tiende a no querer hacer nada, a no salir a la calle. Porque lo anímico involucra mucho.</i>	
CDE.16 Dificultades económicas	CI.104	<i>“el tema económico nunca fue problema porque hoy uno invitaba a uno, que sé yo...Pero ya en el último tiempo ya no tenía un mango”. Barreras para la integración social</i>	
	CI.64	<i>...tiene dificultades pero va organizando sus finanzas. Para poder trasladarse en remis.</i>	
CDE.11 Fragilidad instrumental de la PAM en el manejo de su economía	CI.97	<i>“todavía no”, “me resisto...” Negativa a usar apoyos para la movilidad</i>	
CDE.16 Dificultades económicas	CI.108	ESS ¿Qué respuesta se da ante la detección de abuso económico?	Art 30. Igual reconocimiento como persona ante la ley CC: C1, C6, C8
CDE.11 Fragilidad instrumental de la PAM en el manejo de su economía	CI.60	Dificultad para el acceso a su dinero durante la internación.	
	CI.74	"Manejos -raros- relacionados con el tema del dinero"	
	CI.75	Falta de conocimiento de instancias para la protección de bienes de la PAM	
CDE.8 Persona Cuidadora	CI.49	Rol de asistencia en actividades instrumentales: facilita la accesibilidad económica	

Fuente: Elaboración propia con base en el APENDICE C – Consolidado análisis cualitativo

CDE: Código de la Dimensión Emergente

CI: Código interpretativo

CC: Código del componente del derecho, según el Cuadro 6. Matriz de desagregación conceptual de derechos para el análisis, con el que se asocia el/los CI y DE abstraídos mediante el análisis cualitativo.

Como puede verse en el cuadro anterior, un par CI/DE puede encontrarse involucrado en más de un derecho. Por ejemplo la DE “Soledad”, que incluye el CI “Estaba solo, con riesgo de caídas y muchas horas en cama”, hace tanto al derecho a la independencia y a la autonomía, porque para una PAM encontrarse solo y sin soporte no le da oportunidades de ejercer su Autonomía, como también hace al derecho a la salud, porque su accesibilidad al sistema de salud esta limitada, a su vez, este tipo de *soledad* que representa encontrarse recluso muchas horas en la cama, afecta la dignidad del PAM.

Esta interdependencia entre DE, CI y derechos, está definida como una de las características de los derechos humanos, muy relacionada con la indivisibilidad e integralidad de los mismos. Estas características, permiten explicitar el carácter que tienen los derechos humanos como un todo. (Medellín *et al.*, 2011a).

En el cuadro 9, se ejemplifica la interdependencia constatada entre los derechos a: la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones; a la salud; a la vida y a la dignidad en la vejez y los de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo, todos afectados como se mencionó anteriormente, por la DE “Soledad”.

Cuadro 9. Ejemplo de interdependencia recíproca entre dimensiones emergentes, códigos interpretativos y derechos contemplados en la Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores.

---

CDE.12: Soledad.

---

*Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones*

CI.12: “Estaba solo, con riesgo de caídas y muchas horas en cama”

CI.7: La PAM elige la soledad antes que cambiar el lugar de residencia

CI.6: Negativismo a la interacción social

CI.79: Para los pacientes con demencia, la opción de vivir solos es arriesgada.

Ci.14: Si le pasa algo a la noche ella [...] Tiene a su vecina que está enfrente, ella está sola.

*Derecho a la salud*

CI.12: “Estaba solo, con riesgo de caídas y muchas horas en cama”

CI.8: Depresión como efecto de la soledad que la retroalimenta.

CI.79: Paciente demente sin seguimiento por sistema de salud

*Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez*

CI.13: “Ella vivía sola en su departamento y había tenido algunos episodios de perderse en la calle” Dificultad para garantizar cuidado funcional en la casa de la PAM con demencia

CI.12: “Estaba solo, con riesgo de caídas y muchas horas en cama”

CI.9: “Si le pasa algo a la noche ella [...] Tiene a su vecina que está enfrente, ella está sola”

---

*Continuación*

---

*Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo*

CI.7: Desafío: ampliar su red de cuidado.

CII.100: La soledad impacta en el autocuidado. Depresión y cansancio de la intervención medica

CI.16: Para los pacientes con demencia, la opción de vivir solos es arriesgada.

---

Fuente: Elaboración propia con base en el cuadro 8.

---

Teniendo en cuenta la complejidad que hace al modelo de análisis propuesto, a continuación, se describen cualitativamente situaciones relacionadas con la vulneración de los 16 derechos, teniendo como eje para la descripción las dimensiones emergentes, los códigos interpretativos y algunos códigos explicativos a los que se recurre como soporte para ejemplificar la descripción.

### **5.2.1. Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez**

CI.65:"Ella tenía dolor en las piernas pero no era algo que ella refiriera", CI.9:"Si le pasa algo a la noche ella [...] Tiene a su vecina que está enfrente, ella está sola" CI: 102:"Por cuestiones físicas, dolores y demás no fue más..." CI.12:"Estaba solo, con riesgo de caídas y muchas horas en cama"

Son múltiples las situaciones registradas que pueden llevar a la vulneración de este derecho. Algunas de ellas están relacionadas con el dolor físico, muy frecuente en las personas mayores. En este sentido se detectaron imaginarios en relación al dolor, naturalizándolo en la vejez, lo que predispone al aislamiento de la PAM, por un lado los profesionales pueden no abordar el dolor cuando no identifican una clara etiología, por otro lado también los PAM suelen no explicitar el dolor que sienten.

A su vez, la soledad en la que viven muchas de las PAM que se encuentran en seguimiento por el PSS, sumada a la pérdida progresiva de la funcionalidad sin el debido acompañamiento de soportes y una red de cuidados funcional, llevan a la PAM al aislamiento y a múltiples situaciones que afectan su dignidad.

Asimismo, la falta de cobertura de cuidados paliativos para la asistencia y acompañamiento de las PAM que transitan procesos de fin de vida también los vulnera, predisponiéndolos nuevamente a que su vida y dignidad sean afectadas.

### **5.2.2. Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones**

Con base en el análisis de los discursos, se pudo determinar que el ejercicio de este derecho resulta plausible en condiciones donde la PAM no tiene deterioro cognitivo: *"En los pacientes que están lúcidos, que son auto-válidos, respetamos la decisión si ellos quieren o no, que interceda la familia" CI.5 "lo que él decida [...] uno lo respeta" (CI.44)*

La autonomía del PAM es una de las principales cuestiones que se intenta abordar desde el ESS. Sin embargo, cuando se trata de garantizar este derecho, es muy frecuente que el ESS se enfrente a situaciones que generan tensiones, por ejemplo en los casos en los cuales la PAM se niega a aceptar algún recurso o soporte que le ayudaría a recobrar el equilibrio y salir de una situación de vulnerabilidad: *"todavía no", "me resisto..." Lo tenía pero no lo usaba decía: -Me resisto a usar..." (CI.97)*

Para abordar estas contradicciones, el ESS genera espacios de negociación constante con el individuo y la familia. Interroga sobre *"cómo se desea estar y cómo conviene estar"* (CI.84). De esta manera, buscan la adaptación constante de las necesidades de cuidado de la PAM, gestionando la tensión, a través de brindar información y favorecer el empoderamiento de la PAM, promoviendo la toma de decisiones individuales y familiares, que garantice los grados posibles de independencia y autonomía de la persona mayor y favorezca el cuidado y la integridad física de la persona.

Las negativas más frecuentes que identifica el ESS por parte de las PAM son resistencias a: usar complemento para la movilidad, tomar la medicación psiquiátrica, recibir apoyo por kinesiología y la orientación por parte del equipo de salud.

Asimismo, muchas veces la PAM *"elige la soledad antes que cambiar el lugar de residencia"* (CI.10). Para favorecer que el PAM pueda materializar esta decisión, se requiere generar una estrategia de cuidado en el hogar, que muchas veces tarda tiempo en su instalación, mientras que tanto la persona mayor y familia cuando está presente, asimilan estos cambios como necesarios para preservar la salud de la PAM. Cabe resaltar que estos apoyos y ajustes para que la PAM resida sola en su hogar con un mínimo riesgo, (modificaciones edilicias, cuidador por horas, etc.) hoy por hoy, requiere de aportes económicos y de redes comunitarias de cuidados con los que muchas veces no se cuentan.

GD7.CE.12 ¿Cuántas cuidadoras tuvo el mientras que estuviste haciendo el seguimiento...?- Yo creo que 3 seguro... ¿Y cuántas horas estaban con él? 24 horas, Con cama... Y el fin de semana venía otras personas [...] Entonces había algo ahí, medio raro, era lo que podía y se podía... Ya te digo, él tenía una jubilación buena...

Jerez Fonseca LC. Descripción de la vulnerabilidad con un enfoque de derechos de personas adultas 100 mayores residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, adscritos al Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires. [Tesis]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

no era la mínima. Ponele que eran 20 mil, un valor que en su momento era... pero si vos haces el cálculo, de pagar los gastos de la casa, la comida, más las cuidadoras, no le alcanzaba..."

Asimismo, cuando el ESS encuentra un cuidador funcional en el domicilio de la PAM, resulta de enorme valor para garantizar este derecho en distintos ámbitos, no solo doméstico, sino muchas veces relacionado con facilitar la gestión de su economía, entre otros.

A través de los relatos se identifican situaciones preponderantes de: hacinamiento, soledad, aislamiento estructural, falta de administración formalizada de la economía de la PAM, como situaciones instaladas que van en detrimento del goce de este derecho por parte de la persona mayor.

### **5.2.3. Derecho a la participación e integración comunitaria**

GD7.CE.7: Y era un persona que [...] en la vida cotidiana, carecía de todo manejo de lo que es llevar una casa adelante, la comida...Entonces, la cuidadora se tornaba, se volvía como una pareja, era la que sacaba los turnos, la que organizaba la medicación, la que hacía las compras, la que organizaba el menú...y las mujeres [cuidadoras] lo tomaban como si fuese un bebé grande, porque el como que estaba como a merced de quien viniera...

Como se puede observar en el cuadro 8, es escasa la información que se puede asociar directamente con este derecho. Sin embargo, el código, GD7.CE.7, permite establecer una fuerte asociación con el componente 1, del derecho en cuestión. Este componente impulsa a que se creen y fortalezcan mecanismos de participación e inclusión social de la persona mayor en un ambiente de igualdad que permita erradicar los prejuicios y estereotipos que obstaculicen el pleno disfrute de estos derechos de la persona adulta mayor. (ver cuadro 6.)

De esta manera, se ejemplifica claramente que una de la limitación existente para que la PAM pueda participar en integrarse a la comunidad, subyace en el estereotipo relacionado *viejísimo*. Este prejuicio, como explica Romero Ruvalcaba J, (2005), favorece la discriminación de las PAM, debido a que social, cultural y económicamente se les reconoce por atributos negativos de improductividad, ineficiencia, enfermedad y de decadencia general. Cuando la sociedad piensa y siente así a la vejez, se actúa en contraposición al derecho analizado, limitando constantemente la autonomía de la PAM en todos los espacios de participación e integración.

#### **5.2.4. Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia**

Este derecho, se asocia con 5 dimensiones emergentes (ver cuadro 8). Inicialmente, fue desagregado en 9 componentes, de los cuales 5 tiene una representación a través de alguna DE.

Dentro de los factores que predisponen a la vulneración de este derecho, se encuentra casos de *“fragilidad instrumental de la PAM para el manejo de su economía”* (CDE.11) asociados a situaciones como las que se ejemplifican a través de los siguientes CE.

GD3.CE.11:el amigo me llamaba para consultar porque había manejos como raros en relación a personas que él [La PAM] contrataba...como un encargado del edificio, como un amigo, y después también había como una cuidadora que aparecía en la residencia y después se lo llevaba..., iban al departamento, o iban a cobrar. Había todo como una situación media rara..." "Eso se daba también en domicilio y esa es una de las cosas que al amigo le preocupaba... El amigo creía que esa gente que lo rodeaba por ahí sacaba algún beneficio... Concretamente relacionado con el tema del dinero... Había unos manejos medios raros...

GD7.CE.4 En un momento, apareció un hijo, logramos que uno de los hijos apareciera, que se hiciera cargo un poquito de las cosas, no logramos que hiciese cierta supervisión. En un momento, los hijos, se hicieron cargo del pago de los impuestos, pero bueno todo era como muy difícil porque tenía una relación muy fea, muy mala. Y había como dudas, en relación a que le hicieron firmar algo. Y las cuidadoras decían una cosa, tampoco sin mucha noción...

GD1.CE.27 Aunque a veces el recurso económico exista, durante una internación el acceso a su economía está limitado y nadie puede hacerse cargo a eso, entonces, era evidente que esta persona necesitaba [un cuidador]...

Ejemplos como los anteriores en el contexto del PSS se interpretan como situaciones de expropiación de los bienes de la PAM. Las situaciones descritas, muchas veces se perpetúan debido a la inexistencia de instancias legales ágiles y de fácil acceso para la protección de bienes de la PAM y sus bienes, facilitando, que en casos donde las familias son disfuncionales, las mismas puedan ejercer abuso económicos sobre el geronte.

De la misma manera, esta ausencia de instancias de protección facilita abusos financieros por parte de terceros, como pueden ser personas que se hacen pasar por amigos o cuidadores de las PAM con el fin de sacar provecho de la indefensión en la que algunas de estas personas se encuentran.

Sin embargo, no solo se trata de instancias legales para la protección de este derecho, sino también de falta de conocimiento y solidaridad de la sociedad, porque ante casos de extrema soledad, es muy difícil lograr que personas identificadas como parte de la red de cuidado del anciano, quieran ser referentes en cuanto al manejo de la economía de estas personas.

GD3.CE.13: En ese momento, cuando yo tengo la entrevista con él, él [la PAM] expresa que quiere mudarse de residencia. Pero, estaban estas dificultades, con que nadie tenía el manejo de su dinero salvo él, y no existía un apoderado. Y existían estas personas...Que iban y venían...Entonces, lo que yo le planteo al amigo: - Alguien se tiene que hacer cargo y generar una instancia de protección para él [La PAM]-, pero alguien tiene que tomar esa responsabilidad por él... Bueno, el amigo tampoco, no quería...

Por otra parte, la garantía de la seguridad de la PAM se pone en riesgo en situaciones tan concretas tales como errores en la administración de la medicación, situaciones más frecuentes de lo esperado, relevadas tanto en pacientes que residen en domicilio, solos, con cuidador formal o informal, y en algunos casos, esta situación se replica en PAM institucionalizados.

Muchas veces, estos errores de medicación se relacionan con la constante fluctuación que existe de las personas contratadas para el cuidado de las PAM. Es una realidad, que las empresas con las que se terceriza este cuidado, les cuesta garantizar la continuidad de la prestación así como la formación de las personas encargadas de esta labor, afectando la calidad del cuidado que brindan y muchas veces poniendo en riesgo la integridad de las PAM.

Además, algunos de los PAM han sido víctimas de “*violencia en espacios públicos*” (CDE.5). Casos de robo de las cuales ha sido víctima la PAM en vía pública, situaciones de las cuales terminan con lesiones físicas por caídas sucedidas en el momento del agravio.

De este modo, es evidente que las situaciones que predisponen a la vulneración de este derecho se asocian a dimensiones estructurales programáticas y sociales.

### **5.2.5. Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud**

Este derecho, inicialmente fue desagregado en 6 componentes como se observa en el cuadro 6, sin embargo a través del análisis cualitativo, se identificó relación con 4 de ellos y dos DE, como se puede constatar en el cuadro 8.

La dimensión más relevante asociada a este derecho es: “*Autonomía de la PAM*” (CDE.6) la misma plantea un dilema para el ESS de salud, esbozado en la descripción del derecho relativo a la autonomía. Dicho dilema se explicita cuando la PAM manifiesta varias negativas relacionadas con el avance en alguna estrategia de cuidado.

GD1.CE.18 Es un hombre también bastante, reacio a algunas intervenciones y a su intimidad [...] por ejemplo, con kinesiología, hay unas cuestiones que él no está realizando. Por ahí, es medio reacio a eso... O también, al momento de la visita, le pedí que pudiera estar presente el cuidador porque era importante para nosotros para poder trabajar con él, Bueno, él no permitió eso

GD6.CE.26 No [tuvo caídas]. Pero [ella] era muy muy frágil, tenía una marcha muy inestable. Es muy flaquita por toda esta cuestión alimentaria, es muy flaquita y vos la ves que camina medio así agarrándose. ¡Debería! [Ayudarse con algo para movilizarse], por toda la cuestión física ¡sí! Pero no lo usaba no, lo tenía pero no lo usaba, decía: -Me resisto a usar...-” “De hecho, también se le había ofrecido kinesiología y ella tampoco quiso...”

Sin embargo, cuando el ESS explora en profundidad cada una de estas negativas, que muchas veces se usan para enmascarar problemas subyacentes asociados al dolor, alteraciones de la agudeza visual, depresión, deterioro cognitivo, entre otras, vinculados a imaginarios que naturalizan estos síntomas como si fuesen parte de un envejecimiento fisiológico.

Con la exploración en profundidad que realiza en ESS y la negociación constante con la PAM y la familia, favorece el ejercicio de este derecho. A su vez, el ESS actualmente comienza a incorporar y movilizar la adherencia al registro sistemático de directivas anticipadas, formato que ya fue consensuado en el HIBA, pero que aún no es tomado por todos los profesionales como estrategia para vehicular garantizar este derecho.

La dificultad para la incorporación del mismo, puede estar relacionada con la falta de espacios de discusión y reflexión al respecto que permita, definir grupos e institucionalmente consensuar pautas, para la comprensión sistémica de los casos y el abordaje sistemático de las situaciones que plantean los procesos de fin de vida.

A su vez, el modelo medico hegemónico actual, al asignar mayor relevancia a la formación en la atención de procesos biológicos y técnicos, que a la atención de la promoción y prevención de la salud, dificulta que los profesionales adquieran los recursos actitudinales y aptitudinales necesarios para afrontar las situaciones que se desatan ante procesos de fin de vida. Situaciones que muchas veces se derivan de problemáticas en la interacción entre los procesos individuales, con contextos familiares cambiantes y sociedades con diversas complejidades.

#### **5.2.6. Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo**

Este derecho, como se muestra en el cuadro 6, fue desagregado en 15 componentes de los cuales, 9 tienen relación con 9 DE. Una de ellas es la “*Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales*” (CDE.2). Esta dimensión da cuenta de la complejidad que implica garantizar la accesibilidad de la PAM a un sistema integral de cuidados, que provea

protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda.

Inicialmente, se identifica que la accesibilidad muchas veces se ve limitada por la distancia entre el domicilio y el centro donde se recibe asistencia. Teniendo en cuenta, que muchas PAM residen solas e identifican como riesgo vivir lejos del hospital así como trasladarse en transporte público, más aun posterior a un episodio de internación, deciden mudarse cerca del hospital, con la convicción que de esta manera garantizan su acceso a la asistencia medica más fácil y oportunamente, es decir que la PAM se está obligando a modificar su lugar de residencia con el fin de garantizarse la continuidad de los cuidados post internación, dato no menor para pensar que este reordenamiento se ve también afectado por las barreras edilicias y de infraestructura, propias de veredas, edificios, que aún no logran brindar plena seguridad a la PAM para su movilidad, sumado al cambio cultural necesario para minimizar los agravios de los cuales son víctimas y el consecuente incremento progresivo en la densidad poblacional en la capital, que seguramente también impacta en el aumento de demandas sociales.

GD1.CE.4: Él básicamente tomó esta decisión [de mudarse] con el objetivo de facilitar los controles médicos, el acceso a kinesiología, el acceso a medicina domiciliaria. Porque si no, el domicilio que él refiere como propio es el de Zona Norte

GD6.CE.11: [Ella] sale del Sirio, yo la contacto voy a verla a esta pensión. La pensión era una habitación, para que tengas una idea, una de esas piezas de esas casas de pasillo. Parecía una casa tomada. No. Yo estoy convencida de que era una casa tomada... Que se ve que la gente que vivía ahí le sub-alquilaba una pieza. El cuartito de ella era muy chiquitito y además de todo tenía que subir unas escaleritas...y ella por su problema de movilidad, no podía. Por eso, después ella me planteó que si bien estaba contenta en ese lugar, porque la gente era muy amable y todo. Ya la cuestión de subir en las escaleras se le estaba dificultando. [El lugar lo buscó ella], ella contactó por un cartel que encontró en la calle, y por cercanía... por cercanía, ella quería algo cerca... entonces le trajo la solución al hospital, digamos...

A su vez, se detecta dificultad para garantizar la asistencia en salud mental de las PAM, debido a que hasta ahora el servicio es tercerizado y muchas veces no se llega a cumplir la demanda de interconsulta, debido a que el radio geográfico de cobertura es limitado. Lo mismo sucede con la prestación del servicio de cuidados paliativos.

GD4.CE.12: Esta es una paciente en la cual yo fui haciendo un seguimiento ahora activo...porque había algunas cuestiones que todavía no se habían activado, como ella tuvo una internación en psiquiatría, se fue de alta con seguimiento activo con equipo de psiquiatría y eso nunca se activó. Entonces para estar atrás de que esto se

active, yo hice un seguimiento activo. Pero eso ahora que ella está encaminado Yo le pongo [problemas] administrativos [en la evolución de la HCE] como para no dejar en evidencia, lo que vos decís, de las fallas. Lo que pasa es que psiquiatría a domicilio está terciarizado... Entonces ese suele ser uno de los problemas.

No obstante, también se discuten experiencias exitosas en las cuales se ha podido instalar este cuidado progresivo, cuando las circunstancias contextuales de las PAM no son tan adversas. Se ha visto que la intervención del ESS favorece la construcción de un vínculo de confianza, entre las PAM sus familias y/o cuidadores y el sistema de salud. Este vínculo permite allanar el camino de la longevidad de las PAM, con el fin de favorecer el que se reconozcan y se les reconozca como sujetos de derechos en sus contextos inmediatos, para favorecer la de-construcción de estereotipos que se tiene acerca de la vejez.

Asimismo, algunos casos exitosos, se relacionan con el acompañamiento que se ha podido activar en procesos de fin de vida, donde aunque aún no es lo habitual, se ha podido articular con el servicio de cuidados paliativos para que puedan dar soporte a la familia y al paciente.

No obstante, algunas veces en lo cotidiano, se sortean algunas barreas estructurales edilicias, relacionadas con el mantenimiento del portero. Detalle, que de no ser atendido impacta en el seguimiento del paciente más aun cuando ésta persona vive sola y tiene dificultades para la deambulaci3n. Situaci3n que a su vez denota la persistencia de una falta de sensibilidad comunitaria en relaci3n al cuidado y las necesidades de las PAM.

GD7.CE.18: Las dificultades en relaci3n al seguimiento domiciliario, tenían que ver con que, a veces se le rompía el portero eléctrico, pero él tuvo bastante prestaci3n en domicilio, y si alguna vez tuvo que venir, se trasladaba.,

Con respecto a las demás DE que se relacionan con este derecho, se encuentran: “Alimentaci3n inadecuada” (CDE.20). Mediante la cual se identifican deficiencias en domicilio relacionadas con alimentaci3n, secundarias a falta de prótesis, dieta inadecuada, negativismo a la ingesta, o falta de acompañamiento, esta última situaci3n impacta bastante en la calidad de la alimentaci3n del paciente, entre otras áreas.

Es preciso recordar que, aproximadamente el 40% (n=532) de las PAM en seguimiento por el ESS se encuentran dependiente de terceros para poder llevar a cabo actividades físicas y el 70% son ó completamente dependientes y/o necesitan acompañamiento para poder relacionarse con la comunidad y favorecer su autonomía.

En relación a lo anterior, y para favorecer este derecho, es fundamental problematizar el rol de las personas cuidadoras de las PAM. Actualmente, y dependiendo de las circunstancias de cada persona mayor, las personas a cargo de su cuidado son contratadas de forma particular por empresas que brindan esta prestación, o son las mismas mujeres que prestan un servicio doméstico en el domicilio de la PAM a quienes se les suma esta tarea, quienes, muchas veces no tienen una preparación más allá de la empírica para poder afrontar el cuidado de las personas gerontes.

En menos casos, se cuenta con una red en donde el cuidado no recae sobre una sola persona, pero en la mayoría de los casos, la gestión e instrumentalización del cuidado lo lleva a cabo una sola persona, situación que lo pone en riesgo de burnout.

Por tanto, el *“Riesgo de sobre carga de la persona cuidadora”* (CI. 47,58) y la *formación “Empírica al cuidado de la PAM”* (CI.48) son algunos de los condicionantes, para que el 18% de las PAM refieran que perciben cuidado disfuncional.

Finalmente, a esta trama se suma nuevamente la soledad en perjuicio de la instalación de cuidados progresivos para las PAM, debido a que cuando no es una soledad por elección se asocia a depresión, impactando en el deseo de autocuidado de la PAM. Esta situación se complejiza aún más, cuando la PAM ha transitado largos procesos de enfermedad, que la llevan a querer alejarse de las intervenciones que provengan del sistema de salud que conoció.

GD6.CE.17: Ella estaba enemistada con todo tipo por...por historia, por enfermedad...Esto lo sé, no porque nosotras preguntamos en la entrevista, ni nada. Pero ella más de una vez ha dicho: -yo no quiero saber nada ni con Dios, ni con nada-.Hablando de su depresión...de la posibilidad de que ella consultarse por su depresión... -Yo ya estoy podrida de dios, estoy podrida de los psicólogos, de los psiquiatras, yo lo único que quiero es estar tranquila- Claro, mucho manoseo en el cuerpo...

A modo de conclusión, para favorecer este derecho, se detectan grandes desafíos para el HIBA que consisten en: fortalecer la articulación de prestaciones relacionadas con el servicio de salud mental y cuidados paliativos, con miras a lograr una abordaje sistemático; plantear estrategias que permitan sortear las dificultades geográficas que están motivando el cambio de domicilio de algunas PAM; visibilizar a las PAM como sujeto de derechos y contribuir en la deconstrucción de estereotipos negativos asociados a la vejez; fortalecer a los/as cuidadores de las PAM y ampliar la red de cuidados con los que cuentan estas personas en su lugar de residencia.

### **5.2.7. Derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información.**

Este derecho fue en principio desagregado en 2 componentes, de los cuales el C:2 tiene representación a través del CI.66: “*Le mintieron [...] no le permitieron participar y acompañar y lo que quisiera hacer en relación a la muerte de su hijo*”, código que hace a la dimensión CDE.15 *Derecho a la información*, la cual, justamente aunque con poca densidad teórica, es interpretada como falta de reconocimiento por parte de las familias de la capacidad que tienen las PAM para manejar información en igualdad de condiciones y contribuir en la gestión de problemas vitales. Sin embargo, fue poca la información que se pudo relevar al respecto.

### **5.2.8. Derecho a la privacidad y a la intimidad.**

Este derecho fue desagregado en 4 componentes, así como lo muestra el cuadro 6. Sin embargo solo se encontró asociación directa entre la DE *Autonomía de la PAM* (CDE.6) y el componente C3: La persona mayor tiene derecho a la privacidad en los actos de higiene o en las actividades que desarrolle, independientemente del ámbito en el que se desenvuelva a expensas del CI *Adaptación progresiva a las necesidades de la PAM favoreciendo su intimidad* (CI. 60)

GD8.CE.6 Pero cuando lo vi yo, era independiente, trataba, con mucha dificultad, no con agilidad, de vestirse solo, de ir al baño solo, lo supervisaban hasta el baño con andador, pero él una vez que llegaba al baño, cerraba la puerta, no quería que nadie lo limpie, lo higienice, él quería manejarse solo. En ese momento él me dio a entender que se hidrataba poco, para evitar que tuviera un accidente con respecto a orinarse...

De esta manera, se puede observar que la dimensión *Autonomía de la PAM* (CDE.6), es interdependiente de la mayor parte de los derechos e indivisible de los mismos. En el caso concreto del caso discutido en el GD.8 se favorece el derecho, sin embargo llama la atención la adaptación que realiza la PAM con el fin de favorecer su autonomía, “*En ese momento él me dio a entender que se hidrataba poco, para evitar que tuviera un accidente con respecto a orinarse*”, así como esta PAM realizó este ajuste muchas otras lo hacen de diversas maneras y en otros aspectos, y corresponde, mediante abordajes intergeneracionales, de-construir estas prácticas y creencias de manera progresiva.

### **5.2.9. Derecho a la seguridad social**

Este derecho como se puede consultar en el cuadro 6, fue desagregado en 2 componentes, de los cuales se identificó relación con el C.1: Promover progresivamente, dentro de los recursos disponibles, que la persona mayor reciba un ingreso para una vida digna a través de los sistemas de seguridad social y otros mecanismos flexibles de protección social, ver cuadro 8.

En este caso, la situación que predispone a la vulneración de este derecho en la población de PAM en seguimiento por el ESS, se relaciona con la necesidad de garantizar “*Vivienda digna y adecuada*” (CDE.7). Ante esta ausencia algunas PAM explicitan “*Negativa a recibir asistencia psicológica (u otra) y otorgan prioridad para garantizar la vivienda*” (CI.96)

GD6.CE.12: me daba la impresión que estaba muy deprimida, trate de ofrecerle por fuera de todos los tratamientos que estaba haciendo, tratamiento psicológico. Pero ella no, tenía muy en la cabeza tener que resolver el tema de la vivienda, que también es lógico, que eso la tenía muy preocupada.

Se puede inferir, que aunque la PAM tenga capacidad de pago para mantener el servicio de una 978-987-1639-24-3 da, como lo es el plan de salud, muchas veces no cuenta con los ingresos suficientes para garantizarse una vivienda digna. Situación que en ocasiones se vuelve insostenible, por tanto demandan asistencia social para el soporte y resolución de esta vulneración. Sin embargo, hasta que se resuelva situaciones como la que ejemplifica el GD6.CE.12, la PAM tendrá vulnerado este derecho, así como el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez, con las implicaciones en su salud física y mental que estas situaciones atañen. Entonces, se puede afirmar que es el contexto social y político vulnera a la PAM, la obliga a decidir entre su salud y vivienda, cuando ambos son derechos a los que debería poder acceder libremente.

### **5.2.10. Derecho a la salud**

Este derecho fue desgranado en 16 componentes como se puede ver en el cuadro 6, de los cuales se identificaron asociaciones con 8 de ellos, a través de 8 DE y sus respectivos CI.

Los 8 componentes con los que se logró identificar asociación son los relacionados a: C1:Diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la

enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social.

C2: Asegurar la atención preferencial y el acceso universal, equitativo y oportuno en los servicios integrales de salud de calidad basados en la atención primaria, y aprovechar la medicina tradicional, alternativa y complementaria, de conformidad con la legislación nacional y con los usos y costumbres.

C3: Formular, implementar, fortalecer y evaluar políticas públicas, planes y estrategias para fomentar un envejecimiento activo y saludable.

C7: Garantizar el acceso a beneficios y servicios de salud asequibles y de calidad para la persona mayor con enfermedades no transmisibles y transmisibles, incluidas aquellas por transmisión sexual.

C8: Fortalecer la implementación de políticas públicas orientadas a mejorar el estado nutricional de la persona mayor.

C9: Promover el desarrollo de servicios socio-sanitarios integrados especializados para atender a la persona mayor con enfermedades que generan dependencia, incluidas las crónico-degenerativas, las demencias y la enfermedad de Alzheimer.

C14: Garantizar a la persona mayor la disponibilidad y el acceso a los medicamentos reconocidos como esenciales por la Organización Mundial de la Salud, incluyendo los fiscalizados necesarios para los cuidados paliativos

C16: Promover y garantizar progresivamente, y de acuerdo con sus capacidades, el acompañamiento y la capacitación a personas que ejerzan tareas de cuidado de la persona mayor, incluyendo familiares, con el fin de procurar su salud y bienestar.

En el cuadro 9 se resumen aquellos CI junto a sus DE que se identificaron como situaciones que favorecen el derecho, y aquellos que representan situaciones que interfieren con el ejercicio del mismo.

Cuadro 10. Dimensiones emergentes que explicitan la disrupción y al favorecimiento del derecho a la salud

<b>Dimensiones emergentes y códigos interpretativos que explicita disrupción en el derecho a la salud</b>	<b>Dimensiones emergentes y códigos interpretativos que explicitan que el derecho a la salud se favorece</b>
---	--

**CDE.2: Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.**

CI.31: Continuidad de cuidados. Acceso a cuidados Paliativos

CI.4: Actividades recreativas de la PAM

CI. 19: Dificultad de seguimientos Médicos

CI.22: Iniciativa: Generación de un Grupo de psicogeriatría

CI.21: Dificultades para la Accesibilidad a la salud mental. Tercerización de la salud mental

CI.27: Un centro próximo al lugar donde vive, "facilita un Montón"

CI.28: La PAM busca accesibilidad geográfica al sistema de salud

#### **CDE.6: Autonomía de la PAM**

CI.51: Negativa a recibir orientación por parte del ESS

CI.42 Negativismo a la ingesta

CI.73: Negativismo a la ingesta

#### **CDE. 10: Depresión**

CI.63: ¡No, no sale a la calle chicas! [...] Tiende a no querer hacer nada, a no salir a la calle. Porque lo anímico involucra mucho.

#### **CDE.8: Persona Cuidadora**

CI.48: Empírica al cuidado de la PAM

CI.48: Persona empírica al cuidado de la PAM

#### **CDE.17: Red de apoyo Familiar y/o Social**

CI.2: Sin red funcional de cuidados.

CI.90: Sin vínculo cálido con los hijos. Solo programático.

#### **CDE.9: Riesgo de administración inadecuada de la medicación**

CI.92: Dificulta en la conciliación de la medicación

CI. 62: Discrepancia en la medicación

#### **CDE.21: Rol del ESS**

CI.102: PAM con cansancio de la intervención medica

CI.102: PAM con cansancio de la intervención medica

#### **CDE.12: Soledad**

CI.12: "Estaba solo, con riesgo de caídas y muchas horas en cama"

CI.8: Depresión como efecto de la soledad que la retroalimenta.

CI.79: Paciente demente sin seguimiento por sistema de salud

---

*Fuente: Elaboración propia con base en el Apéndice C.*

CI#: número del código interpretativo

CDE#: número del código de la dimensión emergente.

Las categorías más representativas que se asocian a este derecho son: *“Soledad”* *“Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales”*. En líneas generales la dificultad para acceder a este derecho por parte de las PAM adscritos al Plan de salud se relaciona con la tercerización del servicio de psicología y psiquiatría, razón por la cual muchas veces el seguimiento de los casos con diagnósticos afines a estas especialidades quedan desprovistos de seguimiento adecuado, propiciando, entre otras cosas la prolongación de cuadros de depresión, ansiedad, angustia entre otras, situaciones que dificultan el pleno goce de este derecho. Como alternativa a esta situación, el HIBA está fortaleciendo una iniciativa que busca generar un grupo de psicogeriatría con el fin de garantizar el seguimiento activo las PAM que así lo requieran.

#### **5.2.11. Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte**

Este derecho fue desagregado en 2 componentes para su análisis, como se puede consultar en el cuadro 6, para los cuales se identificaron asociación con las dimensiones: *“actividades recreativas de la PAM”*

GD7.CE.10: En el último tiempo él ya se va poniendo un poquito peor...él tenía cierta posibilidad de moverse, usaba andador, él dependiendo de si tenía dentro de su economía tomar un cafecito cerca de su casa. Era poco lo que hacía, esto de ir a la facultad era otra actividad que él hacía.

GD5.CE.5: Porque es una de las principales cosas que los pacientes refieren, cuando no participan de actividades, el tema económico, el tema del traslado, empezar a buscar cerca del domicilio, cosas que también tuvieran que ver con intereses de ellos...

La posibilidad de que las PAM puedan participar en actividades recreativas, de esparcimiento y deporte, muchas veces está condicionada por la movilidad o la deambulacion conservada. Sin embargo, en muchos casos, en la medida que avanza la edad la deambulacion segura va requiriendo del uso de apoyos, asimismo la movilidad se torna difícil cuando no se cuenta con traslados públicos asequibles, es decir que vaya a los tiempos de las PAM y garantice su seguridad en el traslado. Una opción que usan las PAM para moverse, son los remis o taxis, sin embargo, debido a su alto costo económico no lo pueden sostener por mucho tiempo. Por tanto la participación en actividades recreativas externas a su domicilio, se ve condicionada por la posibilidad de acceder a un traslado seguro y económico.

### **5.2.12. Derecho a la propiedad**

Respecto este derecho, el mismo se desagregó en 3 componentes, ver cuadro 6, de los cuales se logró identificar relación con uno de ellos, C2: relacionado con garantizar todas las medidas necesarias para que la persona mayor ejerza el derecho a la propiedad, incluida la libre disposición de sus bienes, y para prevenir el abuso y la enajenación ilegal de su propiedad del manejo de la propiedad.

Este derecho es vulnerado, como ya se ha descrito en algunos otros derechos, en relación a la *CDE.11: Fragilidad instrumental de la PAM para el manejo de su economía*, en este caso asociado específicamente a “*Resistencias del cuidador formal para disponer de los bienes de la PAM para el pago de su cuidado*”(CI.77).

GD3.CE.18: Me he encontrado con otras situaciones, algunos pacientes, sobre todo aquellos que no tienen hijos, y hay algún sobrino, amigo y demás... ellos demuestran que se quieren ocupar, pero cuando uno plantea [...] la posibilidad de que sí el cuidado no se puede hacer en domicilio debe ir a una institución geriátrica, o usar el departamento de [La PAM] como recurso. Ellos dicen que no, bueno entonces un a veces sospecha de estas cosas...

La expresión anterior, se puede interpretar como una barrera en el manejo de los bienes y economía de la PAM para su propio beneficio.

### **5.2.13. Derecho a la vivienda**

En principio, este derecho fue desagregado en 8 componentes para su análisis, de los cuales 5 fueron relacionados con dimensiones emergentes como se puede observar en detalle en el cuadro 8.

Llama la atención la densidad teórica que se asocia a la categoría CDE.7 “*Vivienda digna y adecuada*” porque contiene una variedad de códigos interpretativos. Muchas de estas observaciones corresponden a hábitat inadecuado que propicia situaciones de aislamiento de la PAM o riesgo de caídas modificables, residencias con malas condiciones de higiene, con dificultades para favorecer la accesibilidad de la PAM que tiene problemas de la movilidad principalmente asociada a la presencia de escalares inadecuadas, dificultades que potencian los riesgos en la PAM ante situaciones de soledad.

A su vez, la posibilidad de que las PAM puedan ejercer este derecho plenamente también se ve condicionado por las problemáticas descriptas, asociadas a las categorías CDE.2 y CDE.17, ver cuadro 8.

#### **5.2.14. Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal.**

Este artículo fue desagregado en 11 componentes, ver cuadro 6, de los cuales en el análisis, se identificaron relaciones con 5 de ellos, a través de dimensiones emergentes 5 dimensiones emergentes así como se muestra en el cuadro 8.

Las dimensiones que se describen en este apartado, ya han sido descritas anteriormente, porque justamente guardan estrecha relación con otros derechos. Se trata de “*Depresión*”, *Dificultades económicas*, *Dificultades para la “Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales”* “*Fragilidad instrumental de la PAM en el manejo de su economía*” y “*Actividades recreativas de la PAM*”.

Muchas de estas actividades están condicionadas por la deambulación y la movilidad, que en algunos casos está condicionada por la disponibilidad y aceptación de un soporte apropiado que la facilite, asociado también a una relación de seguridad con el entorno en el que se desenvuelve la PAM, que muchas veces no garantiza espacios y traslados seguros y asequibles económicamente.

#### **5.2.15. Igual reconocimiento como persona ante la ley**

Este derecho fue desagregado en 8 componentes, así como se muestra en el cuadro 6, de los cuales solo se identificó relación con 3 de ellos mediante las siguientes dimensiones emergentes: “*Dificultades económica*” (CDE.16) y “*Fragilidad instrumental de la PAM para el manejo de su económica*” (CDE.11), así como se puede observar en el cuadro 8.

#### **5.2.16. Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud**

El análisis con la perspectiva de este derecho, permitió asociar 2 dimensiones emergentes a 4 de los 6 componentes en lo que se desagregó el derecho. Ver cuadro 6 y 8 respectivamente.

Mediante la orientación que da el ESS a las PAM y familias, se ha podido garantizar este derecho respecto de su componente C1y C4, este último se refiere a que la persona mayor tiene derecho a aceptar, negarse a recibir o interrumpir voluntariamente tratamientos médicos o quirúrgicos, incluidos los de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, investigación, experimentos médicos o científicos, ya sean de carácter físico o psíquico, y a recibir información clara y oportuna sobre las posibles consecuencias y los riesgos de dicha

decisión. Esta garantía se explicita a través de los CI 11,40,50,83, los cuales dan cuenta de las negativas que manifiesta algunas PAM de aceptar intervenciones por parte del servicio de kinesiología y/o del ESS, así como referentes a la continuidad del tratamiento farmacológico psiquiátrico.

En cuanto a los componentes C5 y C6 referidos al proceso que se debe establecer institucionalmente, a través del cual la persona mayor pueda manifestar de manera expresa su voluntad anticipada e instrucciones respecto de las intervenciones en materia de atención de la salud, incluidos los cuidados paliativos, voluntad anticipada que podrá ser expresada, modificada o ampliada en cualquier momento solo por la persona mayor, a través de instrumentos jurídicamente vinculantes, de conformidad con la legislación nacional.

En el HIBA actualmente se está adelantando un proceso que busca poder garantizar estos componentes de este derecho. No obstante, es un proceso largo que implica gestionar barreras culturales, formativas, comunicacionales, generacionales; arraigadas a prácticas convencionales. Promover este viraje en el abordaje de la salud de las PAM, de cierta forma perturba a las personas involucradas, porque las obliga incorporar en la relación médico-paciente una dimensión que implica planificar el cuidado de situaciones que son difíciles de comprender y abordar, como las que se explicitan en procesos de fin de vida.

#### Al respecto de este tema

GD4.CE.20 [Respecto de las directivas anticipadas] La impresión es como una cuestión generacional el tema de las directivas anticipadas es como un tema más nuevo. Generacionalmente, no es una temática que a los 30, 40, 50 esta gente, haya sido algo que... es más creo que ni existía todavía la legislación sobre directiva anticipada... Entonces, siendo algo como nuevo... Y también es nuevo que se extienda tanto la expectativa de vida, y quizás ahora para nuestras generaciones son cuestiones que como... Igual le falta difusión... No se habla de eso, ¿no? De eso, a los médicos también les cuesta hablar de lo que vaya a pasar, y a la gente también, de los riesgos, de las situaciones...

Uno lo que hace a veces es orientar que existen estos documentos. Re-direccionar la consulta o como poder darle información de que esto existe y poder hacer que la persona lo charle con el médico. Sembrar el tema... ¿no? Que existe. Que lo puede hablar, que es una posibilidad. Yo con algunas personas sí [he llegado a tener conversaciones sobre este tema]. Cuando uno está con esto de pensarse a futuro. También es cierto que nuestros pacientes, [...] están como mucho más afectados, y entonces es donde quizás, deberías haber tomado el tema antes. Pero, a veces se da... No es la rutina. No lo tenemos. Es algo que cada tanto aparece, pero también hay como cierta tensión, en esto de decir a quién le corresponde, como tomar la responsabilidad... Esto nosotros no lo tenemos identificado como que nos pertenezca. Pero sí, es algo que cada tanto lo tomamos y aparece en algunos casos.

Finalmente, y a modo general cabe resaltar que en principio, *la red de Apoyo Familiar y Social (CDE.1)* de las PAM del Plan de Salud del HIBA, es la principal fuente de situaciones que conllevan a que estas personas no disponga de una *red funcional de cuidados-CI.2*, porque prevalecen las ausencias de apoyo en diferentes situaciones, dificultando el ejercicio pleno del derecho a: la vida y a la dignidad en la vejez (en su segundo componente), a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones (en su tercer componente), a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia (en su sexto componente), a recibir servicios de cuidado a largo plazo (en su cuarto componente) y a la salud (en su primer componente).

Como se puede observar estas situaciones predisponen a una cascada de interrupciones de derechos, asociados principalmente al desequilibrio en la disponibilidad y uso de recursos en los ejes individual, social y programático. Según lo analizado en la investigación, el que no se garantice a la PAM una red de cuidado funcional, es un disparador de la mayor diversidad de situaciones de vulneración de derechos en los contextos de las PAM.

Así mismo, la dimensión *Red de apoyo Familiar y/o Social y Soledad*, están muy relacionadas entre sí. Mientras que la primera se refiere a la posibilidad o imposibilidad de contar con una red de cuidados funcionales capaz de satisfacer los cuidados que requiere la PAM, la soledad es un sentimiento, muchas veces consecuencia de la falta de red de cuidados funcionales que retroalimenta positivamente conductas destructivas como el aislamiento, las negativas a procesos de acompañamiento y/o soporte así como a la resolución de las necesidades básicas.

Por otra parte, la discusión de los casos analizados, pone de manifiesto que la *accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales-CDE.2* de las PAM, está limitada por un servicio discontinuo dado por empresas que tercerizan el seguimiento de psicología y psiquiatría (CI23, CI 27) situación que impacta en la disponibilidad del servicio así como en la calidad de vida de la PAM.

Asimismo, la disponibilidad del servicio en domicilio tanto de salud mental como de cuidados paliativos, se ve condicionada por criterios estándar que muchas veces no responden a las necesidades de las PAM. Esto ocurre especialmente en relación al servicio de cuidados paliativos, porque muchas veces cuando el proceso de fin de vida no se asocia a enfermedad oncológica y/o la ubicación del domicilio del paciente no está dentro de la zona con cobertura del servicio (CI.33), la PAM no puede acceder.

Sumado a lo anterior, existen barreras edilicias y geográficas (CI.30) dadas por distancias largas y/o inseguras socialmente, entre el domicilio de la PAM y el centro de salud más cercano, condicionantes que dificultan tanto la llegada del sistema de salud al domicilio de la PAM y viceversa, impidiendo el pleno ejercicio del derecho que tiene esta población a: la vida y a la dignidad en la vejez, a la salud, la vivienda y por supuesto a la accesibilidad y a la movilidad personal. Se infiere que estas situaciones que dificultan la accesibilidad, son consecuencia de un desequilibrio en los recursos del entretejido del componente social y programático.

### 5.3 Conceptualización de indicadores

En este apartado, se describen los indicadores conceptualizados con base en la información recabada en las dos instancias anteriores. Cabe aclarar, que de los 16 derechos que tuvieron relación con alguna dimensión emergente en los grupos de discusión, solo fue posible construir indicadores para algunos componentes de 9 de estos derechos, de los cuales se contaba con información cuantitativa. En el Cuadro 11 se presenta un resumen que relaciona el derecho con el/los indicadores propuestos y el componente vulnerado según el marco de propuesto por Ayres *et al.*, (2006).

Cuadro 11. Conceptualización de indicadores y su relación con el componente de vulnerabilidad

<b>Art</b>	<b>Derecho</b>	<b>Indicador</b>	<b>Componente en donde subyace mayormente la vulnerado según Ayres*</b>
<b>6</b>	Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez	Sin riesgo de Aislamiento	Social
		Con manejo del dolor	Social y Programática
<b>7</b>	Derecho a la independencia y a la autonomía	PAM en seguimiento por servicio social	Social
		PAM institucionalizadas con asistencia social	Social
		Asistencia social a la PAM con cuidado disfuncional	Social
		Directivas anticipadas firmadas	Programática

---

*Continuación*

---

<b>9</b>	Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia	PAM que no requirieron atención de urgencia por trauma	Social
		Conocimiento teórico práctico sobre prevención de escaras	Social
		PAM con administración adecuada de la medicación	Social
<b>11</b>	Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud	Directivas anticipadas firmadas	Programática
<b>12</b>	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	Disponibilidad de atención de psicología y psiquiatría	Programática
<b>17</b>	Derecho a la seguridad social	PAM en seguimiento por servicio social	Social
<b>19</b>	Derecho a la salud	PAM en seguimiento por cuidados paliativos	Programática
		PAM con solicitud de atención por kinesiología	Programática
		PAM con seguimiento nutricional	Programática
		PAM sin riesgo nutricional	Social
<b>24</b>	Derecho a la vivienda	Vivienda digna y adecuada	Programática
<b>26</b>	Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal	PAM sin riesgo de caídas	Individual, social y programática
		PAM que no requiere soporte para la movilidad	Social

---

Fuente: Elaboración propia

---

\* La interpretación de la vulnerabilidad en relación al componente al que subyace, se hace en función del resultado del cálculo del indicador, donde un valor próximo a cero será interpretado como alta vulnerabilidad y un valor próximo a 100 se asocia a baja o ausencia de vulnerabilidad.

---

Para la descripción de indicadores se elaboraron los cuadros 12 a 20. En estos cuadros se muestra la relación entre cada indicador con el derecho y componente del derecho al cual

Jerez Fonseca LC. Descripción de la vulnerabilidad con un enfoque de derechos de personas adultas 118 mayores residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, adscritos al Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires. [Tesis]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

podrían aportar información y a su vez se describe: el nombre del indicador, su definición, la forma de calcularlo y su resultado.

Los indicadores se construyeron con los datos disponibles en las tablas 1 a 6, utilizándolos de manera directa o combinándolos en nuevas categorías conceptuales (como por ejemplo el concepto Criterios de Aislamiento, que combina los datos de las siguientes variables: PAM dependientes de forma total o avanzada, o con cuidados disfuncionales ó con problemas para la movilización ó miedo a caerse).

Cuadro 12. Conceptualización de indicadores para el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez (Art. 6)

<b>Categorías descriptivas emergente</b>	<b>Componente de la convención</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definición</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Fuente de datos</b>	<b>Valores (%)</b>
CDE. 22 Se habla de muerte: Directivas anticipadas	C2:Las instituciones públicas y privadas evitan el aislamiento de la persona mayor	Sin Riesgo de Aislamiento	PAM que cumple con alguno de los siguientes criterios de asilamiento: dependientes de forma total o avanzada con cuidados disfuncionales ó con problemas para la movilización ó miedo a caerse	100-Pacientes con criterios de aislamiento, dividido en el total de pacientes actualmente en seguimiento por el ESS	FS	68,3
CDE.13 Naturalización del Dolor En la vejez						
CDE.4. Riesgo y/o Aislamiento	C4:Las instituciones públicas y privadas manejan apropiadamente el dolor de la persona mayor	Con manejo del Dolor	PAM con dolor que ha sido atendido o derivado al servicio de dolor (fue atendido O tiene solicitud de interconsulta con servicio de dolor el año previo de ingreso al programa)	PAM con dolor que tiene atención/ interconsulta con servicio de dolor	HCE, FS	9,1
CDE.3 Actividades recreativas de la PAM						
CDE.12 Soledad						

Fuente: Elaboración propia con base en la información del cuadro 3 y las tablas 2 y 4

IC= Interconsulta

CDE= Código de la dimensión Emergente

C#= Componente y el número que le corresponde según la desagregación de los derechos contemplados en convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, realizada en el cuadro 6.

HCE= Historia Clínica Electrónica

FS= Ficha socio-sanitaria

ESS= Equipo socio-sanitario

PAM= Persona adulta mayor

Cuadro 13. Conceptualización de indicadores para el derecho a la independencia y a la autonomía (Art. 7)

<b>Categoría descriptiva emergente</b>	<b>Componente de la convención</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definición</b>	<b>Calculo</b>	<b>Fuente de datos</b>	<b>Valores (%)</b>
CDE.4 Riesgo v/o Aislamiento CDE.12 Soledad	C3:Asegurar que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta	PAM en seguimiento por servicio social	PAM atendidos por Servicio Social o tienen pedida una interconsulta a Servicio Social dentro del año previo de ingreso al programa ESS	PAM atendidos por Servicio Social o que tienen pedida una interconsulta a servicio social dentro del año previo de ingreso al programa ESS	FS	33,3
	Ídem	PAM institucionalizadas con asistencia social	PAM con domicilio en residencias para el cuidado permanente y con asistencia social	PAM institucionalizadas y en seguimiento por el servicio social	HCE, FS	34,0
	Ídem	Asistencia social a la PAM con cuidado disfuncional	PAM con cuidado disfuncional que reciben apoyo de servicio social	PAM con cuidado disfuncional entre las PAM en seguimiento por servicio social.	HCE, FS	17,7

*Continuación*

CDE.6Autonomía de la PAM	C1: Asegurar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos.	Directivas anticipadas firmadas	Disposición escrita de lo deseos de la PAM en relación a su proceso de fin de vida	Registros de directivas anticipadas firmados por PAM que ingresaron al programa SS desde 2016 hasta la fecha	HCE	0,3
--------------------------	--	---------------------------------	--	--	-----	-----

Fuente: Elaboración propia con base en la información del cuadro 3 y las tablas 2 y 4

CDE= Código de la dimensión Emergente

C#= Componente y el número que le corresponde según la desagregación de los derechos contemplados en convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, realizada en el cuadro 6.

HCE= Historia Clínica Electrónica

FS= Ficha socio-sanitaria

PAM= Persona adulta mayor

ESS= Equipo socio-sanitario

Cuadro 14. Conceptualización de indicadores para el derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia (Art. 9)

<b>Categoría descriptiva emergente</b>	<b>Componente de la convención</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definición</b>	<b>Calculo</b>	<b>Fuente de datos</b>	<b>Valores (%)</b>
CDE.5 Violencia en espacio público.	C6: Capacitar y sensibilizar a funcionarios públicos, a los encargados de los servicios sociales y de salud, al personal encargado de la atención y el cuidado de la PAM en los servicios de cuidado a largo plazo o servicios domiciliarios sobre las diversas formas de violencia, a fin de brindarles un trato digno, prevenir negligencia y prácticas de violencia y maltrato	PAM que no requirieron atención de urgencia por trauma	PAM que no experimentaron al menos 1 traumatismo que requiriera atención médica de urgencia, el año anterior al ingreso al seguimiento por ESS	100- porcentaje de ingresos de PAM por guardia por accidente (fractura; traumatismo; caída; herida; lesión; luxación; quemadura o mordedura) al menos 1 vez en el año anterior al ingreso al seguimiento por ESS, respecto del total de pacientes en seguimiento por el programa	ST	69,8

*Continuación*

Ídem	Conocimiento teórico practico sobre prevención de escaras	Las personas cuidadoras conocen la prevención de escaras y ponen en práctica este conocimiento	PAM y/o cuidadores con: conocimiento sobre prevención de escaras, y/o conocimiento sobre prevención de escaras en pacientes postrados dividido en el total de PAM y/o cuidadores de observados	FS	47,9
------	---	--	--	----	------

Fuente: Elaboración propia con base en la información del cuadro 3 y las tablas 2 y 4

CDE= Código de la dimensión Emergente

C#= Componente y el número que le corresponde según la desagregación de los derechos contemplados en convención realizada en el cuadro 6.

FS= Ficha socio-sanitaria

PAM= Persona adulta mayor

ST= Sistema de turnos

ESS= Equipo socio-sanitario

Cuadro 15. Conceptualización de indicadores para el Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud (Art. 11)

<b>Categoría Descriptiva Emergente</b>	<b>Componente de la convención</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definición</b>	<b>Calculo</b>	<b>Fuente de datos</b>	<b>Valores (%)</b>
CDE.6 Autonomía de la PAM	C5: Se establecerá un proceso a través del cual la persona mayor pueda manifestar de manera expresa su voluntad anticipada e instrucciones respecto de las intervenciones en materia de atención de la salud, incluidos los cuidados paliativos	Directivas anticipadas firmadas	Disposición escrita de lo deseos de la PAM en relación a su proceso de fin de vida.	Registros de directivas anticipadas firmados por PAM que ingresaron al programa SS desde 2016 hasta la fecha	HCE	0,3

Fuente: Elaboración propia con base en la información del cuadro 3 y las tabla 4

CDE= Código de la dimensión Emergente

C#= Componente y el número que le corresponde según la desagregación de los derechos contemplados en convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, realizada en el cuadro 6.

HCE= Historia Clínica Electrónica

PAM= Persona adulta mayor

PSS= Programa Socio-sanitario

Cuadro 16. Conceptualización de indicadores para el derecho de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo (Art. 12)

<b>Categoría descriptiva emergente</b>	<b>Componente de la convención</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definición</b>	<b>Calculo</b>	<b>Fuente de datos</b>	<b>Valores (%)</b>
CDE.20 Alimentación inadecuada CDE 12 Soledad	C3: Desarrollar un sistema integral de cuidados que tenga especialmente en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor.	Disponibilidad de atención de psicología y psiquiatría	PAM con Angustia/Depresión que tiene solicitada una interconsulta con psicología/psiquiatría en el año previo del ingreso del PAM al programa SS	PAM con Angustia/Depresión que tiene solicitada una interconsulta con psicología/psiquiatría en el año previo del ingreso del PAM al programa SS	HCE, ST	28,2

Fuente: Elaboración propia con base en la información del cuadro 3 y las tablas 2 y 4

CDE= Código de la dimensión Emergente

C#= Componente y el número que le corresponde según la desagregación de los derechos contemplados en convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, realizada en el cuadro 6.

HCE= Historia Clínica Electrónica

PAM= Persona adulta mayor

ST= Sistema de turnos

Cuadro 17. Conceptualización de indicadores para el derecho a la seguridad social (Art. 17)

<b>Categoría descriptiva emergente</b>	<b>Componente de la convención</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definición</b>	<b>Calculo</b>	<b>Fuente de datos</b>	<b>Valores (%)</b>
CDE.7 Vivienda digna y adecuada	C1: Promover progresivamente, dentro de los recursos disponibles, que la persona mayor reciba un ingreso para una vida digna a través de los sistemas de seguridad social y otros mecanismos flexibles de protección social.	PAM en seguimiento por servicio social	PAM atendidos por Servicio Social o tienen pedida una interconsulta a Servicio Social dentro del año previo de ingreso al programa ESS	PAM atendidos por Servicio Social o que tienen pedida una interconsulta a servicio social dentro del año previo de ingreso al programa ESS	HCL, FS	33,3

Fuente: Elaboración propia con base en la información del cuadro 3 y las tablas 2 y 4

CDE= Código de la dimensión Emergente

C#= Componente y el número que le corresponde según la desagregación de los derechos contemplados en convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, realizada en el cuadro 6

HCE= Historia Clínica Electrónica

PAM= Persona adulta mayor

FS= Ficha socio-sanitaria

PSS= Programa socio-sanitario

Cuadro 18. Conceptualización de indicadores para el derecho a la salud (Art.19)

<b>Categoría descriptiva emergente</b>	<b>Componente de la convención</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definición</b>	<b>Calculo</b>	<b>Fuente de datos</b>	<b>Valores (%)</b>
CDE.2 Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.	C1: Diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social.	PAM en seguimiento por cuidados paliativos	PAM en seguimiento por cuidados paliativos	Total de PAM en seguimiento por Cuidados paliativos dividido en el total de los PAM que ingresaron al seguimiento ESS en el periodo de estudio	HCE	3,6
	Ídem	PAM con solicitud de atención por kinesiología	PAM atendidos por kinesiología o con solicitud de atención por kinesiología el año previo de ingreso al PSS	Total de PAM atendidos por kinesiología o con solicitud de atención por kinesiología dividido el total de PAM que ingresaron al seguimiento por el ESS en el periodo de estudio	HCE	50,0
	C8: Fortalecer la implementación de políticas públicas orientadas a mejorar el estado nutricional de la persona mayor.	PAM con seguimiento nutricional	PAM con control de peso y talla por lo menos una vez al año antes de ingresar al seguimiento por el ESS	PAM con por lo menos un registro de peso y talla el año anterior a ingresar al seguimiento por el ESS dividido en el total de PAM en seguimiento por el ESS	HCE	71,0

---

*Continuación*

---

Ídem	PAM sin riesgo nutricional	PAM que con índice de masa corporal en rango	PAM que con índice de masa corporal en rango	FS	23
------	----------------------------	--	--	----	----

---

Fuente: Elaboración propia con base en la información del cuadro 3 y las tablas 2 y 4

---

CDE= Código de la dimensión Emergente

C#= Componente y el número que le corresponde según la desagregación de los derechos contemplados en convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, realizada en el cuadro 6.

HCE= Historia Clínica Electrónica

PAM= Persona adulta mayor

FS= Ficha socio-sanitaria

ESS= Equipo socio-sanitario

Cuadro 19. Conceptualización de indicadores para el derecho a la vivienda (Art. 24)

<b>Categoría descriptiva emergente</b>	<b>Componente de la convención</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definición</b>	<b>Calculo</b>	<b>Fuente de datos</b>	<b>Valores (%)</b>
CDE.7 Vivienda digna y adecuada	C1:Garantizar el derecho de la persona mayor a una vivienda digna y adecuada	Vivienda digna y adecuada	PAM que disponen de una vivienda en la que no se encuentran expuestos a riesgos de caídas, accidentes domésticos, aseada, que ediliciamente se encuentran en condiciones habitables y que no representa un hábitat inseguro psíquicamente para el PAM	100 menos el porcentaje de PAM con hábitat inadecuado	FS	37,0

Fuente: Elaboración propia con base en la información del cuadro 3 y las tablas 2 y 4

CDE= Código de la dimensión Emergente

C#= Componente y el número que le corresponde según la desagregación de los derechos contemplados en convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, realizada en el cuadro 6.

HCE= Historia Clínica Electrónica

PAM= Persona adulta mayor

FS= Ficha socio-sanitaria

Cuadro 20. Conceptualización de indicadores para el derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal (Art. 26)

<b>Categoría descriptiva emergente</b>	<b>Componente de la convención</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definición</b>	<b>Calculo</b>	<b>Fuente de datos</b>	<b>Valores (%)</b>
CDE10. Depresión.	C1:Garantizar la accesibilidad y la movilidad personal de la persona mayor para que pueda vivir en forma independiente y participe plenamente en todos los aspectos de la vida	PAM sin riesgo de caídas	PAM que no tienen riesgo de caídas	100 – porcentaje de PAM con riesgo de caídas.	FS	46,3

Fuente: Elaboración propia

CDE= Código de la dimensión Emergente

C#= Componente y el número que le corresponde según la desagregación de los derechos contemplados en convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, realizada en el cuadro 6.

HCE= Historia Clínica Electrónica

PAM= Persona adulta mayor

FS= Ficha socio-sanitaria

## **6. DISCUSIÓN**

El objetivo de esta investigación fue realizar una descripción, desde un enfoque de derechos, de la vulnerabilidad de la población de Personas Adultas Mayores residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, adscritos al PSS del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Esta es una población de mayores de 65 años que, por tener una prepaga, cuentan con capacidad económica que les permite la accesibilidad a un sistema de medicina prepaga

Las situaciones de vulnerabilidad que se describieron en la presente investigación se refieren a la situación inicial que tenían las PAM en el momento que ingresaron al programa., si bien luego el mismo programa pudo haber modificado las condiciones iniciales.

Es decir, la situación de vulnerabilidad de esta población se describió a partir de los datos recabados en la evaluación inicial.

Los datos analizados a lo largo de la investigación, permiten realizar interpretaciones en función a 3 ejes generales que ordenan el desarrollo de este apartado:

- 1) Análisis de las situaciones de vulnerabilidad en las PAM adscritos al PSS del Hospital Italiano de Buenos Aires
- 2) Vulnerabilidad individual, social y/o programática
- 3) Limitaciones y dificultades encontradas en el proceso de investigación

### *6.1. Análisis de las situaciones de vulnerabilidad en las PAM adscritos al PSS del Hospital Italiano de Buenos Aires*

#### **6.1.1. Situación socioeconómica de alta vulnerabilidad y dependencia**

La distribución porcentual por grupo etario señala que el 62,4% de las PAM en seguimiento por el PSS tienen más de 85 años y que el 72% de las PAM son mujeres. Extrapolando esta información a toda la población del plan de salud, se deduce que de las 55000 PAM adscritas a la prepaga, el 1% podrían ser son mujeres en situación de alta fragilidad y el 1,2% son mayores de 85 años entre ambos sexos.

Esta distribución va en consonancia con lo reportado en el Análisis comparado de la esperanza de vida con salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (2013), donde se informa que Argentina, actualmente transita un doble proceso de envejecimiento demográfico y de alargamiento de la longevidad, característico de las poblaciones que ingresan en etapas pos-transicionales.

Este doble proceso tiene impactos sociales, económicos y demográficos entre los que se destacan el incremento en la demanda para la previsión y provisión de servicios públicos y privados, para la atención al creciente número de personas envejecidas, incluyendo la prevención de enfermedades, discapacidades y dependencia a lo largo del ciclo vital.

A su vez, los datos de este estudio permiten estimar que aproximadamente el 41% de las PAM están en situación de dependencia física y/o mental. Asimismo, el 33,3% tienen necesidades de atención por servicio social, que por la definición del sistema de derivación a Servicio Social en el HIBA, es indicador de condiciones económicas desfavorables, ya que este servicio principalmente interviene para organizar cuidados en casos donde las familias no puedan realizarlo, porque carecen de los recursos económicos suficientes para gestionarlo, y en casos donde además de carencias económicas la PAM no cuenta con una red de cuidado funcional.

Este dato es mayor al calcularlo de forma aislada a partir de la FS, donde se informa que aproximadamente el 19% de las PAM tienen cuidado disfuncional. De alguna manera esta discordancia entre estos dos datos provenientes de fuentes diferentes (sistema de turnos y ficha socio-sanitaria) se puede interpretar como un sub-registro en la segunda variable (proveniente de la FS). Los datos de la FS son cargados por los ESS en la evaluación personalizada que realizan de cada paciente que ingresa en el PSS, por lo tanto se puede identificar en esta diferencia una discordancia entre la intervención de Servicio Social y la evaluación que realizan el ESS de la situación del paciente. Una primera interpretación es que la intervención de Servicio Social que se registra es previa al ingreso al PSS, y por lo tanto sería posible que las PAM cambiaran su condición por la intervención del programa.

Sin embargo también sería posible que este sub-registro fuera el resultado de procesos de naturalización, en las PAM y cuidadores, de las condiciones de dependencia física y/o mental, en el sentido que podría no existir claridad sobre las mínimas condiciones de cuidado requeridas que se deben proveer para garantizar un envejecimiento digno. A su vez, esta falta de relación entre los dos datos, también pone de manifiesto la dificultad que existe para registrar de forma sistemática condiciones que conllevan a que una PAM tenga cuidado disfuncional.

Sumado a lo anterior, si bien el ESS registra aquellas PAM que viven solas, no se presenta este dato, porque en la mayoría de los casos estaba incompleto y no era fiable. Razón por la cual no se pudo discriminar en este estudio de manera confiable cuántas PAM tenían dificultades económicas y cuántas de este porcentaje vivían solas. Sin embargo a partir de

analizar los datos en conjunto, se puede concluir que la tercera parte de esta población siendo frágil, vive una situación socioeconómica de alta vulnerabilidad y dependencia.

Esta situación de vulnerabilidad se refuerza continuamente, cuando el cuidado de esta población no se encuentra contenido por una base comunitaria y protegido por políticas públicas que impulse un abordaje preventivo y aproximen los recursos necesarios para poder transitar el envejecimiento sin sobrecargar a la familia/cuidadores.

Redondo, Manzotti & De La Torre (2013) realizaron un estudio en Argentina sobre una muestra de pacientes mayores asociados a programas prepagos de atención médica de la ciudad de Buenos Aires. Como resultado del mismo indican que la dependencia en actividades básicas de la vida diaria resulta ser la variable más explicativa del aumento del gasto de las familias. Los costos y facturación hospitalaria para la atención de estos pacientes no variaron estadísticamente según el nivel de dependencia, de deterioro cognitivo, o el índice de comorbilidades, debido a que las familias asumen la mayor parte de los gastos para el cuidado de los pacientes con dependencia.

Esta situación de vulneración socioeconómica también se agrava a partir de situaciones relacionadas con abuso económico, en distintos grados, de la cual son víctimas algunas PAM. Este abuso se identificó solamente a través de los discursos de las profesionales del ESS, ya que a nivel de los registros de la FSS son imperceptibles. Algunas de estas situaciones son más frecuentes cuando ante la soledad de muchas PAM las personas a cargo de su cuidado se aprovechan económicamente de ellas, obteniendo beneficios que pueden ir desde propinas importantes hasta estafas. En este mismo sentido las PAM son una población que esta muy predispuesta a ser víctimas de robos en vía pública.

Esta invisibilización en los registros puede estar relacionada con la falta de definición de protocolos de actuación ante la detección o sospecha de estas situaciones de abuso o maltrato a PAM. Se observa que, a menos de que se trate de situaciones que tengan un impacto notorio en la integridad física y mental de la PAM, es decir situaciones extremas, no se activa ninguna instancia para su protección y a veces no se conocen los recursos que se deberían activar, por tanto los que se activan muchas veces no son los idóneos.

Esta problemática tiene que ver con la necesidad insatisfecha de apoyo instrumental que, ante situaciones de dependencia física transitoria o permanente, requiere la PAM para poder manejar su economía. A su vez, pone de manifiesto la necesidad de generar garantías jurisdiccionales e institucionales para la protección y el ejercicio de la autonomía en la vejez, así como para favorecer su capacidad legal y toma de decisiones.

Una problemática que subsume a esta población tiene que ver con la relación dada entre las dificultades progresivas de las PAM para moverse, y los contextos urbanos donde residen.

Al respecto, los hallazgos de la investigación permiten identificar que el 50,3% de la población estudiada tiene problemas para la movilidad, esto significa que para poder desplazarse requiere de acompañamiento y/o andador, bastón o trípode. Asimismo, aproximadamente el 43% de las PAM han sufrido hasta 3 caídas, de las cuales el 30,2% han tenido por lo menos un ingreso a guardia por trauma en el año previo al ingreso al PSS.

En este sentido los motivos de consulta más frecuentes por guardia fueron: fracturas; traumatismos; caídas; heridas; lesiones; luxaciones; quemaduras y mordeduras. Se presupone que los traumatismos pueden ser consecuencia de hábitats inadecuados (la mayor parte de las caídas son provocadas por tropezar con objetos mal ubicados, resbalones, caídas desde la propia altura de la persona o desde una altura mayor o un desnivel), que según el relevamiento del ESS representan el 63,1% de los casos; y/o por barreras de accesibilidad propias de la urbe.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde actualmente tienen lugar el proceso de envejecimiento de la población estudiada, se caracteriza por presentar barreras de seguridad asociadas a hechos de violencia y delitos cometidos en la comunidad. Según el Observatorio de la deuda Argentina, (2015). Estas situaciones de inseguridad están relacionadas con hurtos o violencia y tienen el doble de “incidencia en el estrato medio alto que en el estrato bajo”(Observatorio de la deuda Argentina, 2015, p.85).

Por tanto las PAM a pesar que tienen capacidad para contratar una prepa, consideradas socialmente como personas con mejores condiciones socioeconómicas, están mucho más expuestas a situaciones de inseguridad que el resto de la población, tal como se constata a través de esta investigación mediante la dimensión emergente *Violencia en espacio público* (CDE.5)

Sumado a lo anterior, existen barreras edilicias y relacionadas con el transporte, que predisponen a la PAM a caídas, debido a la inseguridad que les significa trasladarse sola y con soporte para la movilidad por algunas veredas y en el transporte público urbano. Esta situación se complejiza cuando las PAM tienen dificultades económicas, porque no tienen la posibilidad de contratar servicio de taxi o remis, o lo hacen pero de forma limitada priorizando el gasto para facilitar el acceso a los controles médicos.

Estas situaciones descritas, contribuyen al deterioro de la calidad de vida en el espacio público de la PAM. Se puede inferir que aproximadamente el 30% de la población en seguimiento por el ESS han tenido vulnerando su derecho a la movilidad, a la participación e integración comunitaria así como a la seguridad.

### **6.1.2. Fragmentación de la PAM en el proceso de atención salud-enfermedad-rehabilitación. El caso de los trastornos del ánimo y el proceso de fin de vida.**

Se identifica que el 49% de las PAM refieren sentirse angustiadas y/o deprimidas, de las cuales se registra que al 28,2% se les fue solicitada interconsulta para el seguimiento por los servicios de psicología/psiquiatría.

En relación a esta problemática el Barómetro de la deuda social con las personas mayores (2017), a través de los resultados del análisis de la encuesta de la deuda social Argentina, informa que el 11,7% de la población adulta mayor residente en CABA sufre algún malestar psicológico.

También en esta dimensión se registró una discordancia entre los porcentajes de detección del ESS y las interconsultas solicitadas por profesionales médicos para el seguimiento de PAM con afectación de su salud mental. Esta discordancia puede explicarse como un sub-registro del profesional médico quien limita su pedido condicionado por la dificultad que tiene el hospital actualmente para brindar seguimiento a estas personas con estas problemáticas, debido a la falta de un equipo abocado a esta tarea.

A su vez, el porcentaje mayor reportado por el ESS en relación a los datos aportados por el Barómetro de la deuda social con las personas mayores (2017), se puede explicar por una mayor sensibilidad del equipo para la detección de estas afectaciones emocionales. Esto podría deberse al vínculo de confianza que se teje entre las profesionales del ESS, las PAM y sus familias, relación que facilita la manifestación de estos estados. Pero también a que las condiciones de tristeza y preocupación, clasificadas desde la perspectiva del sistema biomédico de atención, son leídas como condiciones psicológicas o psiquiátricas, a pesar que el análisis cualitativo señala que la angustia y depresión parece encontrarse asociada a las disrupciones en las relaciones sociales.

En general, la angustia/depresión se relacionan con situaciones descritas por el ESS, categorizadas como potenciales moduladores del aislamiento, que de estar presentes influyen en la generación de conductas de aislamiento en la PAM. Surgen situaciones donde la persona

se encuentra sin el acompañamiento de una red de cuidado afectiva y técnica, que le brinde apoyo y contención en: el manejo de tensiones que generan los potenciales cambios de domicilio, así como en la transición que implica la aceptación de su progresiva limitación para realizar algunas actividades cotidianas, con la consecuente necesidad de incorporar el uso de apoyos como medio para garantizar su autonomía.

Como mencionamos previamente, el 50,3% de PAM tiene dificultades para la movilidad, de las cuales el 51,4% refieren tener algunos problemas para realizar actividades cotidianas. Asimismo, el 50% de esta población tiene interconsulta solicitada para seguimiento por kinesiología. Sin embargo lo que se detectó es que no basta con la interconsulta para que la PAM adopte el uso del andador, basto o trípode, según haga falta. Muchas veces lo que se observa es que las PAM no aceptan la intervención de kinesiología porque aún no han aceptado que su autonomía esté sujeta a la incorporación de estos recursos. A su vez, sumado a los problemas de movilidad propios del sujeto, existe la persistencia de condiciones edilicias y de infraestructura que no facilitan la movilidad de la PAM, favoreciendo el aislamiento de esta población.

Por otra parte, también se reconoce al dolor como un modulador del aislamiento. En la población estudiada se detecta que el 75% de las PAM manifiestan dolor superior o igual a 3, y el 50% un dolor mayor a 6, por tanto se puede concluir que el dolor es una constante dentro de esta población.

A partir de los datos de la tabla 4, lo que se puede ver es que son muy pocos las PAM que tienen interconsulta con el servicio de dolor (9,1%). Esto puede deberse a que por un lado los servicios de dolor son muy recientes en el hospital y es posible que la atención del mismo lo gestione otro equipo de salud que sigue a la PAM. Pero también los hallazgos de la investigación cualitativa hacen pensar que una explicación posible es la persistencia entre los profesionales de salud del hospital, de un estereotipo que normaliza el dolor en la vejez, naturalizándolo, sobre todo en poblaciones frágiles.

De esta manera pareciese que el profesional no tiene incorporado considerar una opción terapéutica para tratar el dolor, a menos que haya un antecedente patológico. Asimismo la PAM no refiere el dolor que siente, porque lo considera parte natural del proceso de envejecimiento restándole importancia, y por la misma razón muchas veces rechaza intervenciones que puedan atenuarlo o resolverlo.

Finalmente, la aproximación cualitativa permite visibilizar una predominante ausencia de acompañamiento afectivo y/o efectivo operacional a la PAM por parte de su familia,

muchas veces consecuencia de familias disfuncionales quienes directamente se olvidan de su familiar o manifiestan abiertamente no querer apoyarlo en su cuidado, o de familias que residen en países o ciudades distintas a CABA y que por múltiples razones no pueden acompañar físicamente a la PAM, brindando únicamente sostén económico empleado en la contratación de terceros para que se encarguen de su cuidado. Esta situación de desvinculación familiar y soledad va en detrimento del bienestar y calidad de vida de las PAM

Al respecto Rubio (2007) define la soledad como

un malestar emocional que se genera cuando un individuo se siente incomprendido y rechazado por otro, o cuando carece de compañía para llevar a cabo aquellas actividades que desea, sean físicas, intelectuales o emocionales. El aislamiento social, la carencia de redes sociales y la marginación pueden estar asociados al “estar solo”, pero la verdadera soledad asociada al “sentirse solo” entraña el sentimiento de nostalgia, tristeza y añoranza, aunque se esté acompañado físicamente de otras personas.

Teniendo en cuenta la definición anterior, y con base en los hallazgos encontrados a partir de la aproximación cualitativa realizada, es indiscutible afirmar que la situación de soledad-“estar solo y sentirse solo”, situación en la que viven muchas personas mayores, predispone a caídas prevenibles, escaras, abusos económicos, deterioro en el autocuidado, depresión y aislamiento social.

En una publicación realizada por el Barómetro de la Deuda Social (2014) se informa que, además de la disfuncionalidad familiar, también las instituciones sociales, al no brindar adecuados canales de participación comunitaria, fomentan en las personas mayores sentimientos de soledad, aislamiento y depresión, por el contrario de aquellos que han podido acumular recursos de tipo económico, educativos, de salud a lo largo de su vida.

No obstante, aunque se esperaría que en general las PAM adscritas al plan de salud, tuvieran recursos que les ayudara a contrarrestar los sentimientos de depresión, aislamiento y soledad, no es lo que se puede ver a partir de esta investigación: la realidad es que por lo menos a nivel económico, las PAM, sus familias y/o cuidadores destinan casi el total de la jubilación, cuando la tienen, y otros recursos, para el pago de la prepaga descuidando otras necesidades de su vida. En relación al acumulo de recursos educativos, a partir de la investigación se pudo identificar que de todos los PAM en seguimiento por el ESS apenas el 33,7% alcanzaron algún nivel de formación universitaria.

En resumen, las situaciones que retroalimentan la angustia/depresión, son aquellas que a su vez modulan el aislamiento en la vida cotidiana de las PAM, y la propensión a accidentes y abusos, tales como: el darse cuenta de no poder realizar ciertas actividades; enfrentar situaciones no habituales como los cambios de residencia, de entorno, de cuidadores, etc.; y la falta de vínculos familiares que predisponen a la soledad, así como las dificultades económicas y el bajo grado de escolaridad, son situaciones que predisponen a la PAM a sufrir algún trastorno en su salud mental.

Las situaciones descritas no solo predisponen a estados de angustia y depresión, muchas impactan en el estado nutricional del paciente, por la carencia de cuidado y/o como resultado de conductas de negativismos a la hidratación y/o alimentación.

Al respecto, se observó que el 2% de las PAM se encuentran en un estado de desnutrición o bajo peso, mientras que el 58% de las PAM tienen problemas de malnutrición, a expensas del sobrepeso y obesidad, estos datos fueron extraídos de los registros que se realizan en la ficha nutricional de la HCE. A su vez, el ESS detecta que tan solo el 19,9% de las PAM presenta alimentación inadecuada, dato que se refiere a la calidad de la alimentación más que al estado nutricional de la PAM. Este dato no es fácil de relevar, por tanto se puede pensar que se trata de un sub-registro relacionado con la dificultad del ESS para constatar en domicilio problemas asociados a la calidad de la alimentación, que le permitan luego registrarlos en la FS.

Las situaciones descritas anteriormente, no solo afectan el pleno derecho que tienen las PAM a la dignidad en la vejez, sino que también repercute directamente en la calidad de vida y la salud mental de la PAM. Se puede afirmar, que aproximadamente la mitad de las PAM en seguimiento por el PSS sufre estados de Angustia/depresión potencialmente asociados a red de cuidado insuficiente, situaciones de aislamiento y soledad, con posibles repercusiones a nivel nutricional.

La depresión en los ciudadanos mayores es un problema de salud pública que requiere estrategias de tratamiento y asistencia por parte de los prestadores de asistencia sanitaria y la sociedad en su conjunto (OMS, 2016).

Para ello, es necesario un abordaje comunitario e intergeneracional que fortalezca a las comunidades y a las familias como el principal soporte social de las personas mayores, teniendo en cuenta las relaciones y el amparo en los seres queridos como un recurso clave en la lucha contra el aislamiento. De la misma manera, es necesario que desde la institución se

facilite la participación activa de las personas de edad en actividades voluntarias, cívicas y culturales como estrategia para luchar contra el aislamiento social.

### **6.1.3. Procesos de fin de vida**

Inicialmente, los datos permiten observar que del total de la población en seguimiento por el ESS en el periodo comprendido entre enero de 2016 y junio de 2017, el 21,5% fallecieron, de los cuales 3,6% tuvieron seguimiento y acompañamiento por cuidados paliativos. Aún queda camino por recorrer en relación al derecho que tienen las PAM de recibir cuidados paliativos, indistintamente si cursan un proceso de fin de vida asociado a enfermedad oncológica. Actualmente, la tendencia es reservar este soporte para la población afectada por cáncer.

Como se puede observar tanto los trastornos del ánimo como los procesos de fin de vida en las personas adultas mayores constituyen un tema complejo y extenso que debería abordarse en otra investigación. No obstante lo relevante que aporta este estudio al respecto, es la visibilización de la fragmentación en las respuestas que da la institución de salud a la interdependencia dada entre los procesos que modulan el aislamiento (el darse cuenta de no poder realizar ciertas actividades; enfrentar situaciones no habituales, soledad, dolor, dificultades económicas, etc.) y los estados de angustia/depresión.

La fragmentación está dada por las diferentes intervenciones que realizan las distintas especialidades a la PAM, con el fin de que cada una, desde su *expertise*, aporte a la reconstitución o mantenimiento de la salud de la persona. Sin embargo, este conjunto de intervenciones pueden pensarse aisladas y a destiempo, sin un eje orientador reconocido por todas las áreas y especialidades que intervienen en el cuidado de la PAM, que aborde integralmente el ser biopsicosocial de la PAM y a su vez explore las determinaciones sociales en las que se desarrolla su proceso de envejecimiento, condicionantes de su estado de salud. Por tanto, el impacto que tienen estas intervenciones, muchas veces es poco eficaz en términos de impactos en la calidad de vida, en los derechos y en la dignidad de las PAM.

Además la descripción realizada permite ver cómo el modelo médico hegemónico (MMH) predominante actualmente, determina el direccionamiento institucional y permea la toma de decisiones del profesional médico como de PAMs.

Menéndez (1988) explica que el MMH se constituye como hegemónico porque subordina otras prácticas nombradas alternativas y opera a partir de diversos rasgos

estructurales. De estos rasgos, el estructural dominante es el biologismo. La dimensión biológica, es el núcleo de la formación profesional del médico, caracterizada por ser en base a contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos, son anecdóticos y donde no hay información sistemática sobre otras formas de atención.

Por tanto muchos de los profesionales médicos, no tienen formación respecto de la incidencia que los procesos socioculturales, económicos y políticos tienen en la causalidad de las enfermedades. Asimismo no se forman en habilidades comunicacionales empáticas, por tanto la calidad de los vínculos que se tejan con algunas PAM, influyentes en procesos curativos y facilitadores de la accesibilidad al sistema, serán resultado de las habilidades personales de cada profesional mas no producto de la formación médica.

Efectivamente, la impronta del MMH se refleja en la dificultad que tiene el médico para establecer una relación simétrica y empática con las PAM, así como en la exploración de variables que exceden lo biológico. Esta forma de relacionarse y atender los procesos de salud, enfermedad, rehabilitación explican el por qué no se explore el dolor en la consulta, sin que exista una condición patológica manifiesta. Aparentemente el profesional médico reduce la pesquisa del dolor a situaciones que expliciten disrupción evidente en el funcionamiento biológico de la persona, o antecedentes patológicos que puedan genera dolor, de lo contrario esta variable no se indaga como una complicación del envejecimiento o somatización de algún trastorno emocional.

De la misma manera el MMH condiciona la forma cómo la PAM se relaciona con el profesional médico, adoptando una participación subordinada y pasiva, rasgo estructural de este modelo que no favorece el reconocimiento propio como sujeto activo de derechos, ni por parte del sistema de salud en el que se atiende, obstaculizando su empoderamiento y por ende su intervención en la definición de su problema de salud así como en su resolución.

Además la formación medico hegemónica impacta en el direccionamiento de las instituciones de salud, donde la prioridad de la atención se centra en garantizar la eficacia pragmática en función de la atención de la esfera biológica del sujeto. Este razonamiento explica el por qué el sistema de derivación de las PAM para la atención psicológica no se encuentre fortalecido, así como la dificultad de ampliar la perspectiva de abordaje de cuidados paliativos, a un enfoque de adecuación de cuidados definido por la presencia de enfermedades y condiciones crónicas avanzadas y progresivas, que determinan una cierta limitación pronostica, y, sobre todo, necesidades de un abordaje gradual centrado en la mejora de calidad de vida (Gómez Baptiste *et al.*, 2011).

A la vez, se percibe que tanto los profesionales médicos estereotipan a las PAMs así como ellas mismas se auto-estereotipan. Esta hipótesis surge de la reducción que ambas partes hacen sobre el dolor. Cada uno, médico y PAM, anulan el dolor como síntoma, seguramente porque perciben la vejez como un proceso donde priman la decadencia y el deterioro reflejado a través de la pérdida de capacidades, el incremento de achaques, el aislamiento e incluso irresponsabilidad, entre otros. Al juzgar de esta manera la vejez, se naturaliza el dolor y por tanto deja de ser una prioridad a tratar/manifestar en la consulta, más aun si se trata de dolor crónico.

#### **6.1.4 Red de cuidados y Cuidado**

Actualmente, las PAM mayores de 80 años en seguimiento por el ESS son cerca del 62,4%; del total 73% son mujeres. A su vez, se estima que aproximadamente el 45% del total de población mayor de 85 años requiere asistencia permanente por un cuidador. Además, del total de personas mayores institucionalizadas, el 51% tienen más de 85 años y cerca del 78% son mujeres.

Estos datos, por una parte explicitan la feminización del envejecimiento en las PAM adscritas al PSS, y por otra señala a la edad de 80 años, como parámetro a partir del cual es indiscutible el incremento de la dependencia como resultado de la confluencia entre diversas enfermedades crónicas no transmisibles y el deterioro biológico avanzando, sumado a posibles estilos de vida inadecuados, condiciones socioeconómicas precarias y ambientes nocivos. Situación de dependencia que puede sostenerse por varias décadas y cada vez en un número mayor de PAM, en la medida en que se instale el alargamiento de la longevidad.

Esta coyuntura implica que cada vez los requerimientos de cuidado serán más complejos, razón por la cual será más frecuente la necesidad de recurrir a apoyos externos para poder garantizarlos.

Al analizar los datos en conjunto con los hallazgos de la exploración cualitativa realizada sobre la red de cuidados de estas personas, se encuentra que en algunos casos, son los hijos/as los/as que gestionan el cuidado de los padres. En cuanto a esta práctica se detecta un patrón de género, donde en casos de ser hombres los que requieren el cuidado, son las hijas o esposas quienes lo proveen directamente, sin embargo si es mujer quien requiere el cuidado pareciese, que la familia elige contratar personal externo para estas tareas, porque principalmente las hijas cuentan con trabajo remunerado y obligaciones en sus grupos

familiares y no tienen disposición para efectuar el cuidado por sí mismas. Estas situaciones, se relacionan con lo descrito por la Gascón & Redondo, (2014).

En otros casos las PAM que viven solas y no cuentan con una red de cuidados funcional y/o a su vez son parte de familias disfuncionales que rechazan, tanto a nivel afectivo como a nivel operativo brindar el apoyo necesario para facilitar su cuidado. Son situaciones que representan el desafío cotidiano del ESS, porque les supone generar una red autogestora de cuidado o en última instancia orientar la institucionalización de la PAM.

En relación a este último aspecto, los datos ponen de manifiesto una tendencia a institucionalizar con mayor frecuencia a mujeres que a hombres. Este dato tiene relación con los resultados de un estudio realizado en Argentina, donde se encuentra que la tasa de internación en hogares geriátricos de las mujeres de 80 años duplica la tasa masculina para el mismo grupo de edad, diferencias de género en la provisión y recepción de cuidados que afectan negativamente las opciones de las mujeres de edad extrema dependientes de permanecer en sus hogares (Redondo Nélica, 2012).

Estos hallazgos hacen suponer que la tradición de cuidado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, contribuye en la perpetuación de las desventajas de las mujeres, incluso cuando envejecen. Pareciese que el ser mujer es un riesgo para poder ejercer el derecho de “envejecer en casa”.

Por otra parte se identifican algunas problemáticas asociadas a la contratación del cuidado en domicilio. Por un lado es cierto que en Argentina se desarrollan programas de capacitación técnica de cuidadores domiciliarios gerontológicos, a cargo de Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, donde la currícula incluye formación teórica y práctica y el empleo se coordina mediante la firma de convenios con obras sociales nacionales y provinciales (Gascón y Redondo, 2014). Por otro lado en la práctica se detecta que muchas personas contratadas para el cuidado de la persona mayor son las mismas mujeres contratadas para prestar servicios domésticos, a quienes se les suma la tarea del cuidado de la PAM, con todas sus complejidades que implica esta tarea y sin una preparación previa para afrontarla.

A su vez, también se detecta que las personas contratadas para el cuidado a través de empresas tercerizadas, en su mayoría no cuentan con la capacitación necesaria y tampoco logran garantizar la presencia del mismo cuidador en domicilio. De esta manera, actualmente la mayor parte del cuidado de las PAM lo llevan a cabo personas sin capacitación aumentándose el riesgo de generar interrupciones en el cuidado (escaras en pacientes postrados e inadecuada administración de la medicación y alimentación, etc).

Hasta acá, la descripción realizada permite ver que la dimensión de Cuidado implica una diversidad de relaciones entre quien lo recibe y como lo recibe, con quien lo brinda y de qué manera lo hace. Estas relaciones entre dador y receptor están atravesadas por un modelo patriarcal que sobrecarga a la mujer en edad reproductiva con labores de cuidado (proveedora de cuidado), pero en la tercera edad le limita el acceso al mismo. A su vez, este modelo desdeña el reconocimiento salarial, formativo y social, que reciben las mujeres por esta labor, pese a que son indispensables para el crecimiento económico y la reproducción social.

¿Qué sucede cuando la familia no dispone ni accede a medios para asumir y materializar el cuidado? La CIPDHPAM (art.3) declara como principios aplicables: *el bienestar y el cuidado de las PAM, así como la responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, en su cuidado y atención*, de acuerdo con su legislación interna. Ambos principios, son parte de la base sobre la que se instituye el reconocimiento de los demás derechos de las PAM contemplados en esta convención.

Por tanto, el Cuidado como dimensión central para garantizar derechos a las PAM debe ser visto como un continuo en relación al significado individual y social de la autonomía y dependencia. Todas las personas en algún grado somos dependientes de otros seres humanos; por tanto el cuidado de distintos tipos de personas requiere de la conjugación de distintos tipos de cuidado, directos como la asistencia en las necesidades básica, e indirectos como la provisión de bienes y espacios requeridos para la satisfacción de necesidades de cuidado, además de la dimensión afectiva y subjetiva. Como afirman Esquivel, Faur & Jelin (2012) el sentimiento de ser cuidado es también parte del cuidado mismo.

Paradójicamente muchas situaciones de violencia y abuso de los que han sido víctimas las PAM adscritas al PSS tienen lugar en el acto de cuidar, ya sea cuándo se trata de brindar cuidado directo como indirecto, afectando como se describió anteriormente la dimensión subjetiva y afectiva de la PAM.

¿Qué aspectos hacen que estas violencias y abusos se den en espacios de Cuidado? Es probable que la perpetuación de estas violencias, así como la inequidad de género en la relación de dar y recibir cuidado, esté en relación al el modelo patriarcal y capitalista en el que actualmente se desarrolla el ciclo vital del ser humano, cuestionamiento que emergen a partir de esta investigación, sin embargo es una hipótesis que exceden al objetivo de este estudio.

El reconocimiento del cuidado como derecho: a cuidar, a ser cuidado y al autocuidado; se constituye como un derecho humano individual, universal e inalienable de cada persona y por lo tanto, de prestación inmediata por parte del Estado a través de un conjunto de regulaciones que van desde el ocio hasta el acceso a las prestaciones sociales, de salud, recreativas, así como en la distribución de la responsabilidad para la prestación en relación al género.

Por tanto implica el diseño de políticas públicas que impulsen estrategias para acompañar y monitorear la calidad del cuidado ofrecido y recibido por parte de las familias significativas de la PAM, trascendiendo las condiciones de subordinación y maltrato mediante estrategias de “conciliación” elaboradas desde lo personal, familiar, comunitario y programático.

## 6.2. *Vulnerabilidad individual, social y/o programática.*

El análisis de la vulnerabilidad según el marco teórico propuesto por, Ayres *et al.*, (2003) buscó visibilizar de manera general, qué aspectos mayoritariamente estarían causando la vulneración de los derechos en esta población.

En este sentido, brevemente se describen los componentes, individual, social y programático y los hallazgos que se relacionan con cada uno de ellos.

En principio, entendiendo que la dimensión individual parte de que todas las personas son individuos susceptibles de sufrir una vulneración de alguno de los derechos humanos, el análisis toma como punto de partida, aquellos modos de vida de la PAM que pueden contribuir para que se expongan a la vulneración de sus derechos.

De esta manera, se puede determinar que la posibilidad de vulneración estaría relacionada con la calidad de la información que las PAM disponen sobre sus derechos, la forma como resuelven las disrupciones que puedan presentar (situaciones de abuso económico, dificultades para ejercer su participación política, etc.). Es decir, que a través de este componente se evalúa la capacidad que tiene la PAM de incorporar en sus repertorios cotidianos, sus preocupaciones, intereses y posibilidades efectivas, en materia de derechos, así como la transformación de sus preocupaciones en prácticas de prevención.

Este componente no se pudo evaluar, debido a que la exploración cualitativa no alcanza para realizar inferencias. Por tanto, sería un impreciso inferir vulneraciones con foco

en el componente individual a partir de la información obtenida. Por tanto, se propone que se profundice en esta línea en una ulterior investigación.

Respecto a la dimensión social, entendida como las posibilidades que la PAM tiene para acceder a la información, así como los significados sociales existentes en relación al valor e intereses de las personas, incluidas las posibilidades efectivas (disponibilidad de recursos materiales, culturales, políticos, de salud, educación, cultura, empleo, morales, etc.) que en el plano social tiene la PAM de poner en práctica cambios asociados a la información que reciba, es decir, que en este sentido este componente se enfoca directamente en factores contextuales, que definen y constatan una vulnerabilidad individual.

Al respecto mediante la investigación se logró determinar que la cultura predominantemente patriarcal predispone a la discriminación de las mujeres, generando vulneración de los derechos de las personas en base al género estrechamente vinculadas con el la autonomía personal y la capacidad jurídica.

Además pone en relieve cómo las prácticas tradicionales de cuidado son nocivas para las mujeres. Este hecho, cuya base también se encuentra relacionada con la desigualdad de género, es una dificultad, porque al no existir las provisiones suficientes para suplir la ausencia de las tradicionales cuidadoras, ellas se ven sobrecargadas con funciones asociadas a sus roles en la vida extradoméstica, doméstica y de cuidado.

A su vez, se identifica que las PAM y su proceso de envejecimiento se ve desarrollado en un contexto urbano, donde la migración masiva, la pobreza, la discriminación y los estereotipos sobre la edad y el género, junto a la soledad familiar como resultado de las modificaciones en la organización familiar, afectan el bienestar de las personas mayores adscritas al PSS.

Finalmente, como se observa desde el componente social, la vida de las personas en la sociedad está siempre mediada por diversas instituciones sociales, familias, escuelas, servicios de salud. Sin embargo para que los recursos sociales estén disponibles y garanticen el pleno goce de los derechos de las PAM, es necesario que existan esfuerzos programáticos (institucionales) en esta dirección.

En el plano la dimensión programática, el análisis de la vulnerabilidad busca justamente evaluar, cómo en circunstancias sociales dadas, las instituciones en este caso de salud, educación, bienestar social y cultura, entre otras, actúan como elementos que reproducen las condiciones socialmente dadas de vulnerabilidad. En otros términos la dimensión programática que propone Ayres (2003), hace referencia a la manera en que las

políticas, programas y acciones públicas están propiciando contextos desfavorables. O visto de otro modo: de qué manera estas instituciones propician en los sujetos una transformación en sus relaciones, valores, intereses, para emanciparse de situaciones de vulnerabilidad.

Al respecto con esta investigación se detectan dos grandes emergentes. Primero, el favorecimiento del empoderamiento de la PAM mediante la instalación de las directivas anticipadas, tema que aún no está fortalecido en el hospital; sin embargo está pensado y reconocido dentro de los puntos a desarrollar. Esta operativización es producto de un profundo proceso reflexivo a nivel institucional, que da cuenta de una intensión por garantizar el derecho a la información, autonomía y dignidad de las personas en la vejez.

Y segundo, se identifica que la fragmentación en la prestación de la atención generaría situaciones que van en contra del pleno goce de los derechos por parte de las PAM. Sin bien, es claro que existe una intencionalidad por brindar acompañamiento multidisciplinar a las PAM en las diferentes áreas así como en el transcurso de esta etapa de su vida, también se observa la ausencia de un eje reconocido que centralice y ponga en dialogo la evaluación individual con el contexto, trascendiendo la perspectiva biomédica.

Finalmente, la investigación permite ver que no todas las PAM cuentan con estudios a nivel secundario y menor proporción universitarios, esa situación de escolaridad también predispone a la vulneración de sus derechos. Sin embargo se espera que en la medida en la que avance la transición demográfica, las personas que lleguen a la vejez, tenga una mejor formación académica, porque su historia de vida no estuvo signada por la migración, aunque quizá si por otras determinantes que impacten de otra manera.

### 6.3 *Derechos: aportes del enfoque y la metodología*

El desarrollo de esta investigación permite poner en relieve 3 cuestiones principales:

La primera que para trabajar en torno al derecho fue necesario previamente desagregarlo o desenvolverlo a partir de los sub derechos y componentes/obligaciones que engloba, esta metodología sugerida por Medellín *et al.*(2011) junto con la metodología propuesta por Ayres *et al.* (2003) de realizar el análisis de los derechos en base a historias de casos, orientó el análisis de la información desde un enfoque de derechos, permitiendo tener una ruta clara para identificar cuáles eran afectados y a nivel de qué componentes.

En segundo lugar, el tener desagregados los derechos contemplados en la CIPDHPAM y operacionalizados en dimensiones emergentes, convierte a estas dimensiones en eje de

análisis de las políticas públicas para diversos fines. Por ejemplo dimensiones como Autonomía de la PAM; Redes de apoyo Familiar y/o social, etc pueden constituirse en dimensiones para hacer análisis transversales de política pública: de violaciones a determinado derecho, de exigibilidad, de justiciabilidad, realizar diagnósticos, construir indicadores, etc.

Por tanto, el desarrollo metodológico realizado para esta investigación se convierte en un resultado en sí mismo, porque aporta un marco analítico para el diseño y evaluación de políticas públicas con un enfoque en los derechos contemplados en la CIPDHPAM.

La tercera finalmente que el bienestar y el cuidado, la seguridad física económica y social, la equidad e igualdad de género, la protección judicial efectiva, la participación, integración e inclusión plena en la sociedad, así como el fortalecimiento de la protección comunitaria, principios contemplados en la CIPDHPAM, no se estarían favoreciendo a nivel social y programático, por tanto muchas situaciones cotidianas que viven las personas mayores las predisponen a que su derecho a tener una vivienda digna, accesibilidad y movilidad personal y a recibir cuidados integrales a largo plazo, sea vulnerado parcialmente en relación a algunos de los componentes esenciales en los que se desagrega.

Teniendo en cuenta la interrelación, dependencia reciproca e integralidad dada entre los componentes de todos los derechos, así como su carácter indivisible, es decir el rechazo a cualquier posible jerarquización, se puede afirmar que la vulneración de los derechos enunciados anteriormente impacta fuertemente en el pleno goce del derecho a: tener una vejez digna y segura sin ningún tipo de violencia, a ser independientes y autónomos y a estar integrados en la comunidad. Este efecto, advierte sobre la complejidad e importancia de favorecer y llevar a cabo la articulación entre los derechos en ambos contextos: social y programático, así como de resguardar los principios contemplados en la CIPDHPAM, con el fin de mitigar situaciones de vulnerabilidad.

#### *6.4 Limitaciones y dificultades encontradas en el proceso de investigación.*

La principal dificultad encontrada en esta investigación se asocia con la recuperación de los datos a partir de la FS para el análisis de la información que registra el ESS. Esta dificultad trae aparejada la limitación en la interpretación de los datos, porque si bien en el análisis se pudo constatar que las conclusiones presentadas en esta tesis están en relación con

Jerez Fonseca LC. Descripción de la vulnerabilidad con un enfoque de derechos de personas adultas 147 mayores residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, adscritos al Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires. [Tesis]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

estudios realizados en CABA, al mismo tiempo muchas variables no se pudieron tener en cuenta porque no contenían suficiente información.

Este es el caso, por ejemplo, del registro de las personas que viven solas, o también de las condiciones de necesidades de cuidado. Esta falta de registro habla, por un lado que el PSS es un programa que se generó recientemente y por lo tanto se encuentra en plena etapa de desarrollo de sus instrumentos de relevamiento y registro. Por otro lado como se mencionó previamente, el sub-registro también puede interpretarse en términos de la invisibilidad que tienen, para el ESS y para el propio PAM, considerar que sus necesidades pueden y deben ser contempladas por el Estado. En otros términos es posible pensar que se encuentra invisibilizado el derecho a una vejez digna, acompañada y sin dolor.

## 7. CONCLUSIONES

A modo de conclusión se pueden mencionar varios aspectos relevantes:

Se destaca que existen divergencias entre la percepción del profesional de la salud y la de las PAM respecto de las implicaciones que tiene el proceso de envejecimiento en el sujeto, asociados a la permanencia de estereotipos relacionados con esta etapa del ciclo vital.

Se explicita la necesidad de replantear el Cuidado para trascender la inequidad de género en la que se cimienta y se constituya como una cuestión social desde un enfoque de derechos

Es necesario formar en derechos de las personas mayores e instaurar esta iniciativa a en todas las generaciones con el fin de instalar favorecer una vejez digna. Para ello se deben establecer los mecanismos necesario que permitan a los ciudadanos mayores el ejercicio real de esos derechos.

El enfoque de derechos, en tanto metodología teórica operativa persigue un objetivo ético político que es la equidad social y de género, visibiliza e impulsa el diseño de políticas e públicas e instrumentos de intervención que permitan un ejercicio efectivo del conjunto de derechos humanos. Asimismo, problematiza la relación pasiva entre sujeto titular de derechos y discrecionalidad de programática, para romper la lógica binaria de actividad/pasividad entre el dador de cuidado y el receptor, que no solo incluye la práctica interpersonal de cuidar al otro sino que demanda un conjunto integrado de acciones transversales al respecto.

La propuesta presentada de indicadores, y el desarrollo conceptual realizado a partir de la metodología cualitativa y cuantitativa que se llevó a cabo, resulta de gran valor para la comprensión de la complejidad del enfoque de derecho. La misma resulta compleja, en relación al esfuerzo que requiere la interpretación de los derechos, para llevarlos de un plano conceptual a uno operativo.

En cuanto a la descripción de la vulnerabilidad, se puede concluir que la mayor parte de disrupciones de derechos se llevan a cabo en el componente social y programático según lo descrito por Ayres JR, (2003). Esto significa, que es a nivel de la relación dada entre estos dos niveles que se debe enfocar el esfuerzo por garantizar la formulación y operativización efectiva de políticas locales.

Es fundamental promover un enfoque intergeneracional transversal a toda la sociedad, con el fin de de-construir estereotipos que actualmente siguen vigentes en la población y perpetúan situaciones violentas a distintos niveles.

El avance que el HIBA realiza promoviendo el registro de directivas anticipadas, es un gran adelanto que debe fortalecerse desde los diferentes espacios: académicos, de consulta, comunitarios, con el fin de instalar progresivamente la reflexión sobre la muerte como una necesidad a ser discutida y contemplada a lo largo del ciclo vital.

La fragilidad instrumental de las PAM junto a los cuidados disfuncionales hace vulnerable a la PAM a abusos económicos que impiden su libertad y la posibilidad de administrar a su deseo los bienes y propiedades.

Se propone virar el abordaje del equipo socio sanitario de una perspectiva centrada en el modelo biopsicosocial a una con base en el derecho, considerando que esta última, como se evidencio en la investigación, permite una mirada más integral sobre la situación de las PAM, y a la vez respalda y orienta las intervenciones con miras a motorizar el cumplimiento de las obligaciones que permiten garantizar el derecho. Esto, porque debido a su carácter de integralidad e interdependencia, se logra visibilizar y reconocer que, un derecho solo se garantizar siempre y cuando ninguno este violentado.

## BIBLIOGRAFIA

Análisis comparado de la esperanza de vida con salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2013) *Población de Buenos Aires*, 10(18), pp. 7–29.

Disponible en:

[http://www.redalyc.org/pdf/740/Resumenes/Resumen\\_74029871001\\_1.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/740/Resumenes/Resumen_74029871001_1.pdf)

(Accedido: 10 de diciembre de 2017).

Aneas de Castro, S. D. (2000) “Riesgos y peligros: una visión desde la geografía”, *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 60.

Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/sn-60.htm>.

Antônio, R., Oviedo, M. y Czeresnia, D. (2015) “O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial”, *Interface*, 19(53), pp. 237–49. doi: 10.1590/1807-57622014.0436.

Arzate Salgado, Reyes, F. y Torres, R. (2007) “Desigualdad y vulnerabilidad en el colectivo de Adultos mayores en México y el Estado De México: una revisión multidisciplinaria”, *Quivera. Revista de Estudios Urbanos, Regionales, Territoriales, Ambientales y Sociales*, 9(2), pp. 231–262. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40190209> (Accedido: 28 de agosto de 2016).

Ayres, J. R. de C. M., Paiva, V., França, I., Gravato, N., Lacerda, R., Della Negra, M., Marques, H. H. de S., Galano, E., Lecussan, P., Segurado, A. C. y Silva, M. H. (2006) “Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS.”, *American journal of public health*, 96(6), pp. 1001–6. doi: 10.2105/AJPH.2004.060905.

Ayres, J. R. de C. M., Paiva, V., França, I., Gravato, N., Lacerda, R., Della Negra, M., Marques, H. H. de S., Galano, E., Lecussan, P., Segurado, A. C., Silva, M. H. y Silva, M. H. (2006) “Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS.”, *American journal of public health*. American Public Health Association, 96(6), pp. 1001–6. doi: 10.2105/AJPH.2004.060905.

Ayres, J. R., Franca Junior, I., Calanzans Junqueira, G. y Saletti Filho, H. C. (2003) “Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: Novas perspectivas e desafios”, en *A promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, pp. 117–139.

Bankoff, G., Frerks, G. y Hilhorst, D. (2004) “Introduction: mapping vulnerability”, en BANKOFF, G., G. F. Y. D. H. (ed.) *Mapping Vulnerability Disasters, Development & People*. 1a ed. Londres, Inglaterra: Earthscan, pp. 22–26. Disponible en:

[http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781136561627\\_sample\\_991061.pdf](http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781136561627_sample_991061.pdf)

(Accedido: 4 de septiembre de 2016).

Barometro de la deuda social con las personas mayores, O. de la D. S. A. (2017) “Las condiciones de salud de las personas mayores. Sus aspectos más críticos”, *Serie del Bicentenario*. 1ª. Editado por Educa. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (2), p. 10.

Beltrão, F., Claudio, J., Monteiro de Brito, F., Gómez, I., Pajares, E., Paredes, F. y Zúñiga, Y. (2014) *Derechos Humanos de los Grupos Vulnerables. Manual*.

Bravo, J. (2000) “Envejecimiento de la población y sistemas de pensiones en América Latina”, *Revista de la CEPAL*, (72), pp. 1–26. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/19282/bravo.pdf> (Accedido: 28 de agosto de 2016).

Bueno Sánchez, E. y Valle Rodríguez, G. (2008) “una aproximación a la vulnerabilidad por género. los referentes del empleo y la pobreza”, en Asociación Latinoamericana de Población (ed.) *pobreza y vulnerabilidad social. Enfoques y perspectivas*. 3ª ed. Río de Janeiro, Brasil., p. 22.

Canguilhem, G. (1990) *O normal e o patológico, História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Editado por Forense Universitaria. Rio de Janeiro. doi: 10.1590/S0104-59701997000200006.

Casado, M. (2009) “Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO”. 1a ed, *CEUR Workshop Proceedings*. 1a ed. Editado por CIVITAS. Barcelona. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.

CEPAL (2001) “Informe de la Reunión de Expertos: Seminario Internacional sobre las Diferentes Expresiones de la Vulnerabilidad Social en América Latina y el Caribe”, en Santiago de Chile, Chile: División de Población de la Cepal/Celade, p. 28. Disponible en: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/3/8283/P8283.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl>.

CEPAL (2002) *Vulnerabilidad Sociodemográfica: Viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*. Disponible en: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/10264/P10264.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl> (Accedido: 23 de agosto de 2016).

CEPAL (2003) *Las personas mayores en américa latina y el caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas*. Disponible en: <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/13233/DLE1973-Sintesis.pdf> (Accedido: 28 de septiembre de 2016).

Compán Vázquez, D. y Sánchez González, D. (2005) “Los ancianos al desván. El proceso de degradación biológica y social de la población mayor en el municipio de Granada”, *Cuadernos Geográficos*. Universidad de Granada, (36), pp. 255–274. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17103716> (Accedido: 28 de agosto de 2016).

Czeresnia, D. y Machado, de F. C. (2008) *Promoción de la salud : Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar.

Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., Williams, D. y Brummell, K. (2001) “Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis.”, *BMJ (Clinical research ed.)*, 323(7315), pp. 719–25. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11576978> (Accedido: 16 de agosto de 2016).

Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E. (2012) *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado*. 1a ed. Editado por IDES. Buenos Aires. Disponible en: [https://www.dropbox.com/home/DESIGUALDADES DE GÉNERO Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN AMÉRICA LATINA/Clase 4?preview=Las-lógicas-del-cuidado-infantil.-Entre-las-familias-el-Estado-y-el-mercado.1.pdf](https://www.dropbox.com/home/DESIGUALDADES_DE_GÉNERO_Y_POLÍTICAS_PÚBLICAS_EN_AMÉRICA_LATINA/Clase_4?preview=Las-lógicas-del-cuidado-infantil.-Entre-las-familias-el-Estado-y-el-mercado.1.pdf) (Accedido: 13 de diciembre de 2017).

Filgueira, C. H. (2001) “Estructura De Oportunidades Y Vulnerabilidad Social Aproximaciones Conceptuales Recientes”, en *Seminario internacional sobre Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, Cepal/Celade, p. 36. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/8283/cfilgueira.pdf> (Accedido: 4 de septiembre de 2016).

Fraser, N. (2012) “La política feminista en la era del reconocimiento: un enfoque bidimensional de la justicia de género”, *ARENAL*, 19(2), pp. 267–286. Disponible en: <http://revistaseug.ugr.es/index.php/arenal/article/view/1417/1589>.

García Saisó, A. (2003) *Las transformaciones del sistema de pensiones de jubilación en México*. Universitat Autònoma de Barcelona. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2003/tdx-0430104-154932/ags1de1.pdf> (Accedido: 28 de agosto de 2016).

Gascón, S. y Redondo, N. (2014) “Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia”, *Serie Políticas Sociales*, (207). Disponible en: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36948/S1420237\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36948/S1420237_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (Accedido: 10 de diciembre de 2017).

Gill, T. M., Baker, D. I., Gottschalk, M., Peduzzi, P. N., Allore, H. y Byers, A. (2002) “A Program to Prevent Functional Decline in Physically Frail, Elderly Persons Who Live at Home”, *New England Journal of Medicine*. Massachusetts Medical Society , 347(14), pp. 1068–1074. doi: 10.1056/NEJMoa020423.

Gómez Baptiste, X., Martínez Muñoz, M., Blay, C., Amblàs, J., Vila, L. y Costa, X. (2011) *de enfermedad crónica evolutiva con pronóstico de vida limitado. Identificación y Atención Integral- Integrada de Personas con Enfermedades*

*Crónicas Avanzadas en Servicios de Salud y Sociales, centro colaborador de la OMS para programas públicos de cuidados paliativos. Institut Català, d'Oncologia. Documento general. Cataluña. Disponible en:*  
<http://www.iconcologia.net>.

González, L. M. (2009) “Vulnerabilidad social y dinámica demográfica en Argentina, 2001-07”, *Cuadernos Geográficos*, 45(2), pp. 4–21. Disponible en: <http://www.ugr.es/~cuadgeo/docs/articulos/045/045-009.pdf> (Accedido: 4 de septiembre de 2016).

Guerriero, I., Ayres, J. R. C. y Hearst, N. (2002) “Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP”, *Revista de Saúde Pública*. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 36(4), pp. 50–60. doi: 10.1590/S0034-89102002000500008.

HelpAge International (2015) “Índice Global de Envejecimiento Age Watch 2015 Resumen ejecutivo”, p. 8. Disponible en: <http://www.helpage.es/sobre-nosotros/la-organizacion/>.

Kaztman, R. (1999) *Activos y estructuras de oportunidades. Estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay*. Disponible en: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/2/10772/P10772.xml> (Accedido: 22 de agosto de 2016).

Kaztman, R. (2000) *notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. Uruguay*. Disponible en: [http://ucu.edu.uy/sites/default/files/facultad/dcsp/vulnerabilidad\\_social.pdf](http://ucu.edu.uy/sites/default/files/facultad/dcsp/vulnerabilidad_social.pdf) (Accedido: 12 de agosto de 2016).

KAZTMAN, R., Beccaria, L., Filgueira, F. P., Golbert, L., Kessler-Icekson, G. y Kaztman, R. (1999) “Vulnerabilidad, activos y exclusión social en Argentina y Uruguay”.

Lluis Ramos, G. E. y Llibre Rodríguez, J. de J. (2004) “Fragilidad en el adulto mayor: Un primer acercamiento”, *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 1999, Editorial Ciencias Médicas, 20(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252004000400009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000400009) (Accedido: 23 de septiembre de 2016).

Luna, F. (2015) “Repensando políticas públicas desde la noción de capas de vulnerabilidad: el caso de las personas mayores”, *Bioethics Update*, 1(1), pp. 54–73. doi: 10.1016/j.bioet.2015.10.003.

Medellín, X., Fajardo, Z., Serrano, S., Ramírez, D., Rosales, H., Burgos, M., Vásquez, D. y Flores, F. (2011a) “Fundamentos teóricos de los derechos humanos”, p. 70. Disponible en: <http://www.defensoria.ipn.mx/Documents/DDH11G/Mod1/guia-induccion-curso4-cdhdf.pdf>.

Medellín, X., Fajardo, Z., Serrano, S., Ramírez, D., Rosales, H., Burgos, M., Vásquez, D. y Flores, F. (2011b) *Fundamentos teóricos de los derechos humanos*.

Menéndez, E. L. (1988) “Modelo medico hegemónico y atención primaria”, en *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires, pp. 451–464. Disponible en:  
[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/816\\_rol\\_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo\\_medico.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf)  
(Accedido: 13 de diciembre de 2017).

Ministerio de Hacienda (2013) *Dinámica y envejecimiento demográfico en la Ciudad de Buenos Aires. Evolución histórica y situación reciente*. Disponible en: [https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/dinamica\\_envejecimiento\\_demografico\\_2013\\_septiembre.pdf](https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/dinamica_envejecimiento_demografico_2013_septiembre.pdf) (Accedido: 14 de agosto de 2016).

Moreno Crossley, J. C. (2008) “El concepto de vulnerabilidad social en el debate en torno a la desigualdad: problemas, alcances y perspectivas.”, *Observatory on Structures and Institutions of Inequality in Latin America*, WORKING PA, pp. 29–32. Disponible en:  
[http://www.sitemason.com/files/chFeN2/Denilde\\_Holzhacker.pdf](http://www.sitemason.com/files/chFeN2/Denilde_Holzhacker.pdf).

Moser, C. O. N. (1998) “The asset vulnerability framework: Reassessing urban poverty reduction strategies”, *World Development*. Pergamon, 26(1), pp. 1–19. doi: 10.1016/S0305-750X(97)10015-8.

Naciones Unidas (2014) “Conclusiones. Segundo Foro Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores”, en. Mexico: Junio de 2014, p. 10. Disponible en: <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/fifth/Conclusioeswb2.pdf> (Accedido: 14 de agosto de 2016).

Observatorio de la deuda Argentina (2015) “Cultura democrática, confianza institucional, participación social y seguridad ciudadana. Una mirada sobre el modo en que las personas piensan, evalúan y practican la democracia en la Argentina actual.”, *Serie del Bicentenario*, (2), pp. 27–28. Disponible en: [http://www.fnv.org.ar/wp-content/uploads/2016/10/Boletín-Barometro-Personas-Mayores\\_para-web.compressed.pdf](http://www.fnv.org.ar/wp-content/uploads/2016/10/Boletín-Barometro-Personas-Mayores_para-web.compressed.pdf) (Accedido: 10 de diciembre de 2017).

OEA (2015) *convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*. Washington, D.C. Disponible en:  
[http://www.ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2015/06/Espa-%25C2%25A6o1\\_CONVENCI-%25C3%25B4N-INTERAMERICANA-SOBRE-LA-PROTECCI-%25C3%25B4N-DE-LOS-DERECHOS-HUMANOS-DE-LAS-PERSONAS-MAYORES.pdf](http://www.ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2015/06/Espa-%25C2%25A6o1_CONVENCI-%25C3%25B4N-INTERAMERICANA-SOBRE-LA-PROTECCI-%25C3%25B4N-DE-LOS-DERECHOS-HUMANOS-DE-LAS-PERSONAS-MAYORES.pdf) (Accedido: 28 de septiembre de 2016).

OEA. Departamento de Derecho Internacional. (2009) *Organización de los*

*Estados Americanos: Democracia para la paz, la seguridad y el desarrollo.*

Disponible en:

[http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.asp](http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp) (Accedido: 28 de septiembre de 2016).

OMS (2015) *Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud*. Disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1) (Accedido: 14 de agosto de 2016).

OPS y OMS (2012) *Salud en las Americas*. Disponible en:

[http://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=58%253Ahealth-determinants-and-inequalities&catid=24%253Achapters&Itemid=165&lang=es](http://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58%253Ahealth-determinants-and-inequalities&catid=24%253Achapters&Itemid=165&lang=es) (Accedido: 23 de septiembre de 2016).

Oscanoa, T., Romero-Ortuno, R. y Cruz-Jentoft, A. (2016) “Revista Española de Geriátría y Gerontología Estereotipos negativos asociados a la fragilidad en personas mayores Negative stereotypes associated with frailty in the elderly”, *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 51(4), pp. 225–228. doi: 10.1016/j.regg.2016.01.011.

Prowse, M. (2003) *Towards a clearer understanding of “vulnerability” in relation to chronic poverty*. Manchester, Inglaterra. Disponible en:

[http://www.chronicpoverty.org/uploads/publication\\_files/WP24\\_Prowse.pdf](http://www.chronicpoverty.org/uploads/publication_files/WP24_Prowse.pdf) (Accedido: 4 de septiembre de 2016).

Redondo, N., Manzotti, M. y De La Torre, E. (2013) *¿Cuánto cuesta y quién paga la dependencia en las personas mayores?* delhospital. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en:

[https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_archivos/13/Notas\\_PDF/13\\_dependenciacorte.pdf](https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_archivos/13/Notas_PDF/13_dependenciacorte.pdf) (Accedido: 10 de diciembre de 2017).

Redondo Nélica (2012) “Inequidades de género en los costos de la dependencia hacia el final de la vida”, *Revista Latinoamericana de Población*, 6(10), pp. 57–76. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3238/323828757003.pdf> (Accedido: 13 de diciembre de 2017).

Romero Ruvalcaba J (2005) “Discriminación y adultos mayores: un problema mayor”, *El Cotidiano*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, (134), pp. 56–63. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/325/32513408/> (Accedido: 3 de diciembre de 2017).

Sánchez-González, D. (2009) “Contexto ambiental y experiencia espacial de envejecer en el lugar: el caso de Granada”, *Papeles de población*. Universidad Autónoma del Estado de México, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, 15(60), pp. 175–213.

Sánchez González, D. y Egea Jiménez, C. (2011) “Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales: Su aplicación en el estudio de los adultos mayores”, *Papeles de población*. Universidad Autónoma del Estado de México, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, 17(69), pp. 151–185.

Schröder-Butterfill, E. (2004) “Inter-generational family support provided by older people in Indonesia.”, *Ageing and society*. Europe PMC Funders, 24(4), pp. 497–530. doi: 10.1017/S0144686X0400234X.

Schröder-Butterfill, E. y Marianti, R. (2006) “A framework for understanding old-age vulnerabilities.”, *Ageing and society*. Europe PMC Funders, 26(1), pp. 9–35. doi: 10.1017/S0144686X05004423.

Shapira Marcelo, J. R. (2003) *PROFAM. SALUD DEL ANCIANO*. 1a ed. Editado por P. Carrete. Buenos Aires. Disponible en: [http://www.fundacionmf.org.ar/files/cap\\_3.pdf](http://www.fundacionmf.org.ar/files/cap_3.pdf) (Accedido: 2 de diciembre de 2017).

Smith, A. y Hetherington, S. (2005) *Excluded Older People: Social Exclusion Unit Interim Report*. London. Disponible en: <http://www.sepho.org.uk/Download/Public/9766/1/SarahHetheringtonSEPHO2005.pdf> (Accedido: 4 de septiembre de 2016).

Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E. y Beck, J. C. (2002) “Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis.”, *JAMA*, 287(8), pp. 1022–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11866651> (Accedido: 21 de agosto de 2016).

Vignoli, J. R. (2000) *Vulnerabilidad demográfica: una faceta de las desventajas sociales*. Disponible en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/2000/S2000937.pdf> (Accedido: 23 de agosto de 2016).

Wong, R., Espinoza, M. y Palloni, A. (2007) “Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento”, *Salud Pública de México*. Instituto Nacional de Salud Pública, 49, pp. s436–s447.

## **APÉNDICES**

APENDICE A – OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	158
APENDICE B – MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	162
APENDICE C – CONSOLIDADO ANÁLISIS CUALITATIVO .....	164

*APENDICE A – Operacionalización de las variables*

<b>Variable</b>	<b>Descripción conceptual y operacional</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Valor</b>	<b>Fuente de datos</b>
<i>Datos Generales</i>				
Edad	Intervalo de tiempo calculado entre el día, mes y año del nacimiento, y el día, mes y año en que es valorado por el equipo socio-sanitario expresado en años.	Númerica	75- 105	BD
Sexo	Sexo biológico registrado en la HCE	Nominal	Femenino Masculino	BD
Nivel Educativo	Grado más alto completado, de acuerdo a las características del sistema educacional argentino	Nominal	Primario, Secundario, Terciario	BD
Lugar de residencia	Localización geográfica donde reside habitualmente el AM.	Nominal	Texto libre Institucionalizado	BD
Tiene cuidador formal	Al momento de la primera valoración, el PAM cuenta con un cuidador formal	Nominal	Si No	BD
<i>Examen Físico</i>				
Actividades de la vida diaria 0-8	Valor obtenido, el primer día de evaluación de la PAM según la escala de valoración de actividades de la Vida diaria	Númerica	0 - 8	BD
Actividades Instrumentales de a vida diaria 0 – 7	Valor obtenido, el primer día de evaluación de la PAM según la escala de valoración de actividades instrumentales de la Vida diaria.	Númerica	0 - 7	BD
Camina	Posibilidad de la PAM de deambular sin ayuda al momento de la primera valoración.	Nominal	Si No	BD
Complemento para la movilidad	Dispositivo que usa la PAM para asistirse en la deambulación, al momento de la primera valoración.	Nominal	Andador Bastón Ninguno	BD
Silla de ruedas	Uso de silla de ruedas como dispositivo para la movilización al momento de la primera valoración.	Nominal	Si No	BD
Utilización de pañal	Uso de pañal al momento de la primera valoración.	Nominal	Si No	BD
Postrado o con riesgo de escaras	Uso de pañal al momento de la primera valoración.	Nominal	Si No	BD
Conocimiento sobre prevención de escaras	Se comprueba conocimiento práctico para la prevención de escaras al momento de la primera valoración	Nominal	Si No	BD
Presencia de Sonda vesical	Se observa que la PAM posee sonda vesical al momento de la primera valoración.	Nominal	Si No	BD
Presencia de Sonda Nasogástrica	Se observa que la PAM posee sonda nasogástrica al momento de la primera valoración.	Nominal	Si No	BD
Presencia de Ostomías	Al momento de la primera valoración se observa que la	Nominal	Si No	BD

	PAM presenta ostomía.			
<i>Calidad de vida</i>				
Movilidad	Movilidad referida por la PAM al momento de la primera valoración.	Nominal	-Tengo que estar en la cama -Tengo algunos problemas para la movilidad -No tengo problemas para la movilidad	BD
Actividades cotidianas	Actividades referidas por el AM, las cuales realiza de forma cotidiana, al momento de la primera valoración.	Nominal	- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas - Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas - No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	BBD
Dolor / malestar	Dolor o malestar referido por la PAM al momento de la primera valoración.	Nominal	- Tengo dolor o malestar intenso - Tengo dolor o malestar medio - No tengo dolor ni malestar	BBD
Intensidad del Dolor	Puntaje que la PAM le asigna a la percepción que tiene sobre dolor, al momento de la primera valoración	Numérica	0 - 10	BD
Ansiedad / Depresión	Manifestación la PAM en relación a la vivencia de Ansiedad/ Depresión al momento de la primera valoración	Nominal	- Estoy muy ansioso y deprimido - Estoy medio ansioso y deprimido - No estoy medio ansioso ni deprimido	BBD
Mejor estado de salud imaginable (0 -100)	Puntaje que la PAM le asigna a la percepción que tiene sobre su estado de salud, al momento de la primera valoración	Numérica	0 - 100	BBD
<i>Problemas encontrados</i>				
Cuidado disfuncional	Al momento de la primera valoración se observa que la PAM presenta un cuidado disfuncional	Nominal	Si No	BD
Procesos administrativos	Al momento de la primera valoración se observa que la PAM presenta limitaciones en el cuidado relacionadas con procesos administrativos	Nominal	Si No	BD
Falta de apoyo	Al momento de la primera valoración se observa que la PAM presenta limitaciones para su movilidad y cuidado	Nominal	Si No	BD

	relacionado con falta de dispositivos de apoyo.			
Insomnio que afecta la calidad de vida	Al momento de la primera valoración se observa que la PAM presenta dificultad para dormir a la noche	Nominal	Si No	BD
Hidratación inadecuada	Al momento de la primera valoración se observa que la PAM presenta algún grado de deshidratación.	Nominal	Si No	BD
Sin controles médicos periódicos	Al momento de la primera valoración se observa que la PAM no presenta controles médicos anteriores.	Nominal	Si No	BD
Falta de actividad física acorde la necesidad del paciente	Al momento de la primera valoración se observa que la PAM no realiza actividad física asistida o voluntaria.	Nominal	Si No	BD
Olvidos frecuentes	Al momento de la primera valoración se observa que la PAM presenta dificultad para recordar experiencias recientes	Nominal	Si No	BD
Trastorno de conducta	Al momento de la primera valoración, cuidadores refieren que la PAM cambios de conducta inusitados.	Nominal	Si No	BD
Falta de motivación para realizar actividades	Al momento de la primera valoración, se observa que la PAM presenta falta de deseo por realizar actividades.	Nominal	Si No	BD
Habitad Inadecuado	Al momento de la primera valoración, se observa que la PAM vive en un habitad inadecuado según el instrumento para la revisión del hogar.	Nominal	Si No	BD
Escaras	Al momento de la primera valoración, se observa que la PAM presenta piel discontinua asociado a zonas de presión.	Nominal	Si No	BD
Tiene necesidades económicas	Al momento de la primera valoración, se concluye que el cuidado la PAM está limitado por dificultades económicas.	Nominal	Si No	BD
<i>Medicación</i>				
Administración inadecuada	Al momento de la primera valoración, se concluye que la PAM no está medicado de forma correcta.	Nominal	Si No	BD
Dificultad en la comprensión de la administración de la medicación	Al momento de la primera valoración, se concluye que la PAM y cuidadores se les dificultan comprender horarios, vías y dosis de la medicación que el anciano tiene indicada.	Nominal	Si No	BD
Dificultad en la Adherencia	Al momento de la primera valoración, se concluye que la PAM no desea tomar la medicación según la	Nominal	Si No	BD

	prescripción medica			
Dificultad en la disponibilidad del fármaco al momento de la toma	Al momento de la primera valoración, se concluye que la PAM no toma su medicación debido a falta de disponibilidad de la misma.	Nominal	Si No	BD
<i>Alimentación</i>				
Alimentación inadecuada	Al momento de la primera valoración, se concluye que la PAM no toma los alimentos adecuados.	Nominal	Si No	BD
Pérdida de peso en los últimos 6 meses	Al momento de la primera valoración, se concluye que la PAM está bajo de peso, en relación al peso referido que tenía 6 meses antes.	Nominal	Si No	BD
Cambio en el apetito o negativismo	Al momento de la primera valoración, se concluye que la PAM se muestra inapetente, o con dificultad para tomar la alimentación habitual.	Nominal	Si No	BD
Dificultad en la masticación y/o deglución	Al momento de la primera valoración, se concluye que la PAM tiene dificultad para masticar y/o deglutir los alimentos.	Nominal	Si No	BD

## *APENDICE B – Modelo de Consentimiento Informado*

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVITAR A LA INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROYECTO: Descripción de la Vulnerabilidad de Adultos Mayores residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con un Enfoque de Derechos  
INVESTIGADOR PRINCIPAL: Lady Catalina Jerez Fonseca

### INTRODUCCIÓN

Este proyecto se propone desarrollar participativamente un marco analítico con miras a describir la situación de vulnerabilidad del Adulto Mayor residente en CABA, adscrito al programa Socio-sanitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Para ello se propone una metodología que consistirá en una primera etapa de encuentros con informantes claves para el desarrollo de las dimensiones y aspectos relevantes de la vulnerabilidad con un enfoque de Derechos, una segunda etapa de formulación de indicadores y una tercera etapa que consistirá en la descripción de la vulnerabilidad según los indicadores propuestos para la población de las PAMdel PSS.

Lo convocamos a formar parte de este protocolo participando ya sea a través de una entrevista través de un grupo de discusión (presenciales y/o virtuales anonimizados) sobre la situación de vulnerabilidad de los pacientes adscritos por el Programa Socio-sanitario del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Para su información le describimos brevemente las características de la investigación participativa. Se trata de una metodología interactiva, que involucra a ustedes como informantes clave de la situación de la vulnerabilidad de los ancianos y a el equipo investigativo. Su participación implica desde la formulación principales problemas de salud detectados en los gerontes hasta la interpretación de los resultados y la discusión de los resultados.

El protocolo ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. El objetivo es que todos los que participan de este estudio se sientan libres de participar, sin estar obligados o influenciados. Puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin explicaciones.

Tendrá la posibilidad de plantear todas las dudas que puedan surgirle en cualquier momento del desarrollo del estudio.

Se le solicitará que firme este formulario de consentimiento, quedándose usted con una copia.

### CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Se tomarán todas las precauciones necesarias para proteger la privacidad y la confidencialidad de la información de los participantes en el estudio conforme a la Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326 (Ley de Habeas Data). Por lo tanto, usted no resultará identificado personalmente ante ninguna instancia institucional ni en ningún informe o publicación sobre el estudio.

### DERECHOS LEY 25.326

Ud tiene derecho al acceso de su información personal, solicitar rectificaciones en caso de errores y en caso de retirarse del estudio no se tratarán más datos a futuro salvo los almacenados hasta el momento del retiro.

### PROCEDIMIENTOS

Si usted decide participar en este estudio será invitado a participar de encuentros grupales.

### RIESGOS

Formar parte de este estudio puede exponerlo a los riesgos que conlleva el hecho de dar a conocer sus ideas y opiniones sobre temas que son sensibles para la comunidad.

### BENEFICIOS

A nivel individual Ud. podrá expresar las vivencias y problemas relacionados a la investigación; a nivel grupal expresarse en espacios de reflexión que generen acciones de cambio y transformación a nivel del equipo de trabajo.

### PROBLEMAS O PREGUNTAS

Si alguna vez necesita respuesta a alguna pregunta sobre este estudio deberá comunicarse con el Departamento de Epidemiología del HIBA, 4959-0200 interno 5398. Ante cualquier consulta sobre aspectos éticos relacionados con investigación clínica en general y con este protocolo en particular,

puede comunicarse con él o si tiene preguntas sobre los derechos de los participantes en el estudio puede llamar a la coordinadora del CEPI (Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano), Dra. Gustavo IzbizkyKarin Kopitowski, teléfono 4959-0200 int. 8425.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Luego de haber leído y comprendido las consideraciones previas, de haber realizado todas las preguntas necesarias al profesional informante y de haber recibido respuestas satisfactorias, **ACEPTO LA INCORPORACIÓN** al presente estudio, en forma voluntaria y dejando expresa constancia que puedo cambiar esta decisión en cualquier momento

-----  
DNI del voluntario                      Nombre y apellido del voluntario                      Firma y Fecha

-----  
DNI del testigo independiente.                      Nombre y apellido del testigo independiente

\_\_\_\_\_  
Firma y Fecha

APENDICE C – Consolidado Análisis Cualitativo

	<b>Código Explicativo</b>	<b>Código Explicativo de discusión</b>	<b>CI</b>	<b>Código interpretativo</b>	<b>CDE.</b>	<b>Dimensión Emergente</b>	<b>Art</b>	<b>Derecho</b>	<b>Componente de la convención</b>	<b>Tipo de Vulnerabilidad</b>
GD1.	<i>GD1.CE.1</i>	<i>“El evento por el cual se interna es un evento traumático, sufre un robo esto le produjo una fractura de pelvis [...] lo atropellaron y de ahí la fractura-” el chorro, lo choca, se cae, se quiebra, ingresa acá, en el central, en agudos”</i>	CI.1	Traumatismo por violencia por robo	CDE.5	Violencia en espacio publico	9	Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia	C1: Adoptar medidas legislativas, administrativas y de otra índole para prevenir, investigar, sancionar y erradicar los actos de violencia contra la persona mayor, así como aquellas que propicien la reparación de los daños ocasionados por estos actos.	Social y Programática
GD1.	<i>GD1.CE.2</i>	<i>“es una persona que quedó sola, que se dedicó el último tiempo de su vida acuidar a su mamá enferma, a su pareja enferma, mueren los dos, queda solo.[...] Entonces se le suma el stress de una mudanza, el stress de una muerte, el stress de un robo y el stress de una internación.”</i>	CI.2	Sin red Funcional de cuidado	CDE.1	Soledad	6	Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez	C2: Las instituciones públicas y privadas evitan el aislamiento de la persona mayor	Programática
GD1.	<i>GD1.CE.3</i>	<i>“es una persona que quedó sola, que se dedicó el último tiempo de su vida acuidar a su mamá enferma, a su pareja enferma, mueren los dos, queda solo.[...] Entonces se le suma el stress de una mudanza, el stress de una muerte, el stress de un robo y</i>	CI.2	Sin red Funcional de cuidado	CDE.1	Soledad	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C3: Asegurar que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que	Programática

		<i>el stress de una internación.”</i>							sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.	
GD1.	GD1.CE.4	<i>“Él básicamente tomó esta decisión [de mudarse] con el objetivo de facilitar lo controles médicos, el acceso a kinesiología, el acceso a medicina domiciliaria. Porque sino, el domicilio que él refiere como propio es el de Zona Norte”</i>	CI.3	Accesibilidad geográfica al Sistema de Salud.	CDE.2	Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.	26	Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal	C1:Garantizar la accesibilidad y la movilidad personal de la persona mayor para que pueda vivir en forma independiente y participe plenamente en todos los aspectos de la vida	Programática
GD1.	GD1.CE.5	<i>“Él básicamente tomó esta decisión [de mudarse] con el objetivo de facilitar lo controles médicos, el acceso a kinesiología, el acceso a medicina domiciliaria. Porque sino, el domicilio que él refiere como propio es el de Zona Norte”</i>	CI.4	Actividades recreativas de la PAM	CDE.2	Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.	19	Derecho a la salud	C1:Diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social.	Programática
GD1.	GD1.CE.6	<i>“Él básicamente tomó esta decisión [de mudarse] con el objetivo de facilitar lo controles médicos, el acceso a kinesiología, el acceso a medicina domiciliaria. Porque sino, el domicilio que él refiere como propio es el</i>	CI.5	Toma de decisiones	CDE.6	Autonomía de la PAM	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de	C1: Asegurar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos C2:Asegurar que la	Ninguna. Se favorece el derecho

		<i>de Zona Norte”</i>						condiciones	persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia, dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.	
GD1.	<i>GD1.CE.7</i>	<i>“él tiene también un hijo, que vive en brasil, pero con el cual ya hace años no tiene contacto” “Como 10 como 15 años” No quiso que lo llamaramos [...]. Lo que manifiesta una persona sin deterioro cognitivo, lo que él decida de quienes son sus referentes en situaciones determinadas...uno lo respeta”</i>	CI.5	Toma de decisiones	CDE.6	Autonomía de la PAM	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C1: Asegurar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos C4: Promover el pleno goce de estos derechos por la persona mayor, propiciando su autorealización, el fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas.	Social y Programática
GD1.	<i>GD1.CE.8</i>	<i>“es una persona que quedó sola, que se dedicó el último tiempo de su vida acuidar a su mamá enferma, a su pareja enferma, mueren los dos, queda solo...” “él tiene también un hijo, que vive en brasil, pero con el cual ya hace años no tiene contacto” “</i>	CI.2	Sin red Funcional de cuidado	CDE.1	Soledad	6	Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez	C2: Las instituciones públicas y privadas evitan el aislamiento de la persona mayor	Individual, Social y Programática
GD1.	<i>GD1.CE.9</i>	<i>“es una persona que quedó sola, que se dedicó el último tiempo de su vida acuidar a su mamá enferma, a su pareja enferma, mueren los dos,</i>	CI.2	Sin red Funcional de cuidado	CDE.1	Soledad	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus	C4: Promover el pleno goce de estos derechos por la persona mayor, propiciando su autorealización, el	Individual, Social y Programática

		<i>queda solo... “él tiene también un hijo, que vive en brasil, pero con el cual ya hace años no tiene contacto” “</i>						tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas.	
GD1.	GD1.CE.10	<i>En cuanto a la red social de él, más allá de los vecinos, ¿se pudo trabajar algo en este tema con él? No, él no tiene, no está saliendo, es reacio a lo que sea... más allá de estos vecinos, que como ahora le están brindado el cuidado de la casa, son básicamente los que le ayudan y lo visitan, a veces los domingos, esto es todo.</i>	CI.6	Negativismo a la interacción social	CDE.1	Soledad	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C3: Asegurar que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.	Social y Programática
GD1.	GD1.CE.11	<i>“se trabajó en ampliar, en generar una red, que si bien no se generó por él, son personas que en este momento se tornan significativas para él, que generan contacto, que lo ven [...] hoy en día, lo que es la foto de su red, siendo una persona que estaba solita. Se empezó a generar cuando empezamos a trabajar el tema del alta, a generar esos contactos, y un acercamiento con esas dos personas que son como amigos, vecinos, pero que no eran de trato frecuente, cotidiano, sino que eran como esas personas conocidas”</i>	CI.7	El desafío de ampliar su red de cuidado.	CDE.1	Soledad	12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	C10: Promover la interacción familiar y social de la persona mayor, teniendo en cuenta a todas las familias y sus relaciones afectivas.	Social y Programática

		<i>"Él tampoco se describe como una persona que vaya a formar parte de un grupo, o a ampliar su red."</i>								
GD1.	GD1.CE.12	<i>"se trabajó en ampliar, en generar una red, que si bien no se generó por él, son personas que en este momento se tornan significativas para él, que generan contacto, que lo ven [...] hoy en día, lo que es la foto de su red, siendo una persona que estaba solita. Se empezó a generar cuando empezamos a trabajar el tema del alta, a generar esos contactos, y un acercamiento con esas dos personas que son como amigos, vecinos, pero que no eran de trato frecuente, cotidiano, sino que eran como esas personas conocidas"</i> <i>"Él tampoco se describe como una persona que vaya a formar parte de un grupo, o a ampliar su red."</i>	CI.6	Negativismo a la interacción social	CDE.1	Soledad	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C3:Asegurar que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.	Individual, Social y Programática
GD1.	GD1.CE.13	<i>"se vuelve a casa [de la internación] con un cuidador que le asigna el plan de salud, que lo acompaña en casa, 6 horas aproximadamente"</i>	CI.8	Continuidad de los cuidados mediante la asignación de un cuidador	CDE.2	Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.	12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	C4: Establecer mecanismos para asegurar que el inicio y término de servicios de cuidado de largo plazo estén sujetos a la manifestación de la voluntad libre y expresa de la persona mayor.	Ninguna. Se favorece el derecho
GD1.	GD1.CE.14	<i>"básicamente la reestructuración dentro de la casa para favorecer la"</i>	CI.9	Reestructuración y adaptación de la Vivienda.	CDE.7	Vivienda digna y adecuada	24	Derecho a la vivienda	C5:Diseñar políticas que tengan en cuenta la necesidad de construir o	Programática

		<i>autonomía y ayudarse en la prevención de caídas, lo financió él, con ayuda de los vecinos, que fueron cuando él se fue de alta y lo ayudaron”</i>							adaptar progresivamente soluciones habitacionales con el fin de que estas sean arquitectónicamente adecuadas y accesibles a los adultos mayores con discapacidad y con impedimentos relacionados con su movilidad.	
GD1.	GD1.CE.15	<i>[Él actualmente está con] “unánimo deprimido, se hace difícil... y con unas características de una personalidad particular, con todo el tema de lo que es la vejez, la dependencia, hacen difícil el salir, digo con esa historia se comprende un poquito la dificultad de salir”</i>	CI.10	Factores que predisponen al Aislamiento, no participación social y falta de Movilidad	CDE.10	Dependencia y Depresión	6	Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez	C1: Las instituciones públicas y privadas ofrecen a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos C2: Las instituciones públicas y privadas evitan el aislamiento de la persona mayor	Individual y Programática
GD1.	GD1.CE.16	<i>[Él actualmente está con] “unánimo deprimido, se hace difícil... y con unas características de una personalidad particular, con todo el tema de lo que es la vejez, la dependencia, hacen difícil el salir, digo con esa historia se comprende un poquito la dificultad de salir”</i>	CI.10	Factores que predisponen al Aislamiento, no participación social y falta de Movilidad	CDE.10	Dependencia y Depresión	26	Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal	C1: Garantizar la accesibilidad y la movilidad personal de la persona mayor para que pueda vivir en forma independiente y participe plenamente en todos los aspectos de la vida	Individual y Programática
GD1.	GD1.CE.17	<i>[Él actualmente está con] “unánimo deprimido, se hace difícil... y con unas características de una personalidad particular, con todo el tema de lo que es la vejez, la dependencia, hacen</i>	CI.10	Factores que predisponen al Aislamiento, no participación social y falta de Movilidad	CDE.10	Dependencia y Depresión	8	Derecho a la participación e integración comunitaria	C1: Se crearán y fortalecerán mecanismos de participación e inclusión social de la persona mayor en un ambiente de igualdad que permita erradicar los	Programática

		<i>difícil el salir, digo con esa historia se comprende un poquito la dificultad de salir”</i>							prejuicios y estereotipos que obstaculicen el pleno disfrute de estos derechos de la persona adulta mayor.	
GD1.	GD1.CE.18	<i>"Es un hombre también bastante, reacio a algunas intervenciones y a su intimidad [...] por ejemplo, con kinesiología, hay unas cuestiones que él no está realizando. Por ahí, es medio reacio a eso... O también, al momento de la visita, le pedí que pudiera estar presente el cuidador porque era importante para nosotros para poder trabajar con él, Bueno, él no permitió eso”</i>	CI.11	Negatividad a la aceptación de kinesiología	CDE.6	Autonomía de la PAM	11	Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud	C4: La persona mayor tiene derecho a aceptar, negarse a recibir o interrumpir voluntariamente tratamientos médicos o quirúrgicos, incluidos los de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, investigación, experimentos médicos o científicos, ya sean de carácter físico o psíquico, y a recibir información clara y oportuna sobre las posibles consecuencias y los riesgos de dicha decisión	Individual y Programática
GD1.	GD1.CE.19	<i>"Es un hombre también bastante, reacio a algunas intervenciones y a su intimidad [...] por ejemplo, con kinesiología, hay unas cuestiones que él no está realizando. Por ahí, es medio reacio a eso... O también, al momento de la visita, le pedí que pudiera estar presente el cuidador porque era importante para nosotros para poder trabajar con él, Bueno, él no permitió eso”</i>	CI.5	Toma de decisiones	CDE.6	Autonomía de la PAM	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C1: Asegurar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos	Ninguna. Se favorece el derecho

GD1.	GD1.CE.20	<i>“ el apoyo del cuidador es fundamental... Fundamental porque él a la calle no está saliendo. El deambula en la casa pero no soporta mucho estar mucho tiempo de pie”</i>	CI.47	Riesto de sobre carga del cuidador	CDE.8	Cuidador	12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	C2: Diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión.	Programática
GD1.	GD1.CE.21	<i>“Es un cuidador que va por empresa, debería tener alguna formación, supervisión, debería tener todo eso...Pero en la realidad... no lo tienen”</i>	CI.48	Sin capacitación Forma, empirico{	CDE.8	Cuidador	12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	C5:Promover servicios que cuenten con personal especializado que pueda ofrecer una atención adecuada e integral y prevenir acciones o prácticas que puedan producir daño o agravar la condición existente.	Programática
GD1.	GD1.CE.22	<i>"yo al cuidador, ya te digo no lo pude conocer...Porque si bien le pedí que esté presente, fui en el horario en el que trabajaba... En ese momento, el paciente le había pedido que no esté presente. "al momento de la visita, le pedí que pudiera estar presente el cuidador porque era importante para nosotros para poder trabajar con él, bueno, él no permitió eso”</i>	CI.5	Toma de decisiones	CDE.6	Autonomía de la PAM	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C1: Asegurar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos	Ninguna. Se favorece el derecho
GD1.	GD1.CE.23	<i>"cuando yo fui [al domicilio] había mandado a la farmacia al cuidador. Así que estimo</i>	CI.49	Rol de asistencia en actividades instrumentales: facilita	CDE.8	Cuidador	-	-	-	-

		que [la compra de medicamentos] lo haga a través del cuidador.		la accesibilidad económica						
GD1.	GD1.CE.24	"Aunque a veces el recurso económico exista, durante una internación el acceso a su economía está limitado y nadie puede hacerse cargo a eso, entonces, era evidente que esta persona necesitaba [un cuidador] Y justamente esa persona no quería externarse sin eso. [Entonces] se le ofreció porque él como que no comprendía, no se encontraba con un apoyo para que pudiera salir. Uno considera que en este tipo de población una internación prolongada termina siendo perjudicial. Entonces, lo que se busca es que continúe su proceso de rehabilitación y recuperación fuera de lo que es la internación"	CI.2	Sin red Funcional de cuidado	CDE.1	Soledad	12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	C4: Establecer mecanismos para asegurar que el inicio y término de servicios de cuidado de largo plazo estén sujetos a la manifestación de la voluntad libre y expresa de la persona mayor.	Social y Programática
GD1.	GD1.CE.25	"Aunque a veces el recurso económico exista, durante una internación el acceso a su economía está limitado y nadie puede hacerse cargo a eso, entonces, era evidente que esta persona necesitaba [un cuidador] Y justamente esa persona no quería externarse sin eso. [Entonces] se le ofreció porque él como que no comprendía, no se encontraba con un apoyo para que pudiera salir. Uno	CI.2	Sin red Funcional de cuidado	CDE.1	Soledad	19	Derecho a la salud	C1: Diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de	Ninguna. Se favorece el derecho

		<i>considera que en este tipo de población una internación prolongada termina siendo perjudicial. Entonces, lo que se busca es que continúe su proceso de rehabilitación y recuperación fuera de lo que es la internación”</i>							bienestar, físico, mental y social.	
GD1.	GD1.CE.26	<i>”Aunque a veces el recurso económico exista, durante una internación el acceso a su economía está limitado y nadie puede hacerse cargo a eso, entonces, era evidente que esta persona necesitaba [un cuidador] Y justamente esa persona no quería externarse sin eso. [Entonces] se le ofreció porque él como que no comprendía, no se encontraba con un apoyo para que pudiera salir. Uno considera que en este tipo de población una internación prolongada termina siendo perjudicial. Entonces, lo que se busca es que continúe su proceso de rehabilitación y recuperación fuera de lo que es la internación”</i>	CI.60	Dificultad para el acceso a su dinero durante la internación.	CDE.11	Fragilidad instrumental de la PAM en el manejo de su economía	30	Igual reconocimiento como persona ante la ley	C6: Garantizar el derecho de la persona mayor, en igualdad de condiciones con las demás, a controlar sus propios asuntos económicos.	Programática
GD1.	GD1.CE.27	<i>”Aunque a veces el recurso económico exista, durante una internación el acceso a su economía está limitado y nadie puede hacerse cargo a eso, entonces, era evidente que esta persona necesitaba [un cuidador] Y justamente esa persona no quería externarse</i>	CI.61	Faltade de Administración formalizada de su economía	CDE.11	Fragilidad instrumental de la PAM en el manejo de su economía	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C1: Asegurar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos C2: Asegurar que la persona mayor tenga	Individual y Programática

		<i>sin eso. [Entonces] se le ofreció porque él como que no comprendía, no se encontraba con un apoyo para que pudiera salir. Uno considera que en este tipo de población una internación prolongada termina siendo perjudicial. Entonces, lo que se busca es que continúe su proceso de rehabilitación y recuperación fuera de lo que es la internación”</i>							acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.	
GD1.	GD1.CE.28	<i>“Lo que manifiesta una persona sin deterioro cognitivo, lo que él decida de quienes que son sus referentes en situaciones determinadas...uno lo respeta”</i>	CI.39	Respeto por sus decisiones	CDE.6	Autonomía de la PAM	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C1: Asegurar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos	Ninguna. Se favorece el derecho
GD2.	GD2.CE.1	<i>Derivada por una médica de ambulatorio, más que nada por la situación del contexto social en la que ella se encontraba y por la dificultad de seguimientos médicos. Porque uno de los motivos de derivación fue esta, que parecía que había dificultades con lo que es la atención...</i>	CI.19	Dificultad de seguimientos Médicos	CDE.2	Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.	19	Derecho a la salud	C1:Diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social.	Programática

GD2.	GD2.CE.2	<i>[En relacion a la medicación] Tenía una discrepancia entre lo que le había pedido la médica y lo que ella tenía para ir a comprar, para pedir...</i>	CI.62	Discrepancia en la medicación	CDE.9	Riesgo de administración inadecuada de la medicación	19	Derecho a la salud	C14:Garantizar a la persona mayor la disponibilidad y el acceso a los medicamentos reconocidos como esenciales por la Organización Mundial de la Salud, incluyendo los fiscalizados necesarios para los cuidados paliativos	Programática
GD2.	GD2.CE.3	<i>¿No quiere tomar medicación psiquiátrica? No. Porque dice que lo hizo mal esa medicación y no siguió. No es que bueno... fue a la médica y le dijo: "Mirá, esto me está haciendo mal..." Quedó ahí, como perdido como... abandono el tema. Ella sí está en tratamiento psicológico, lo que no está es en tratamiento psiquiátrico. Porque ella refirió que tuvo dificultades con la medicación y después la abandonó.</i>	CI.40	Abandonó de la medicación psiquiátrica	CDE.6	Autonomía de la PAM	11	Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud	C1: Elaborar mecanismos para asegurar que la información que se brinde a la PAM sea adecuada, clara y oportuna, disponible sobre bases no discriminatorias, de forma accesible y presentada de manera comprensible de acuerdo con la identidad cultural, nivel educativo y necesidades de comunicación de la persona mayor. C4: La persona mayor tiene derecho a aceptar, negarse a recibir o interrumpir voluntariamente tratamientos médicos o quirúrgicos, incluidos los de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, investigación, experimentos médicos o científicos, ya sean de carácter físico o psíquico,	Ninguna. Se favorece el derecho

									y a recibir información clara y oportuna sobre las posibles consecuencias y los riesgos de dicha decisión	
GD2.	GD2.CE.4	¿No quiere tomar medicación psiquiátrica? No. Porque dice que lo hizo mal esa medicación y no siguió. No es que bueno... fue a la médica y le dijo: "Mirá, esto me está haciendo mal..." Quedó ahí, como perdido como... abandono el tema. Ella sí está en tratamiento psicológico, lo que no está es en tratamiento psiquiátrico. Porque ella refirió que tuvo dificultades con la medicación y después la abandonó.	CI.40	Abandonó de la medicación psiquiátrica	CDE.6	Autonomía de la PAM	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C1: Asegurar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos	Ninguna. Se favorece el derecho
GD2.	GD2.CE.5	¿No quiere tomar medicación psiquiátrica? No. Porque dice que lo hizo mal esa medicación y no siguió. No es que bueno... fue a la médica y le dijo: "Mirá, esto me está haciendo mal..." Quedó ahí, como perdido como... abandono el tema. Ella sí está en tratamiento psicológico, lo que no está es en tratamiento psiquiátrico. Porque ella refirió que tuvo dificultades con la medicación y después la abandonó.	CI.20	Dificultad para garantizar el seguimiento por psiquiatría. Dificultad en la implementación de estrategias para lograr adherencia a la medicación	CDE.2	Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.	6	Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez	C1: Las instituciones públicas y privadas ofrecen a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos	Programática
GD2.	GD2.CE.6	Ella misma incorpora una terapeuta que va a domicilio,	CI.21	Dificultades para la Accesibilidad a la	CDE.2	Accesibilidad al sistema de	19	Derecho a la salud	C7:Garantizar el acceso a beneficios y servicios de	Programática

		<i>que consiguió a través de la vecina. En el caso de ella, particularmente, lo hace por cuenta propia, de manera privada y a domicilio. "No comenzó el tratamiento psiquiátrico pero sí el tratamiento terapéutico va a una psicóloga una vez por semana y continúa el tratamiento" "Esa psicóloga va por cuenta...por privado"</i>		salud mental. Contratación particular de un psicólogo		salud y a cuidados integrales.			salud asequibles y de calidad para la persona mayor con enfermedades no transmisibles y transmisibles, incluidas aquellas por transmisión sexual.	
GD2.	GD2.CE.7	<i>Ahora, está iniciándose un grupo de psicogeriatría... que eso está bueno, pero hace poquito se implementó y la zona que cubre todavía es pequeña.</i>	CI.22	Iniciativa: Generación de un Grupo de psicogeriatría	CDE.2	Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.	19	Derecho a la salud	C10:Fortalecer las capacidades de los trabajadores de los servicios de salud, sociales y socio-sanitarios integrados y de otros actores, en relación con la atención de la persona mayor, teniendo en consideración los principios contenidos en la presente Convención.	Ninguna. Se favorece el derecho
GD2.	GD2.CE.8	<i>Hay dificultades con lo que es la atención de salud mental con los viejos. [...] se torna en algo complejo como para que rápidamente accedan...todo lo que es la atención de salud mental... además esta persona vive re lejos, está tercerizado... A1- Y vos de esta persona que tema te hace pensar en necesidades respecto de lo que tiene o de lo que podría tener ? Yo particularmente con ella, tenía que ver con la</i>	CI.23	Dificultades para la Accesibilidad a la salud mental. Tercerización de la salud mental	CDE.2	Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.	19	Derecho a la salud	C7:Garantizar el acceso a beneficios y servicios de salud asequibles y de calidad para la persona mayor con enfermedades no transmisibles y transmisibles, incluidas aquellas por transmisión sexual.	Programática

		<i>atención de su salud mental. Sería bueno que logremos que ella esté medicada, digo, las depresiones... o sea está deprimida y esta triste.</i>								
GD2.	GD2.CE.9	<i>En domicilio, las pacientes que no se pueden trasladar [a consulta de salud mental], TAMBIÉN es bastante complejo porque está terciarizado</i>	CI.24	Dificultades para la Accesibilidad física a la salud mental. Tercerización de la salud mental	CDE.2	Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.	19	Derecho a la salud	C2: Asegurar la atención preferencial y el acceso universal, equitativo y oportuno en los servicios integrales de salud de calidad basados en la atención primaria, y aprovechar la medicina tradicional, alternativa y complementaria, de conformidad con la legislación nacional y con los usos y costumbres.	Programática
GD2.	GD2.CE.10	<i>En domicilio, las pacientes que no se pueden trasladar [a consulta de salud mental], TAMBIÉN es bastante complejo porque está terciarizado</i>	CI.25	Dificultades para la Accesibilidad física a la salud mental. Tercerización de la salud mental	CDE.2	Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.	26	Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal	C2: Garantizar la accesibilidad y la movilidad personal de la persona mayor así como la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso en: edificios, vías públicas, transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como centros educativos, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo.	Programática
GD2.	GD2.CE.11	<i>Por las características de esta persona, sin el apoyo... terapéutico, trabajar un poco con su estado anímico... era difícil que se activaran otras cuestiones. Ella está deprimida. Entonces, todo es</i>	CI.8	Depresión	CDE.1	Soledad	19	Derecho a la salud	C1: Diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención	Individual, Social y Programática

		<i>como medio difícil. No se mueve sola por [...] una cuestión anímica fundamentalmente, porque eso está también limitando su entrenamiento, su mejora, en el rendimiento motriz. Su estado anímico no estaba bien, por lo que estaba triste, o se angustiaba por momentos. Empezó por la psicóloga...La médica le hace la orden...Evalúa si se beneficiaría, y hace la indicación. El tema es que ella tienen que hacer la gestión de llamar y solicitar...</i>							de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social.	
GD2.	GD2.CE.12	<i>En una situación de depresión se reactiva el duelo absoluto. Entonces en esto, de colaborar en esto... Sin ese soporte, digamos, para mí, era importante que tuviera su psicóloga porque sin eso, nada de lo demás le va a interesar o va a poder activar. Cuando está en esta situación, se caiga o no se caiga, no le importa nada... Como para generar desde ella algún tipo de cambio, a alguna cosa...</i>	CI.8	Depresión	CDE.1	Soledad	19	Derecho a la salud	C1:Diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social.	Programática
GD2.	GD2.CE.13	<i>¡No, no sale a la calle chicas! Esta señora no sale a la calle salvo que sea una situación que requiera....Hacer una consulta o hacer un trámite nada más... Tiene dificultades</i>	CI.63	Impacto en la movilidad de la PAM	CDE.12	Depresión	19	Derecho a la salud	C7:Garantizar el acceso a beneficios y servicios de salud asequibles y de calidad para la persona mayor con enfermedades no transmisibles y	Programática

		<p><i>en la marcha. Tiene inestabilidad en la marcha. Tienen sobrepeso. Pero además... Tiende a no querer hacer nada, a no salir a calle. Porque lo anímico involucra mucho. Yo cuando la veo caminar, se va agarrando, y además como es grandota... Después tiene un bastón. El bastón es muy inestable...yo el andador no lo indico. Lo que digo es "¿Por qué no lo chequeas con el kinesiólogo para ver si el que considera que es una indicación apropiada?"... Digo... No es mi especialidad. Pero por lo que uno veía, iba a facilitar la ESTABILIDAD y el riesgo de caída, en alguien que camina todo así (señas de inestabilidad)</i></p>							transmisibles, incluidas aquellas por transmisión sexual.	
GD2.	GD2.CE.14	<p><i>¡No, no sale a la calle chicas! Esta señora no sale a la calle salvo que sea una situación que requiera....Hacer una consulta o hacer un trámite nada más...Tiene dificultades en la marcha. Tiene inestabilidad en la marcha. Tienen sobrepeso. Pero además... Tiende a no querer hacer nada, a no salir a calle. Porque lo anímico involucra mucho. Yo cuando la veo caminar, se va agarrando, y además como es grandota... Después tiene un bastón. El</i></p>	CI.63	Impacto en la movilidad de la PAM	CDE.12	Depresión	26	Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal	C2: Garantizar la accesibilidad y la movilidad personal de la persona mayor así como la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso en: edificios, vías públicas, transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como centros educativos, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo.	Programática

		<i>bastón es muy inestable...yo el andador no lo indico. Lo que digo es “¿Por qué no lo chequeas con el kinesiólogo para ver si el que considera que es una indicación apropiada?”... Digo... No es mi especialidad. Pero por lo que uno veía, iba a facilitar la ESTABILIDAD y el riesgo de caída, en alguien que camina todo así (señas de inestabilidad)</i>							
GD2.	GD2.CE.15	<i>No quiere salir, porque le da miedo. ...O sea lo anímico atraviesa todo por eso la idea de [que] incorpore kinésico a domicilio, que vaya incorporando el uso de un andador, Que la marcha la desempeñe aunque sea dentro del domicilio , el entrenamiento, como ejercitación y en su momento fue, con la cuidadora salir a la vereda, era como la indicación como estrategia. Decir: “hasta la verdea...” y que vuelva... Hacer un proceso de ir acostumbrándola a salir, sin la necesidad de hacer un trámite. Esas cosas... Ella no puede moverse sola. Primero, no sale a la calle, salvo que tenga que algún trámite, y después no se mueve sola tampoco</i>	CI.63	Impacto en la movilidad de la PAM	CDE.12	Depresión	19	Derecho a la salud	Programática

GD2.	GD2.CE.16	<i>No quiere salir, porque le da miedo. ...O sea lo anímico atraviesa todo por eso la idea de [que] incorpore kinésico a domicilio, que vaya incorporando el uso de un andador, Que la marcha la desempeñe aunque sea dentro del domicilio , el entrenamiento, como ejercitación y en su momento fue, con la cuidadora salir a la vereda, era como la indicación como estrategia. Decir: “hasta la verdea...” y que vuelva... Hacer un proceso de ir acostumbrándola a salir, sin la necesidad de hacer un trámite. Esas cosas... Ella no puede moverse sola. Primero, no sale a la calle, salvo que tenga que algún trámite, y después no se mueve sola tampoco</i>	CI.63	Impacto en la movilidad de la PAM	CDE.12	Depresión	26	Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal	C2: Garantizar la accesibilidad y la movilidad personal de la persona mayor así como la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso en: edificios, vías públicas, transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como centros educativos, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo.	Programática
GD2.	GD2.CE.17	<i>No quiere salir, porque le da miedo. ...O sea lo anímico atraviesa todo por eso la idea de [que] incorpore kinésico a domicilio, que vaya incorporando el uso de un andador, Que la marcha la desempeñe aunque sea dentro del domicilio , el entrenamiento, como ejercitación y en su momento fue, con la cuidadora salir a la vereda, era como la indicación como estrategia.</i>	CI.63	Impacto en la movilidad de la PAM	CDE.12	Depresión	6	Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez	C1: Las instituciones públicas y privadas ofrecen a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos	Programática

		<i>Decir: “hasta la verdea...” y que vuelva... Hacer un proceso de ir acostumbrándola a salir, sin la necesidad de hacer un trámite. Esas cosas... Ella no puede moverse sola. Primero, no sale a la calle, salvo que tenga que algún trámite, y después no se mueve sola tampoco</i>								
GD2.	GD2.CE.18	<i>Ella se transporta, se traslada, con remis, que lo paga ella, tiene dificultades pero va organizando sus finanzas. Para poder trasladarse en remis.  No tiene recursos económicos como para.. Digo, está un poco limitada en esto, cuántos remises se toma, de qué manera utiliza su dinero. Pero hasta ahí...</i>	CI.64	Dificultan el traslado de la PAM	CDE.16	Dificultades economicas	26	Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal	C7: Adoptar medidas pertinentes para promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a la persona mayor para asegurar su acceso a la información. C10: Adoptar medidas pertinentes para promover iniciativas en los servicios de transporte público o de uso público para que haya asientos reservados para la persona mayor, los cuales deberán ser identificados con la señalización correspondiente.	Programática
GD2.	GD2.CE.19	<i>Hay una vecina, que sí estuvo presente, que le brinda apoyo. O sea, que supervisa, la ayuda, en las gestiones administrativas y le da compañía también. Si le pasa algo a la noche ella [...] Tiene a su vecina que está enfrente, ella está sola..</i>	CI.9	Soledad	CDE.1	Soledad	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C3: Asegurar que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar	Programática

									su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.	
GD2.	GD2.CE.20	<i>Hay una vecina, que sí estuvo presente, que le brinda apoyo. O sea, que supervisa, la ayuda, en las gestiones administrativas y le da compañía también. Si le pasa algo a la noche ella [...] Tiene a su vecina que está enfrente, ella está sola..</i>	CI.9	Soledad	CDE.1	Soledad	6	Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez	C2:Las instituciones públicas y privadas evitan el aislamiento de la persona mayor	Individual y Programática
GD2.	GD2.CE.21	<i>La señora [que la cuida] hacía tareas domésticas antes. Y la hija de ella [...] también se incorporó para brindar algunas cosas [cuidado], pero se lo organizó ella, [ella] capacitación no la tiene, porque es la señora que era la que trabajaba en tareas domésticas [...] y ahora le brinda un poco más de asistencia en su higiene, la ayuda a vestir.</i>	CI.50	Perfil de la cuidadora	CDE.8	Cuidador	19	Derecho a la salud	C16:Promover y garantizar progresivamente, y de acuerdo con sus capacidades, el acompañamiento y la capacitación a personas que ejerzan tareas de cuidado de la persona mayor, incluyendo familiares, con el fin de procurar su salud y bienestar.	Programática
GD2.	GD2.CE.22	<i>¿Quién le va a cobrar la jubilación? Va ella, con asistencia de la vecina o de la cuidadora.</i>	CI.49	Rol de asistencia en actividades instrumentales: facilita la accesibilidad económica	CDE.8	Cuidador	30	Igual reconocimiento como persona ante la ley	C6: Garantizar el derecho de la persona mayor, en igualdad de condiciones con las demás, a controlar sus propios asuntos económicos.	Programática
GD2.	GD2.CE.23	<i>¿Quién le va a cobrar la jubilación? Va ella, con asistencia de la vecina o de la cuidadora.</i>	CI.49	Rol de asistencia en actividades instrumentales: facilita la accesibilidad económica	CDE.8	Cuidador	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus	C3:Asegurar que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria,	Ninguna. Se favorece el derecho

								tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.	
GD2.	GD2.CE.24	<i>Una de las cosas que está haciendo es pintar mandalas... y eso le encanta, y eso estaba haciendo hasta ahí... Escucha la radio, ve televisión. Internet, no.</i>	CI.31	Actividades recreativas de la PAM	CDE.3	Actividades recreativas de la PAM	22	Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte	C1: Promover el desarrollo de servicios y programas de recreación, incluido el turismo, así como actividades de esparcimiento y deportivas que tengan en cuenta los intereses y las necesidades de la persona mayor, en particular de aquella que recibe servicios de cuidado a largo plazo, con el objeto de mejorar su salud y calidad de vida en todas sus dimensiones y promover su autorrealización, independencia, autonomía e inclusión en la comunidad.	Ninguna. Se favorece el derecho
GD2.	GD2.CE.25	<i>Ella tenía dolor en las piernas pero no era algo que ella refiriera</i>	CI.65	"Ella tenía dolor en las piernas pero no era algo que ella refiriera"	CDE.13	Naturalización del Dolor en la vejez	6	Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez	C2: Las instituciones públicas y privadas evitan el aislamiento de la persona mayor	Individual y Programática
GD2.	GD2.CE.26	<i>Los nietos le propusieron irse [con ellos]. Pero no, ella no quiere irse... ¿Irse para España?- Sí. Pero bueno,...</i>	CI.10	Elegir la soledad antes que cambiar el lugar de residencia	CDE.1	Soledad	7	Derecho a la independencia y a la autonomía	C2: Asegurar que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia, dónde	Individual y Programática

		<i>es un caso muy particular éste...Porque está muy sola</i>						conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.	
GD2.	GD2.CE.27	<i>Esta señora está en una situación muy complicada. Además, [los hijos] se murieron de maneras bastantes traumáticas, uno de los hijos en España, -ah mama ya voy-, camionero, no sé qué..., fue su último llamado y se murió... Y el hijo de acá, le dijeron [a ella] que se iba de viaje, que estaba de viaje [y estaba enfermero], o sea ella no pudo estar en el proceso de enfermedad de su hijo, ni durante la de internación... le mintieron... [la pareja del] hijo, le envía como si fuera chocolate de Bariloche. Porque me voy de viaje a Bariloche... Le manda chocolate como si estuviera en Bariloche. El hijo estaba internado muriéndose... Y se muere, y después le avisan que se murió, o sea que no le permitieron participar y acompañar y lo que quisiera hacer en relación a la muerte de su hijo"</i>	CI.66	Derecho a la información	CDE.15	Derecho a la información	14	Derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información	C2: Adoptar medidas destinadas a garantizar a la persona mayor el ejercicio efectivo del derecho al acceso a la información, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población y por los medios de su elección	Social
GD2.	GD2.CE.30	<i>Ella no tiene a nadie, sus dos hijos murieron. Uno de ellos vivía en España, y los hijos de ese hijo viven en España,o</i>	CI.69	Los hijos murieron	CDE.17	Red de apoyo Familiar y/o Social?	-	-	-	-

	<p><i>sea lo nietos de esta señora, viven en España. Tienen contacto telefónico, cada tanto la han venido a ver... pero desde el equipo, o sea, yo no tuve contacto con ellos. Esta señora está en una situación muy complicada. Además, [los hijos] se murieron de manera bastante traumáticas, uno de los hijos en España, " ah mama ya voy", camionero, no sé qué..., fue su último llamado y se murió...</i></p> <p><i>Y el hijo de acá le dijeron que se iba de viaje, que estaba de viaje, o sea ella no pudo estar en el proceso de enfermedad de su hijo, ni durante la de internación... le mintieron, hasta le llevaron como un cuadrito, esto para el tema de derechos es interesante, ¿no? Como que él estaba de viaje, ¿se entiende...?</i></p> <p><i>b- [la pareja] Con el hijo, le envían como si fuera chocolate de Bariloche. Porque me voy de viaje en Bariloche... Le manda chocolate como si estuviera en Bariloche. El hijo estaba internado muriéndose... Y se muere, y después le avisan que se murió, o sea que no le permitieron participar y acompañar y lo que quisiera hacer en relación a la muerte</i></p>								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

		<i>de su hijo</i>								
GD3.	GD3.CE.1	<i>Este señor, es viudo y tiene dos hijas. Pero tiene dos hijas con las cuales no tiene vínculo. Las hijas, en palabras de su amigo, no quieren saber nada de él. "Dos hijas que no quieran saber absolutamente nada de su padre, ni de sus bienes, ni de su salud...absolutamente nada..."</i>	CI.70	Sin vinculo con las hijas. Viudo	CDE.17	Red de apoyo Familiar y/o Social?	9	Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia	C4:Establecer o fortalecer mecanismos de prevención de la violencia, en cualquiera de sus manifestaciones, dentro de la familia, unidad doméstica, lugares donde recibe servicios de cuidado a largo plazo y en la sociedad para la efectiva protección de los derechos de la persona mayor.	Social
GD3.	GD3.CE.2	<i>Cuando él [La PAM] se va de alta., se va con cuidadora y algunas horas paga por el plan de salud dada su situación...Y el amigo se había encargado de gestionar una cuidadora para cubrir el resto del día, que él este acompañado.</i>	CI.71	Orientar la gestión del cuidador y favorecer la Autonomía de la PAM	CDE.21	Rol del ESS	12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	C2: Diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión.	Se favorece parcialmente el derecho
GD3.	GD3.CE.3	<i>"El tema con este señor es que él no quería estar acompañado. Una persona que desde su funcionalidad estaba limitado y requería asistencia. Entonces, de repente, toleraba algunas horas [a la cuidadora, luego], le hinchaban. Estaba solo, con riesgo de caídas y</i>	CI.11	"Estaba solo, con riesgo de caídas y muchas horas en cama"	CDE.1	Soledad	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C1: Asegurar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos C2:Asegurar que la persona mayor tenga acceso progresivamente a	Individual y Programática

		<i>muchas horas en la cama... Requiriendo asistencia también para la medicación y por ahí a veces la cuidadora le fallaba. Entonces, el sistema en la casa no funcionaba y el amigo como única red"</i>							una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.	
GD3.	GD3.CE.4	<i>"El tema con este señor es que él no quería estar acompañado. Una persona que desde su funcionalidad estaba limitado y requería asistencia. Entonces, de repente, toleraba algunas horas [a la cuidadora, luego], le hinchaban. Estaba solo, con riesgo de caídas y muchas horas en la cama... Requiriendo asistencia también para la medicación y por ahí a veces la cuidadora le fallaba. Entonces, el sistema en la casa no funcionaba y el amigo como única red"</i>	CI.12	"Estaba solo, con riesgo de caídas y muchas horas en cama"	CDE.1	Soledad	6	Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez	C2:Las instituciones públicas y privadas evitan el aislamiento de la persona mayor	Individual y Programática
GD3.	GD3.CE.5	<i>"El tema con este señor es que él no quería estar acompañado. Una persona que desde su funcionalidad estaba limitado y requería asistencia. Entonces, de repente, toleraba algunas horas [a la cuidadora, luego], le hinchaban. Estaba solo,</i>	CI.12	"Estaba solo, con riesgo de caídas y muchas horas en cama"	CDE.1	Soledad	19	Derecho a la salud	C16:Promover y garantizar progresivamente, y de acuerdo con sus capacidades, el acompañamiento y la capacitación a personas que ejerzan tareas de cuidado de la persona	Individual y Programática

		<i>con riesgo de caídas y muchas horas en la cama... Requiriendo asistencia también para la medicación y por ahí a veces la cuidadora le fallaba. Entonces, el sistema en la casa no funcionaba y el amigo como única red"</i>							mayor, incluyendo familiares, con el fin de procurar su salud y bienestar.	
GD3.	GD3.CE.6	<i>Él decía que quería ir a una residencia, que creía que era la mejor opción para él, dada su situación. El amigo estaba también de acuerdo. Y el amigo se ofreció en ver a poder empezar a buscar, a qué residencia podía ir, cuáles iban ser los costos, cómo lo iban a organizar y demás...</i>	CI.41	"Él decía que quería ir a una residencia, que creía que era la mejor opción para él, dada su situación"	CDE.21	Autonomía de la PAM	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C2: Asegurar que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.	Ninguna. Se favorece el derecho
GD3.	GD3.CE.7	<i>"la medicación con la que le habían dado el alta no coincidía totalmente con lo que estaba tomando."</i>	CI.72	Errores en la administración de la medicación	CDE.9	Riesgo de administración inadecuada de la medicación	9	Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia	C6: Capacitar y sensibilizar a funcionarios públicos, a los encargados de los servicios sociales y de salud, al personal encargado de la atención y el cuidado de la persona mayor en los servicios de cuidado a largo plazo o servicios domiciliarios sobre las diversas formas de violencia, a fin de brindarles un trato digno y prevenir negligencia y acciones o prácticas de violencia y maltrato.	Programática
GD3.	GD3.CE.8	<i>"lo internan a él, por un negativismo a la ingesta"</i>	CI.73	Negativismo a la ingesta	CDE.21	Autonomía de la PAM / Depresión	19	Derecho a la salud	C8:Fortalecer la implementación de políticas públicas	Individual y Programática

									orientadas a mejorar el estado nutricional de la persona mayor.	
GD3.	GD3.CE.9	"cuando lo internan, [La PAM] justo vuelve al amigo, el amigo también un poco desbordado por toda esta situación... diciendo: -bueno yo lo quiero, pero en definitiva, no es mi familiar, y yo no me puedo hacer cargo-. Y él tuvo un contacto de una de las hijas, porque la idea era que la hija firme ¿no? Todo lo que son los papeles para que el ingrese a una residencia, y se haga cargo de los costos y demás [...] Pero finalmente la hija dijo que no, [...] que ella no iba a colaborar.	CI.2	Sin red funcional de cuidado	CDE.1	Soledad	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C4: Promover el pleno goce de estos derechos por la persona mayor, propiciando su autorealización, el fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas.	Social y Programática
GD3.	GD3.CE.10	idem	CI.2	Sin red funcional de cuidado	CDE.1	Soledad	19	Derecho a la salud	-	-
GD3.	GD3.CE.11	"el amigo me llamaba para consultar porque había manejos como raros en relación a personas que él [La PAM] contrataba... como un encargado del edificio, como un amigo, y después también había como una cuidadora que aparecía en la residencia y después se lo llevaba..., iban al departamento, o iban a cobrar. Había todo como una situación media rara..." "Eso se daba también en domicilio y esa es una de las cosas que	CI.74	"Manejos -raros- relacionados con el tema del dinero"	CDE.11	Fragilidad instrumental de la PAM en el manejo de su economía	30	Igual reconocimiento como persona ante la ley	C8: Velar por que la persona mayor no sea privada de sus bienes de manera arbitraria	Social y Programática

		<p><i>al amigo le preocupaba... El amigo creía que esa gente que lo rodeaba por ahí sacaba algún beneficio... Concretamente relacionado con el tema del dinero... Había unos manejos medios raros. En realidad, todo era muy raro. Porque había cuestiones, que uno no accede a esa información"</i></p> <p><i>"Hablando con él [la PAM]. Él también como muy confuso en relación a que la gente viene... En la residencia también refieren que en estas salidas, una vez vino deshidratado..."</i></p>								
GD3.	GD3.CE.12	<p><i>En ese momento, cuando yo tengo la entrevista con él, él [la PAM] expresa que quiere mudarse de residencia. Pero, estaban estas dificultades, con que nadie tenía el manejo de su dinero salvo él, y no existía un apoderado. Y existían estas personas... Que iban y venían...Entonces, lo que yo le planteé al amigo: - Alguien se tiene que hacer cargo y generar una instancia de protección para él [La PAM] -, pero alguien tiene que tomar esa responsabilidad por él... Bueno, el amigo tampoco, no quería. No quería ir hacer una denuncia, no quería ir a hablar con un juez, no quería</i></p>	CI.75	Falta de conocimiento de instancias para la protección de bienes de la PAM	CDE.11	Fragilidad instrumental de la PAM en el manejo de su economía	30	Igual reconocimiento como persona ante la ley	C8: Velar por que la persona mayor no sea privada de sus bienes de manera arbitraria	Programática

		<p>problemas. Le brindé orientación sobre qué pasos había que hacer, como hacer una denuncia o generar un amparo, en esto de que sus bienes fueran protegidos. Pero alguien tenía que hacer eso. Yo lo que hice fue transmitirle a él cuáles eran los pasos para hacer esto... Y después ya no supe nada más</p>								
GD3.	GD3.CE.13	<p>En ese momento, cuando yo tengo la entrevista con él, él [la PAM] expresa que quiere mudarse de residencia. Pero, estaban estas dificultades, con que nadie tenía el manejo de su dinero salvo él, y no existía un apoderado. Y existían estas personas... Que iban y venían...Entonces, lo que yo le planteo al amigo: - Alguien se tiene que hacer cargo y generar una instancia de protección para él [La PAM]-, pero alguien tiene que tomar esa responsabilidad por él... Bueno, el amigo tampoco, no quería. No quería ir hacer una denuncia, no quería ir a hablar con un juez, no quería problemas. Le brindé orientación sobre qué pasos había que hacer, como hacer una denuncia o generar un amparo, en esto de que sus bienes fueran</p>	CI.76	Falta de conocimiento de instancias para la protección de bienes de la PAM	CDE.11	Fragilidad instrumental de la PAM en el manejo de su economía	9	Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia	C5: Informar y sensibilizar a la sociedad en su conjunto sobre las diversas formas de violencia contra la persona mayor y la manera de identificarlas y prevenirlas.	Social y Programática

		<i>protegidos. Pero alguien tenía que hacer eso. Yo lo que hice fue transmitirle a él cuáles eran los pasos para hacer esto... Y después ya no supe nada más</i>								
GD3.	GD3.CE.14	<i>[Nunca detectamos que tuviera problemas economicos] por eso todas las dificultades. Yo creo que [La PAM] tenía plata[...] una vez andaba con una bolsa con plata. Como cosas y las cuentas. Como que debe ser un tipo que ha tenido mucha plata... En general, para que las personas que no tiene un peso, no hay tantas personas queriendo llevarlos a pasear y todo. No pasa eso... "Él iba al cajero, sacaba el dinero, se compró los anteojos. Iba con la persona que lo acompañaba... Se mantenía con cierta autonomía en esto de decidir cosas... La sospecha es que no eran los mejores acompañantes..."</i>	CI.76	Falta de conocimiento de instancias para la protección de bienes de la PAM	CDE.11	Fragilidad instrumental de la PAM en el manejo de su economía	30	Igual reconocimiento como persona ante la ley	C8: Velar por que la persona mayor no sea privada de sus bienes de manera arbitraria	Social y Programática
GD3.	GD3.CE.15	<i>B1- A él en domicilio lo rodeaban otras personas que no eran del círculo de Hernán, uno era este amigo que, de hecho, cuando yo fui a la visita estaba él, hacía una semana estaba con él. Pero no manejaba bien la medicación. Estaba en teoría para cuidarlo, y esto es lo que a Hernán le preocupaba, esta</i>	CI.2	Sin red funcional de cuidado	CDE.1	Soledad	9	Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia	C6: Capacitar y sensibilizar a funcionarios públicos, a los encargados de los servicios sociales y de salud, al personal encargado de la atención y el cuidado de la persona mayor en los servicios de cuidado a largo plazo o servicios domiciliarios sobre las diversas formas	Social y Programática

		<i>gente que a él lo rodeaba, con qué intereses... " Cuando fui estaba en calzoncillos... "</i>							de violencia, a fin de brindarles un trato digno y prevenir negligencia y acciones o prácticas de violencia y maltrato.	
GD3.	GD3.CE.16	<i>El quería ir a una residencia cerca de su zona [...] Entonces, para la gente, para el que tiene un poquito de capacidades de moverse o algo [...] él vivía en Agüero y Santa fe, y Claro!, imagínate que vos salís a la vereda y tenes gente, café, cosas, a... la nada misma [...]. Es como fuerte eso... yo siempre digo: "traten de conseguir algo... un lugar que sea: -Vos si sos de zona norte, está bárbaro un barrio desolado pero para las personas que viven en Cabalilito... busquémosle un lugar que si salís a la vereda, o a tomar un cafecito... Pero bueno, no fue así.</i>	CI.45	Aislamiento estructural	CDE.4	Aislamiento	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C2: Asegurar que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia, dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico. C3: Asegurar que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.	Programática
GD3.	GD3.CE.17	<i>El quería ir a una residencia cerca de su zona [...] Entonces, para la gente, para el que tiene un poquito de capacidades de moverse o algo [...] él vivía en Agüero y Santa fe, y Claro!, imagínate que vos salís a la vereda y tenes gente, café, cosas, a...</i>	CI.45	Aislamiento estructural	CDE.4	Aislamiento	6	Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez	C2: Las instituciones públicas y privadas evitan el aislamiento de la persona mayor	Programática

		<i>la nada misma [...]. Es como fuerte eso... yo siempre digo: "traten de conseguir algo... un lugar que sea: -Vos si sos de zona norte, está bárbaro un barrio desolado pero para las personas que viven en Cabalilito... busquémosle un lugar que si salis a la vereda, o a tomar un cafecito... Pero bueno, no fue así.</i>								
GD3.	GD3.CE.18	<i>Me he encontrado con otras situaciones, algunos pacientes, sobre todo aquellos que no tienen hijos, y hay algún sobrino, amigo y demás... ellos demuestran que se quieren ocupar, pero cuando uno plantea que tienen que tener cuidado, o se plantea la posibilidad de que sí el cuidado no se puede hacer en domicilio debe ir a una institución geriátrica, o usar el departamento de [La PAM] como recurso. Ellos diceb que No, bueno entonces un a veces sospecha de estas cosas...</i>	CI.77	Resistencias del cuidador Formal para disponer de los Bienes de la PAM para el pago de su cuidado	CDE.11	Fragilidad instrumental de la PAM en el manejo de su economía	23	Derecho a la propiedad	C2: Adoptar todas las medidas necesarias para garantizarle a la persona mayor el ejercicio del derecho a la propiedad, incluida la libre disposición de sus bienes, y para prevenir el abuso y la enajenación ilegal de su propiedad.	Social y Programática
GD3.	GD3.CE.19	<i>Ahora tengo una paciente que está internada que tiene dos amigos y ella dice que sus amigos se van a hacer cargo y está el hermano. Y el hermano dijo: -yo la cuido, pero necesito manejar los fondos, la que tiene la plata es ella, yo no tengo plata para pagarle, yo no tengo</i>	CI.78	Riesgo/ Sospecha de abuso financiero	CDE.11	Fragilidad instrumental de la PAM en el manejo de su economía	9	Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia	C8: Promover mecanismos adecuados y eficaces de denuncia en casos de violencia contra la persona mayor, así como reforzar los mecanismos judiciales y administrativos para la atención de esos casos.	Social y Programática

		<p><i>problema, yo me ocupo, la cuido- Pero, ella quiere que la cuiden esos amigos. Uno era el pintor que pintaba la pared de su casa, y para ella es como un hijo. Y vos le preguntas: -¿pasaste alguna fiesta? ¿Tomaban la leche juntos? No, Bueno, de repente ahora, la cuida... Y vos decis: -es raro- y Vos decis... tantas cosas... "No pasaban una fiesta, no merendaban juntos, y [Preguntas]: -¿el finde semana hacían algo?- NO. Y [...] de golpe están todos ahora queriendo cuidarla y haciéndose cargo. Es raro... llamé al hermano y el hermano me dice: -¿qué voy a hacer?, si no me deja...-</i></p>								
GD4.	GD4.CE.1	<p><i>Ella vivía sola en su departamento y había tenido algunos episodios de perderse en la calle, para el hermano era muy difícil de poder ayudarla en esta situación. Él también me mostró fotos de su departamento, era acumuladora, muy difícil también la situación en el hogar, y a raíz de esto y con la necesidad de supervisión que también había fallado en domicilio. Deciden la institucionalización.</i></p>	CI.13	<p>Dificultad para garantizar cuidado funcional en la casa de la PAM con demencia</p>	CDE.1	Soledad	6	<p>Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez</p>	<p>C2:Las instituciones públicas y privadas evitan el aislamiento de la persona mayor</p>	Programática
GD4.	GD4.CE.2	<p><i>Ella vivía sola en su departamento y había tenido algunos episodios de perderse</i></p>	CI.14	<p>Para los pacientes con demencia, la opción de vivir solos es</p>	CDE.1	Soledad	7	<p>Derecho a la independencia y a la</p>	<p>C3:Asegurar que la persona mayor tenga acceso progresivamente a</p>	Social y Programática

		<i>en la calle, para el hermano era muy difícil de poder ayudarla en esta situación. Él también me mostró fotos de su departamento, era acumuladora, muy difícil también la situación en el hogar, y a raíz de esto y con la necesidad de supervisión que también había fallado en domicilio. Deciden la institucionalización.</i>		arriesgada.				autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.	
GD4.	GD4.CE.3	<i>Ella vivía sola en su departamento y había tenido algunos episodios de perderse en la calle, para el hermano era muy difícil de poder ayudarla en esta situación. Él también me mostró fotos de su departamento, era acumuladora, muy difícil también la situación en el hogar, y a raíz de esto y con la necesidad de supervisión que también había fallado en domicilio. Deciden la institucionalización.</i>	CI.15	El cuidado contratado para el domicilio falló	CDE.1	Soledad	9	Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia	C6: Capacitar y sensibilizar a funcionarios públicos, a los encargados de los servicios sociales y de salud, al personal encargado de la atención y el cuidado de la persona mayor en los servicios de cuidado a largo plazo o servicios domiciliarios sobre las diversas formas de violencia, a fin de brindarles un trato digno y prevenir negligencia y acciones o prácticas de violencia y maltrato.	Programática
GD4.	GD4.CE.4	<i>Ella vivía sola en su departamento y había tenido algunos episodios de perderse en la calle, para el hermano era muy difícil de poder ayudarla en esta situación. Él también me mostró fotos de su departamento, era acumuladora, muy difícil también la situación en el hogar, y a raíz de esto y con</i>	CI.79	Paciente demente sin seguimiento por sistema de salud	CDE.1	Soledad y Accesibilidad al sistema de salud	19	Derecho a la salud	C9: Promover el desarrollo de servicios socio-sanitarios integrados especializados para atender a la persona mayor con enfermedades que generan dependencia, incluidas las crónico-degenerativas, las demencias y la enfermedad de	Programática

		<i>la necesidad de supervisión que también había fallado en domicilio. Deciden la institucionalización.</i>							Alzheimer.	
GD4.	GD4.CE.5	<i>Ella vivía sola en su departamento y había tenido algunos episodios de perderse en la calle, para el hermano era muy difícil de poder ayudarla en esta situación. Él también me mostró fotos de su departamento, era acumuladora, muy difícil también la situación en el hogar, y a raíz de esto y con la necesidad de supervisión que también había fallado en domicilio. Deciden la institucionalización.</i>	CI.16	Para los pacientes con demencia, la opción de vivir solos es arriesgada.	CDE.1	Soledad	12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	C11: Proteger la seguridad personal y el ejercicio de la libertad y movilidad de la persona mayor	Programática
GD4.	GD4.CE.6	<i>Ella vivía sola en su departamento y había tenido algunos episodios de perderse en la calle, para el hermano era muy difícil de poder ayudarla en esta situación. Él también me mostró fotos de su departamento, era acumuladora, muy difícil también la situación en el hogar, y a raíz de esto y con la necesidad de supervisión que también había fallado en domicilio. Deciden la institucionalización.</i>	CI.80	Habitación inadecuada R/C higiene inadecuada	CDE.7	Vivienda digna y adecuada	24	Derecho a la vivienda	C1:Garantizar el derecho de la persona mayor a una vivienda digna y adecuada	Individual y Programática
GD4.	GD4.CE.7	<i>Yo la fui a ver al día siguiente que se institucionalizó. Entonces, la orientación con el hermano tuvo que ver, porque él tampoco tenía que</i>	CI.81	Rol de Orientación y Educación al familiar. Favorece derechos y facilita accesibilidad	CDE.21	Rol del ESS				Ninguna. Se favorece el derecho

		<i>experiencia previa con algún familiar en una residencia, con estas estrategias que tienen que con la adaptación de ella en la residencia y que él también pueda supervisar que los cuidados que brindaban en la residencia fueran adecuados. Nos centramos en esto y en algunas cuestiones de la alimentación.</i>								
GD4.	GD4.CE.8	<i>En todo este proceso de adaptación ella no quería comer, no quería comer en la residencia. Entonces buscar alguna alternativa para que ella pudiera comer. Por ejemplo, todo lo que el hermano le llevaba eso si lo ingería.</i>	CI.42	Negativismo a la ingesta relacionado con el cambio de domicilio	CDE.6	Autonomía de la PAM	19	Derecho a la salud	C8:Fortalecer la implementación de políticas públicas orientadas a mejorar el estado nutricional de la persona mayor. C9:Promover el desarrollo de servicios socio-sanitarios integrados especializados para atender a la persona mayor con enfermedades que generan dependencia, incluidas las crónico-degenerativas, las demencias y la enfermedad de Alzheimer.	Programática
GD4.	GD4.CE.9	<i>En todo este proceso de adaptación ella no quería comer, no quería comer en la residencia. Entonces buscar alguna alternativa para que ella pudiera comer. Por ejemplo, todo lo que el hermano le llevaba eso si lo ingería.</i>	CI.43	Negativismo a la ingesta relacionado con el cambio de domicilio	CDE.6	Autonomía de la PAM	12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	C11: Proteger la seguridad personal y el ejercicio de la libertad y movilidad de la persona mayor	Programática

GD4.	GD4.CE.10	<i>El hermano contrató una cuidadora para facilitar este proceso de adaptación, que era una persona que ella ya conocía, si bien la señora tiene una demencia moderada, era una persona que ya la había acompañado, que la cuidadora la conocía a ella también, entonces para que la acompañe algunas horas, sobre todo en los momentos de la comida, que la pueda sacar a dar una paseo. En principio ella había empezado a ir todos los días. Y lo que se empezó a hacer de a poquito es que en vez de que ir todos los días, que vaya 3 veces por semana, y ahora ya no está yendo porque ella tuvo una buena adaptación a la residencia.</i>	CI.82	Estrategias para facilitar la adaptación en la residencia	CDE.21	Rol del ESS	12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	C11: Proteger la seguridad personal y el ejercicio de la libertad y movilidad de la persona mayor	Ninguna. Se favorece el derecho
GD4.	GD4.CE.11	<i>Sí, el hermano va todas las semanas, va 2 veces por semana, y los sobrinos también van, él la saca a pasear, la lleva a tomar algo, que a ella le gusta mucho salir.[La PAM] Sale de la residencia por lo menos dos veces por semana que es cuando la va a buscar el hermano y la saca a pasear [...] y los sobrinos también van. Salen a tomar algo, van a una confitería y después salen a caminar hasta cerca del botánico... La lleva a</i>	CI.37	Red de apoyo funcional. Rol de la familia	CDE.17	Red de apoyo Familiar y/o Social?	12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	C11: Proteger la seguridad personal y el ejercicio de la libertad y movilidad de la persona mayor	Ninguna. Se favorece el derecho

		<p><i>caminar, [...] a su médico de cabecera. Porque ella se fue de alta sin medicina domiciliaria. Como ella no tiene dificultad en el traslado, El hermano dijo que la va a llevar a las consultas médicas. Así que estas son las salidas que ella tiene. "La lleva a tomar algo, que a ella le gusta mucho salir" " La señora requiere asistencia para la mayoría de las actividades, sobre todo lo que son las actividades instrumentales. Para bañarse requiere asistencia. Pero ella camina sola. Come sola, si requiere por supuesto, supervisión..."</i></p>								
GD4.	GD4.CE.12	<p><i>Esta es una paciente en la cual yo fui haciendo un seguimiento ahora activo...porque había algunas cuestiones que todavía no se habían activado, como ella tuvo una internación en psiquiatría, se fue de alta con seguimiento activo con equipo de psiquiatría y eso nunca se activó. Entonces para estar atrás de que esto se active, yo hice un seguimiento activo. Pero eso ahora que ella está encaminado Yo le pongo [problemas] administrativos [en la evolución de la HCE] como para no dejar en evidencia, lo</i></p>	CI.26	Dificultad para la activación de seguimiento psiquiátrico en domicilio	CDE.2	Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.	6	Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez	C1: Las instituciones públicas y privadas ofrecen a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos	Programática

		<i>que vos decis, de las fallas. Lo que pasa es que psiquiatría a domicilio está terciarizado... Entonces ese suele ser uno de los problemas.</i>								
GD4.	GD4.CE.13	<i>Esta señora es una persona que deambula sola, se levanta sola de la cama, no usa apoyos. Y esta residencia particularmente tiene una escalera, tiene las medidas de seguridad, pero como arriba tiene a los pacientes que están postradas, abajo están los que deambulen. A veces, los asistentes, suben, bajan, tantas veces que eso queda sin las medidas de seguridad, Sin la puerta cerrada... [...] tiene que ver con eso. Si bien ellos te digo... toman esta medida que los pacientes que deambulan con dificultad, sin dificultad, estén abajo. Y ella se maneja sola. Entonces la escalera es un factor de riesgo.</i>	CI.90	Riesgo de caídas modificable	CDE.7	Vivienda digna y adecuada	24	Derecho a la vivienda	C1:Garantizar el derecho de la persona mayor a una vivienda digna y adecuada C8: Promover programas para la prevención de accidentes en el entorno y el hogar de la persona mayor.	Programática
GD4.	GD4.CE.14	<i>"El hermano luego de la institucionalización estaba mucho más tranquilo. Porque él estaba muy preocupado por toda la situación previa. Vivió muchas cosas. Ella cuando vivía en su domicilio, tuvo que intervenir la policía porque no sabía dónde estaba. Vivió muchas cosas... Y cuando el logró, que ella</i>	CI.58	Sobrecarga del cuidador. Alivida con la intervención del ESS	CDE.8	Cuidador	12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	C2: Diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena	Programática

		<p><i>ingresé en una residencia y notó, luego, porque tuvo una internación muy prolongada que todos estos trastornos de conducta se habían estabilizado... Eso alivió..."</i></p> <p><i>" la impresión que me dio, es que él se sentía aliviado en lo que había logrado hacer por ella. Y que ella, dentro de todo, con las dificultades, con esto de que el día anterior el había costado dormir. Pero también un lugar nuevo para ella. Verla también tranquila...Lo tranquilizó mucho... De hecho, una de las cosas que me mencionaba es que el día posterior a que la institucionalizó, fue, le compró ropa... "Hacia mucho años que yo no la veía con ropa limpia, calzado adecuado, etc..." Entonces, la verdad que en relación a dudas quejas, en ese momento, no lo presenté"</i></p>							participación de la persona mayor, respetándose su opinión.	
GD4.	GD4.CE.15	<p><i>él [hermano] como ya te digo, ya venía pensando en esto [institucionalizar a la PAM] pero no sabía cómo instrumentarlo. Porque todo lo que él había propuesto no funcionaba. Por ahí tenía una cuidadora en domicilio unas horas [...] Entonces lo definió él pero con el abordaje del equipo que intervino.</i></p>	CI.91	Intervencion del ESS facilito el proceso de insitucionalizacion de la PAM	CDE.21	Rol del ESS	-	-	-	Ninguna. Se favorece el derecho

GD4.	GD4.CE.16	<i>A mí lo que me suele me pasa cuando quiero conciliar [la medicación en las residencias] me traen la epicrisis. Y ellos en realidad tienen otra hoja que es la de enfermería. Y cuando uno pide esa hoja a veces no coincide o porque no se actualizo la medicación, o porque [...] el médico de la institución la vio y le prescribió otro medicamento</i>	CI.92	Dificulta en la consiliación de la medicación	CDE.9	Riesgo de administración inadecuada de la medicación	19	Derecho a la salud	C14:Garantizar a la persona mayor la disponibilidad y el acceso a los medicamentos reconocidos como esenciales por la Organización Mundial de la Salud, incluyendo los fiscalizados necesarios para los cuidados paliativos	Programática
GD4.	GD4.CE.17	<i>[Respecto del trámite del certificado de discapacidad] Una paciente me decía que, una hija, que la madre tiene muchos problemas en la movilidad y también, demencia, con problemas de conducta. A ella le falta acudir a lo que es a la junta médica y la obligan a ir a la señora. En general si, salvo que se aun caso en el que esta postrada. Eso ella me lo planteaba como una problemática, ¿cómo hacer para trasladarla?. Que es difícil... Claro, en algunos casos debe ser muy complicado.</i>	CI.46	Trámite de certificado de discapacidad	CDE.18	Apoyo social	-	-	-	-
GD4.	GD4.CE.18	<i>¿Cómo puede describir la red de Cecilia? Amigas, vecinas nada. El hermano, el hermano y los sobrinos. El hermano es una persona que está muy presente, al principio iba todos los días,</i>	CI.93	Familia presente, facilita el cumplimiento de los derechos	CDE.17	Red de apoyo Familiar y/o Social?	-	-	-	Ninguna. Se favorece el derecho

		<p><i>ahora va dos veces por semana y alterna con los sobrinos.</i></p> <p><i>Pero está muy presente. Yo cuando le dije que iba a visitarla, que lo llame a él, enseguida canceló lo que estaba haciendo “sí, voy ir”.</i></p> <p><i>Que por ahí no pasa con otros familiares. Te dicen “no, yo no puedo”. Muy presente, el hermano</i></p>								
GD4.	GD4.CE.19	<p><i>Las actividades de recreación, lo que te decía anteriormente, la pintura y el dibujo [...] -escucha radio, tele, Internet-. Nada...</i></p>	CI.32	<p>Actividades recreativas en personas dementes.</p>	CDE.3	<p>Actividades recreativas en personas dementes.</p>	22	<p>Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte</p>	<p>C1: Promover el desarrollo de servicios y programas de recreación, incluido el turismo, así como actividades de esparcimiento y deportivas que tengan en cuenta los intereses y las necesidades de la persona mayor, en particular de aquella que recibe servicios de cuidado a largo plazo, con el objeto de mejorar su salud y calidad de vida en todas sus dimensiones y promover su autorrealización, independencia, autonomía e inclusión en la comunidad.</p>	Programática
GD4.	GD4.CE.20	<p><i>[Respecto de las directivas anticipadas] La impresión es como una cuestión generacional el tema de las directivas anticipadas es como un tema más nuevo.</i></p>	CI.83	<p>Reflexión del ESS. Directivas anticipadas.</p>	CDE.21	<p>Rol del ESS</p>	11	<p>Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la</p>	<p>C5: Se establecerá un proceso a través del cual la persona mayor pueda manifestar de manera expresa su voluntad anticipada e instrucciones</p>	Programática

		<p><i>Generacionalmente, no es una temática que a los 30, 40, 50 esta gente, haya sido algo que... es más creo que ni existía todavía la legislación sobre directiva anticipada... Entonces, siendo algo como nuevo... Y también es nuevo que se extienda tanto la expectativa de vida, y quizás ahora para nuestras generaciones son cuestiones que como... Igual le falta difusión... No se habla de eso, ¿no? De eso, a los médicos también les cuesta hablar de lo que vaya a pasar, y a la gente también, de los riesgos, de las situaciones... Como yo digo, Morirte idealmente, es durmiendo, todos quieren morir durmiendo, sin enterarte de que te moris, en tu casa. Pero es cierto que hay eventos o situaciones que Requiere de otras intervenciones, pero que uno no está preparado, o no lo aborda. Pero sí me parecía esto como más generacional. Pero en general acá es el médico</i></p>						salud	<p>respecto de las intervenciones en materia de atención de la salud, incluidos los cuidados paliativos. C6: La voluntad anticipada podrá ser expresada, modificada o ampliada en cualquier momento solo por la persona mayor, a través de instrumentos jurídicamente vinculantes, de conformidad con la legislación nacional.</p>	
GD4.	GD4.CE.21	<p><i>[Respecto de las directivas anticipadas] Uno lo que hace a veces es orientar que existen estos documentos. Redireccionar la consulta o como poder darle información de que esto existe</i></p>	CI.83	Reflexion del ESS. Directivas anticipadas.	CDE.21	Rol del ESS	11	Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud	<p>C5: Se establecerá un proceso a través del cual la persona mayor pueda manifestar de manera expresa su voluntad anticipada e instrucciones respecto de las</p>	Programática

		<p><i>y poder hacer que la persona lo charle con el médico. Sembrar el tema... ¿no? Que existe. Que lo puede hablar, que es una posibilidad. Yo con algunas personas sí [he llegado a tener conversaciones sobre este tema]. Cuando uno está con esto de pensarse a futuro. También es cierto que nuestros pacientes, [...] están como mucho más afectados, y entonces es donde quizás, deberías haber tomado el tema antes. Pero, a veces se da... No es la rutina. No lo tenemos. Es algo que cada tanto aparece, pero también hay como cierta tensión, en esto de decir a quién le corresponde, como tomar la responsabilidad... Esto nosotros no lo tenemos identificado como que nos pertenezca. Pero sí, es algo que cada tanto lo tomamos y aparece en algunos casos.</i></p>						<p>intervenciones en materia de atención de la salud, incluidos los cuidados paliativos. C6: La voluntad anticipada podrá ser expresada, modificada o ampliada en cualquier momento solo por la persona mayor, a través de instrumentos jurídicamente vinculantes, de conformidad con la legislación nacional.</p>		
GD4.	GD4.CE.22	<p><i>[Respecto de las directivas anticipadas] Uno lo que hace a veces es orientar que existen estos documentos. Redireccionar la consulta o como poder darle información de que esto existe y poder hacer que la persona lo charle con el médico. Sembrar el tema... ¿no? Que existe. Que lo puede hablar,</i></p>	CI.83	Reflexion del ESS. Directivas anticipadas.	CDE.21	Rol del ESS	6	<p>Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez</p>	<p>C3:Las instituciones publicas y privadas manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales.</p>	Social y Programática

		<p><i>que es una posibilidad. Yo con algunas personas sí [he llegado a tener conversaciones sobre este tema]. Cuando uno está con esto de pensarse a futuro. También es cierto que nuestros pacientes, [...] están como mucho más afectados, y entonces es donde quizás, deberías haber tomado el tema antes. Pero, a veces se da... No es la rutina. No lo tenemos. Es algo que cada tanto aparece, pero también hay como cierta tensión, en esto de decir a quién le corresponde, como tomar la responsabilidad... Esto nosotros no lo tenemos identificado como que nos pertenezca. Pero sí, es algo que cada tanto lo tomamos y aparece en algunos casos.</i></p>								
GD5.	GD5.CE.1	<p><i>El pedido era más o menos para orientarla en eso, en actividades recreativas que pueda hacer fuera del hogar, de acuerdo a la limitante que ella tenía que era la movilidad, porque ella camina con bastón y de acuerdo al traslado...</i></p>	CI.33	<p>Las dificultades para la movilidad de la PAM y las escasas opciones de traslado economicos, se convierte en una barrera para el disfrute de actividades recreativas y Calidad de vida.</p>	CDE.3	Actividades recreativas de la PAM	22	Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte	<p>C1: Promover el desarrollo de servicios y programas de recreación, incluido el turismo, así como actividades de esparcimiento y deportivas que tengan en cuenta los intereses y las necesidades de la persona mayor, en particular de aquella que recibe servicios de cuidado a largo plazo, con el objeto de mejorar su salud y calidad de vida en todas</p>	Individual, Social y Programatica

									<p>sus dimensiones y promover su autorrealización, independencia, autonomía e inclusión en la comunidad.</p> <p>"C2: La persona mayor podrá participar en el establecimiento, gestión y evaluación de dichos servicios, programas o actividades."</p>	
GD5.	GD5.CE.2	<i>[La PAM] también me refería que tenía algunas amigas, el tema es que las amigas desde lo funcional no están tan bien... Entonces, el contacto, cada vez, era menos frecuente con ella y después, [La PAM] se manejaba sola, en su casa... para todo.</i>	CI.34	Condicionadas por la funcionalidad de los pares. Sin soporte se convierte en una barrera para el disfrute de actividades recreativas y Riesgo de Aislamiento	CDE.3	Actividades recreativas de la PAM	6	Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez	C2: Las instituciones públicas y privadas evitan el aislamiento de la persona mayor	Programática
GD5.	GD5.CE.3	<i>[La PAM] también me refería que tenía algunas amigas, el tema es que las amigas desde lo funcional no están tan bien... Entonces, el contacto, cada vez, era menos frecuente con ella y después, [La PAM] se manejaba sola, en su casa... para todo.</i>	CI.35	Condicionadas por la funcionalidad de los pares. Sin soporte se convierte en una barrera para el disfrute de actividades recreativas y Riesgo de Aislamiento	CDE.3	Actividades recreativas de la PAM	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C3: Asegurar que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.	Programática
GD5.	GD5.CE.4	<i>Ella vive en Recoleta, [cerca al] periférico de Larrea, pero, digo, con esta dificultad del</i>	CI.36	Las dificultades para la movilidad de la PAM y las escasas	CDE.3	Actividades recreativas de la PAM	26	Derecho a la accesibilidad y a la movilidad	C2: Garantizar la accesibilidad y la movilidad personal de la	Programática

		<p><i>bastón, [se buscaba un lugar] tal vez algo que le queda a 10 15 cuadras, es mucho más, más el gasto del taxi. Esto es lo que la médica manifestaba...</i></p> <p><i>"Los de riesgos de caídas tiene que ver con que ella tiene un trastorno de la marcha, utiliza como comentaba Bastón..."</i></p>		<p>opciones de traslado economicos, se convierte en una barrera para el disfrute de actividades recreativas y Calidad de vida.</p>				<p>personal</p>	<p>persona mayor asi como la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso en: edificios, vías públicas, transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como centros educativos, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo.</p> <p>C9: Adoptar medidas pertinentes para propiciar el acceso a tarifas preferenciales o gratuitas de los servicios de transporte público o de uso público a la persona mayor.</p>	
GD5.	GD5.CE.5	<p><i>Porque es una de las principales cosas que los pacientes refieren, cuando no participan de actividades, el tema económico, el tema del traslado, empezar a buscar cerca del domicilio, cosas que también tuvieron que ver con intereses de ellos...</i></p>	CI.37	<p>Escasas opciones de traslado economicos y seguros, se convierte en una barrera para el disfrute de actividades recreativas y Calidad de vida.</p>	CDE.3	<p>Actividades recreativas de la PAM</p>	26	<p>Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal</p>	<p>C2: Garantizar la accesibilidad y la movilidad personal de la persona mayor asi como la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso en: edificios, vías públicas, transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como centros educativos, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo.</p> <p>C9: Adoptar medidas pertinentes para propiciar el acceso a tarifas preferenciales o gratuitas de los servicios de transporte público o de</p>	Programática

									uso público a la persona mayor.	
GD5.	GD5.CE.6	<p><i>Así que, lo que yo hice en relación a eso, era asesorar en estas cosas. Finalmente, ella no participó, por esto, de que si bien era la actividad y ella se maneja, el tema del costo de un taxi para trasladarse. Entonces, finalmente, no accedió a participar en nada de todo esto.</i></p> <p><i>Ella, siempre muy receptiva a todo lo que uno le decía. Lo único que ella finalmente no se sumó a las actividades... Tampoco había sido nunca una persona que haya participado ni en centros de jubilados, ni en cosas de actividades grupales, siempre con su grupo de amigas y familia, se maneja y con esta barreras que ella seguí diciendo, tema transporte, el costo del transporte, más que nada eso... porque ella salir a la calle, sale, ella lleva el control de todas sus actividades...</i></p>	CI.37	Escasas opciones de traslado economicos y seguros, se convierte en una barrera para el disfrute de actividades recreativas y Calidad de vida.	CDE.3	Actividades recreativas de la PAM	26	Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal	<p>C2: Garantizar la accesibilidad y la movilidad personal de la persona mayor asi como la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso en: edificios, vías públicas, transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como centros educativos, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo.</p> <p>C9: Adoptar medidas pertinentes para propiciar el acceso a tarifas preferenciales o gratuitas de los servicios de transporte público o de uso público a la persona mayor.</p>	Programática
GD5.	GD5.CE.7	<p><i>Pensando en el subsidio que da, es el subsidio de la SUBE, como para trasladarse en autobús, y en este caso donde la persona tiene tan complicada la movilidad, que se va a subir en un autobus...</i></p>	CI.37	Escasas opciones de traslado economicos y seguros, se convierte en una barrera para el disfrute de actividades recreativas y Calidad de vida.	CDE.3	Actividades recreativas de la PAM	26	Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal	<p>C2: Garantizar la accesibilidad y la movilidad personal de la persona mayor asi como la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso en:</p>	Programática

		<i>termina siendo [...] escuchame, 94 años tiene...</i>							edificios, vías públicas, transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como centros educativos, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo. C9: Adoptar medidas pertinentes para propiciar el acceso a tarifas preferenciales o gratuitas de los servicios de transporte público o de uso público a la persona mayor.	
GD5.	GD5.CE.8	<i>Salvo de estas cosas de la visita de la familia, o ir al médico, este tipo de cosa, o hacer las compras, no hacía ninguna actividad de ninguna índole. Ya les digo, una de las cuestiones principales de ella, era el traslado. Mucho no puede caminar,</i>	CI.37	Escasas opciones de traslado económicos y seguros, se convierte en una barrera para el disfrute de actividades recreativas y Calidad de vida.	CDE.3	Actividades recreativas de la PAM	26	Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal	C2: Garantizar la accesibilidad y la movilidad personal de la persona mayor así como la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso en: edificios, vías públicas, transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como centros educativos, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo. C9: Adoptar medidas pertinentes para propiciar el acceso a tarifas preferenciales o gratuitas de los servicios de transporte público o de uso público a la persona mayor.	Programática
GD5.	GD5.CE.9	<i>B- NO. No eso, no. De hecho para ella, yo les comentaba</i>	CI.27	Se favoreces la accesibilidad porque	CDE.2	Accesibilidad al sistema de	19	Derecho a la salud	C2: Asegurar la atención preferencial y el acceso	Ninguna. Se favorece el

		<i>que vive cerca del policlínico de Larrea, esto le facilita un montón a ella el tema de los controles porque se atiende allá con la médica de cabecera, la farmacia también la tiene allá, como que eso la ayudó mucho en ese sentido, porque para ella era todo taxi...</i>		tiene un centro proximo al lugar donde vive		salud y a cuidados integrales.			universal, equitativo y oportuno en los servicios integrales de salud de calidad basados en la atención primaria, y aprovechar la medicina tradicional, alternativa y complementaria, de conformidad con la legislación nacional y con los usos y costumbres.	derecho
GD5.	GD5.CE.10	<i>Si bien tiene una familia presente, [La PAM] es independiente, se manejaba sola. De hecho, yo con las hijas no tuve contacto porque ella siendo... Digamos, nosotras siempre [...] el tema de los pacientes, que si tiene deterioro cognitivo, si vemos la manera de contactarnos [con los familiares]. En los pacientes que están lúcidos, que son autoválidos, respetamos la decisión si ellos quieren o no, que interceda la familia.</i>	CI.44	Autonomía	CDE.6	Autonomía de la PAM	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C1: Asegurar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos	Ninguna. Se favorece el derecho
GD5.	GD5.CE.11	<i>idem</i>	CI.44	Autonomía	CDE.6	Autonomía de la PAM	12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	C1: Promover que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.	Ninguna. Se favorece el derecho
GD5.	GD5.CE.12	<i>[Ella hace] todo, desde la limpieza, el tema es que muchas de estas actividades, ella por este tema en su hombro, las hacía con dificultad, por ahí iba al</i>	CI.44	Autonomía	CDE.6	Autonomía de la PAM	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y	C3: Asegurar que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros	Individual y Programática

		<p><i>supermercado a comprar de a poquitas cosas, con toda esta dificultad o la limpieza de la casa. Tenía que ver con esto, por el riesgo de caída...de bañarse cuando no había nadie en el domicilio Siempre lo manejamos con ella. De hecho, una de las cosas que hablamos ahora con ella. Cuando hable la última vez. Las hijas empezaron a pensar bueno, esto de tenés 94 años sería bueno que hay alguien en tu casa de noche, como para que no está sola... Y ella es algo que todavía no quiere... porque como se maneja sola, siempre independiente, muchos años viviendo sola..</i></p>						creencias, en igualdad de condiciones	servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.	
GD5.	GD5.CE.13	<p><i>[La PAM] muy conectada con esto de leer el diario, mirar televisión. Pero más que estas actividades, hobbies, o actividades que antes hacía, nada, sopa de letras, tampoco.</i></p> <p><i>¿Mirar películas, alquilar dvds? Bueno, esas cosas sí, dentro de lo que es su casa, mirar televisión, películas, esas cosas sí... teléfono no maneja, Internet no tenía ella, internet no... Celular, me parece que no tenía. Pero sí, teléfono fijo, se manejaba con eso...</i></p>	CI.44	Autonomía	CDE.6	Autonomía de la PAM	12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	C7: Promover el acceso a los distintos medios de comunicación e información, incluidas las redes sociales	Ninguna. Se favorece el derecho

GD5.	GD5.CE.14	<i>Sí, las hijas le están insistiendo para que ella tenga una persona a la noche, no impresiona que haya alguna dificultad económica para esto. Pero ella es la que dice, no por el momento, por ahí, más adelante, lo voy a ir pensando. A ella le costó mucho a pesar de esta movilidad, incorporar una persona para que la ayude en algunas cosas, porque ella siempre se manejo sola.</i>	CI.44	Autonomia	CDE.6	Autonomía de la PAM	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C1: Asegurar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos C2: Asegurar que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia, dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico. C3: Asegurar que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta. C4: Promover el pleno goce de estos derechos por la persona mayor, propiciando su autorealización, el fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos	Ninguna. Se favorece el derecho
------	-----------	---	-------	-----------	-------	---------------------	---	--	---	---------------------------------

									familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas.	
GD5.	GD5.CE.15	<i>Sí, las hijas le están insistiendo para que ella tenga una persona a la noche, no impresiona que haya alguna dificultad económica para esto. Pero ella es la que dice, no por el momento, por ahí, más adelante, lo voy a ir pensando. A ella le costó mucho a pesar de esta movilidad, incorporar una persona para que la ayude en algunas cosas, porque ella siempre se maneja sola.</i>	CI.84	Necesidad de aceptar la incorporación de Cuidados adaptados a la fragilidad de la PAM	CDE.21	Autonomía y red familiar	12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	C1: Promover que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.	Ninguna. Se favorece el derecho
GD5.	GD5.CE.16	<i>Ella se apoya mucho en lo que es el encargado del edificio para algunas cuestiones que necesita ayuda en lo que es el momento, y las hijas, las hijas y nietos también están muy presentes en la vida de ella...</i>	CI.85	La red se extiende al encargado del edificio, vecinos y amigos.	CDE.17	Red de apoyo Familiar y/o Social?	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C1: Asegurar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos C4: Promover el pleno goce de estos derechos por la persona mayor, propiciando su autorealización, el fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas.	Ninguna. Se favorece el derecho
GD5.	GD5.CE.17	<i>Nunca tampoco ningún familiar de ella me llamo. Pero me impresionó más no por falta de interés sino porque ella se maneja sola para todo, y es independiente desde lo económico, ella</i>	CI.86	La PAM no permite que se contacte a su familia	CDE.21	Autonomía y red familiar	-	-	-	-

		<i>también maneja su cuestiones de salud, y seguimiento, va también a la medica sola. Como que ella se manejaba por su cuenta...</i>								
GD5.	GD5.CE.18	<i>Pero siempre yo tengo muchos pacientes que viven solos, Y cuando te encuentras pacientes que tienen deterioro cognitivo y viven solos, no sabe con quién, que uno no sabe cómo abordarlo...</i>	CI.87	Reflexiones del ESS dilemas entre derechos	CDE.21	Rol del ESS	-	-	-	-
GD6.	GD6.CE.1	<i>"Lo derivan [al ESS] por algunas cuestiones puramente sociales, porque hay un postoperatorio, para que nosotros evaluamos a ver qué se puede ayudar en el armado de un postoperatorio en un paciente, en este caso esta paciente que tiene alguna cuestión con su red"</i>	CI.88	Ausencia de Red funcional de cuidado por lo cual es derivada al ESS	CDE.17	Red de apoyo Familiar y/o Social?	12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	C4: Establecer mecanismos para asegurar que el inicio y término de servicios de cuidado de largo plazo estén sujetos a la manifestación de la voluntad libre y expresa de la persona mayor. C5: Promover servicios que cuenten con personal especializado que pueda ofrecer una atención adecuada e integral y prevenir acciones o prácticas que puedan producir daño o agravar la condición existente.	Ninguna. Se favorece el derecho
GD6.	GD6.CE.2	<i>"Lo derivan [al ESS] por algunas cuestiones puramente sociales, porque hay un postoperatorio, para que nosotros evaluamos a ver qué se puede ayudar en el armado de un postoperatorio en un paciente, en este caso esta paciente que tiene alguna cuestión con su red"</i>	-	-	CDE.21	Rol del ESS	19	Derecho a la salud	C16: Promover y garantizar progresivamente, y de acuerdo con sus capacidades, el acompañamiento y la capacitación a personas que ejerzan tareas de cuidado de la persona mayor, incluyendo	Individual y Programática

									familiares, con el fin de procurar su salud y bienestar.	
GD6.	GD6.CE.3	<p><i>“Entonces la primera vez, cuando yo la contacto, [...] ella rechazó la intervención, porque me dijo que era tanta cosa médica que estaba haciendo, que no podía... Que le generaba mi cita como otra presión más, entonces era más lo médico lo que la tenía inquieta que debía resolver qué turno, que se yo que no sé cuánto. Y además, estaba por operarse que tenía que resolver el tema de los cuidados que todavía no lo podía hacer. Yo le comente cual era un poco mi función, que en realidad yo iba a ver de qué manera podríamos pensarlo juntas. No, no quiso...” “Había mucho. Estaba como muy manoseado el caso”</i></p>	CI.49	Negativa a recibir orientación por parte del ESS	CDE.6	Autonomía de la PAM	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	<p>C1: Asegurar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos</p> <p>C3: Asegurar que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.</p>	Individual y Programática
GD6.	GD6.CE.4	<p><i>“Entonces la primera vez, cuando yo la contacto, [...] ella rechazó la intervención, porque me dijo que era tanta cosa médica que estaba haciendo, que no podía... Que le generaba mi cita como otra presión más, entonces era más lo médico lo que la tenía inquieta que debía resolver qué turno, que se yo que no sé cuánto. Y además, estaba por operarse que tenía que</i></p>	CI.50	Negativa a recibir orientación por parte del ESS	CDE.6	Autonomía de la PAM	11	Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud	<p>C4: La persona mayor tiene derecho a aceptar, negarse a recibir o interrumpir voluntariamente tratamientos médicos o quirúrgicos, incluidos los de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, investigación, experimentos médicos o científicos, ya sean de</p>	Ninguna. Se favorece el derecho

		<i>resolver el tema de los cuidados que todavía no lo podía hacer. Yo le comente cual era un poco mi función, que en realidad yo iba a ver de qué manera podríamos pensarlo juntas. No, no quiso...” “Había mucho. Estaba como muy manoseado el caso”</i>							carácter físico o psíquico, y a recibir información clara y oportuna sobre las posibles consecuencias y los riesgos de dicha decisión	
GD6.	GD6.CE.5	<i>“Entonces la primera vez, cuando yo la contacto, [...] ella rechazó la intervención, porque me dijo que era tanta cosa médica que estaba haciendo, que no podía... Que le generaba mi cita como otra presión más, entoncesera más lo médico lo que la tenía inquieta que debía resolver qué turno, que se yo que no sé cuánto.Y además, estaba por operarse que tenía que resolver el tema de los cuidados que todavía no lo podía hacer. Yo le comente cual era un poco mi función, que en realidad yo iba a ver de qué manera podríamos pensarlo juntas. No, no quiso...” “Había mucho. Estaba como muy manoseado el caso”</i>	CI.51	Negativa a recibir orientación por parte del ESS	CDE.6	Autonomía de la PAM	19	Derecho a la salud	C7:Garantizar el acceso a beneficios y servicios de salud asequibles y de calidad para la persona mayor con enfermedades no transmisibles y transmisibles, incluidas aquellas por transmisión sexual.	Programática
GD6.	GD6.CE.6	<i>"La red social de ella es muy escasa, tiene dos hijos, uno que tiene problemas con adicciones que además de eso, vive en la mitad de un campo, pero no es cerca [...]"</i>	CI.89	Ausencia de Red funcional de cuidado  Los hijos	CDE.17	Red de apoyo Familiar y/o Social?	12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	C10: Promover la interacción familiar y social de la persona mayor, teniendo en cuenta a todas las familias y sus relaciones afectivas.	Social y Programática

	<p><i>No vive con ella”</i>  <i>“Intenté comunicarme [con la hija] ... O sea, varias veces le pedí el teléfono pero María no me lo quiso dar [...] Pero yo creo que es por el tipo de vínculo que ellas tenían.Si bien la hija, porque realmente estaba, [...] no era una hija que la contenía. Al contrario siempre tenían muchas diferencias. Pero para esas cosas, para lo funcional estaba. Y las veces que yo intenté me dijo: -No, no, mi hija se está separando-, siempre con esa excusa, - ¿para qué le vas a hablar?-. No, no quiso”</i>  <i>“[La hija] le echa en cara [a María que le paga el plan de salud], pero, por otro lado, está y se ocupa, y la lleva y la trae. Por ahí, lo que María pretende es que la hija este acompañándola más...”</i>  <i>“ella me decía -Yo sé que ella [la hija] trabaja mucho Para poder mantener este tipo de vida que ella quiere. Y si yo la necesito para ir al médico, para un control o cuando me opera... ella está. Pero bueno, por ejemplo, para el postoperatorio no estaba disponible...”</i>  <i>“[El hijo de ella] tiene hijos, o sea ella es abuela. Con los nietos no tiene mucha</i></p>							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

		<p><i>relación. Porque cuando se separó el hijo, se quedaron más con la madre. Y con este discurso [de que el padre es drogadicto]... Claro, y vaya a saber cuál era el vínculo entre ellos, se quedaron más con el discurso de la madre. Y cortaron un poco el vínculo con María. Ella me decía: "No puedo generar encuentros, estando yo así..."</i></p>								
GD6.	GD6.CE.9	<p><i>"[Ella] sale del Sirio, yo la contacto voy a verla a esta pensión. La pensión era una habitación, para que tengas una idea, una de esas piezas de esas casas de pasillo. Parecía una casa tomada. No. Yo estoy convencida de que era una casa tomada... Que se ve que la gente que vivía ahí le sub-alquilaba una pieza"</i></p> <p><i>"el cuartito de ella era muy chiquitito y además de todo tenía que subir unas escaleritas...y ella por suproblema de movilidad todo, no podía. Por eso, después ella me planteó que si bien estaba contenta en ese lugar, porque la gente era muy amable y todo. Ya la cuestión de subir en las escaleras se le estaba dificultando"</i></p> <p><i>"[El lugar lo buscó ella], ella contactó por un cartel que</i></p>	CI.94	<p>Problemas de accesibilidad para PAM con dificultades en la movilidad (escaleras).</p>	CDE.7	<p>Vivienda digna y adecuada</p>	24	<p>Derecho a la vivienda</p>	<p>C1:Garantizar el derecho de la persona mayor a una vivienda digna y adecuada</p> <p>C5:Diseñar políticas que tengan en cuenta la necesidad de construir o adaptar progresivamente soluciones habitacionales con el fin de que estas sean arquitectónicamente adecuadas y accesibles a los adultos mayores con discapacidad y con impedimentos relacionados con su movilidad</p> <p>C6:Diseñar políticas que tengan en cuenta las necesidades específicas de la persona mayor, particularmente aquellas que viven solas, a través de subsidios para el alquiler, apoyo a las renovaciones de la vivienda y otras medidas</p>	Programática

		<p>encontró en la calle, y por cercanía... por cercanía, ella quería algo cerca... entonces le trajo la solución al hospital, digamos, el hospital le cubría... listo, se resolvió y quedó ahí... Pero, la verdad, que era una habitación así en malas condiciones. Pero ella decía: -yo estoy cerca del hospital que es lo que a mí me sirve-...</p>							<p>pertinentes. C8: Promover programas para la prevención de accidentes en el entorno y el hogar de la persona mayor.</p>	
GD6.	GD6.CE.10	<p>“[Ella] sale del Sirio, yo la contacto voy a verla a esta pensión. La pensión era una habitación, para que tengas una idea, una de esas piezas de esas casas de pasillo. Parecía una casa tomada. No. Yo estoy convencida de que era una casa tomada... Que se ve que la gente que vivía ahí le sub-alquilaba una pieza”</p> <p>“el cuartito de ella era muy chiquitito y además de todo tenía que subir unas escaleritas...y ella por suproblema de movilidad todo, no podía. Por eso, después ella me planteó que si bien estaba contenta en ese lugar, porque la gente era muy amable y todo. Ya la cuestión de subir en las escaleras se le estaba dificultando”</p> <p>“[El lugar lo buscó ella], ella contactó por un cartel que</p>	CI.95	Hacinamiento	CDE.7	Vivienda digna y adecuada	7	<p>Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones</p>	<p>C1: Asegurar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos C2: Asegurar que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia, dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.</p>	Programática

		<i>encontró en la calle, y por cercanía... por cercanía, ella quería algo cerca... entonces le trajo la solución al hospital, digamos, el hospital le cubría... listo, se resolvió y quedó ahí... Pero, la verdad, que era una habitación así en malas condiciones. Pero ella decía: -yo estoy cerca del hospital que es lo que a mí me sirve-...</i>								
GD6.	GD6.CE.11	<i>“[Ella] sale del Sirio, yo la contacto voy a verla a esta pensión. La pensión era una habitación, para que tengas una idea, una de esas piezas de esas casas de pasillo. Parecía una casa tomada. No. Yo estoy convencida de que era una casa tomada... Que se ve que la gente que vivía ahí le sub-alquilaba una pieza” “el cuartito de ella era muy chiquitito y además de todo tenía que subir unas escaleritas...y ella por suproblema de movilidad todo, no podía. Por eso, después ella me planteó que si bien estaba contenta en ese lugar, porque la gente era muy amable y todo. Ya la cuestión de subir en las escaleras se le estaba dificultando” “[El lugar lo buscó ella], ella contactó por un cartel que</i>	CI.28	La PAM busca accesibilidad geografica al sistema de salud	CDE.2	Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.	19	Derecho a la salud	C7:Garantizar el acceso a beneficios y servicios de salud asequibles y de calidad para la persona mayor con enfermedades no transmisibles y transmisibles, incluidas aquellas por transmisión sexual.	Programática

		<i>encontró en la calle, y por cercanía... por cercanía, ella quería algo cerca... entonces le trajo la solución al hospital, digamos, el hospital le cubría... listo, se resolvió y quedó ahí... Pero, la verdad, que era una habitación así en malas condiciones. Pero ella decía: -yo estoy cerca del hospital que es lo que a mí me sirve-...</i>								
GD6.	GD6.CE.12	<i>"me daba la impresión que estaba muy deprimida, trate de ofrecerle por fuera de todos los tratamientos que estaba haciendo, tratamiento psicológico. Pero ella no, tenía muy en la cabeza tener que resolver el tema de la vivienda, que también es lógico, que eso la tenía muy preocupada."</i>	CI.96	Negativa a recibir asistencia psicológica. Prioridad de la PAM garantizar la vivienda	CDE.7	Vivienda digna y adecuada	17	Derecho a la seguridad social	C1: Promover progresivamente, dentro de los recursos disponibles, que la persona mayor reciba un ingreso para una vida digna a través de los sistemas de seguridad social y otros mecanismos flexibles de protección social.	Programática
GD6.	GD6.CE.13	<i>¡Debería! [ayudarse con algo para movilizarse], por toda la cuestión física ¡sí! Pero no lo usaba no, porque ella decía: "todavía no", "me resisto..." "Lo tenía pero no lo usaba" decía: -Me resisto a usar... "La medicación se la dejaban en la puerta de la pensión, peor no se la subían hasta el cuarto y ella no podía hacer fuerza, y había cuestiones que ya la empezaban a exceder..."</i>	CI.97	"todavía no", "me resisto..." Negativa a usar apoyos para la movilidad	CDE.11	Fragilidad instrumental de la PAM en el manejo de su economía	26	Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal	C1: Garantizar la accesibilidad y la movilidad personal de la persona mayor para que pueda vivir en forma independiente y participe plenamente en todos los aspectos de la vida C2: Garantizar la accesibilidad y la movilidad personal de la persona mayor así como la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso en: edificios, vías	Individual y Programática

									públicas, transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como centros educativos, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo.	
GD6.	GD6.CE.14	<i>¡Debería! [ayudarse con algo para movilizarse], por toda la cuestión física ¡sí! Pero no lo usaba no, porque ella decía: “todavía no”, “me resisto...” “Lo tenía pero no lo usaba” decía: -Me resisto a usar... “La medicación se la dejaban en la puerta de la pensión, peor no se la subían hasta el cuarto y ella no podía hacer fuerza, y había cuestiones que ya la empezaban a exceder...”</i>	CI.98	Dificultades físicas para acceder al medicamento	CDE.9	Riesgo de administración inadecuada de la medicación	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C1: Asegurar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos C2: Asegurar que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia, dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.	Individual y Programática
GD6.	GD6.CE.15	<i>“había cuestiones que ya la empezaban a exceder... Entonces se empezó a trabajar con ella para ir a una residencia. Ella al principio estaba un poco resistente, porque pensaba una cosa, después empezó a darse cuenta que no. Ella tenía en el imaginario que era un lugar donde no iba a poder salir, ella está auto válida puede moverse, compras, hacer sus cosas, pero tiene sus limitaciones físicas” “Y bueno, empezó a</i>	CI.99	Intervención del ESS	CDE.21	Rol del ESS	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C2: Asegurar que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia, dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico. C3: Asegurar que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros	Ninguna. Se favorece el derecho

		<i>entender que por más que estuviese en una residencia no es que estaba internada en un lugar, que se podía buscar un lugar lindo donde ella se sintiese cómoda. Bueno, finalmente, se hizo esa gestión” “le dimos varias posibilidades. Y fue a uno y le encantó este porque tuvo la charla con la directora entonces esto también la tenía contenta [...]tuvo una entrevista muy larga [con la directora] donde ella le pudo plantear todos sus miedos”</i>							servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.	
GD6.	GD6.CE.16	<i>"Pero sí, estaba muy cansada en cuanto a todos sus cuidados médicos.La verdad es que estaba muy deprimida, entonces, ahí, empezamos a trabajar más la posibilidad de vivir en un geriátrico. Y a partir de ahí como que ella se motiva con la idea, entonces tienen como una razón más para buscar..." "me daba la impresión que estaba muy deprimida, trate de ofrecerle por fuera de todos los tratamientos que estaba haciendo, tratamiento psicológico. Pero ella no, tenía muy en la cabeza tener que resolver el tema de la vivienda, que también es lógico, que eso la tenía muy preocupada." "[En la pensión, donde vivía</i>	CI.100	Impacto en el autocuidado. Cansancio de la intervención medica	CDE.1	Soledad y depresión	12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	C3: Desarrollar un sistema integral de cuidados que tenga especialmente en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor.	Social y Programática

	<p><i>sola] la encuentro muy deprimida, en cuanto a lo físico, desmejorada... porqueno estaba pudiendo alimentarse bien [...] De hecho, el botón gástrico, requiere de mucha higiene, entonces ella, como complicada, porque lo tenía que hacer ella y a veces le salía mejor que otra, y entonces tenía que consultar varias veces a la guardia... Lo bueno es que estaba tan cerca. Y además, ya la conocen y entonces, le hacían las cosas rápidamente y demás.”</i></p> <p><i>“La vio sí [un psicólogo] y le ofrecí verlo al doctor S, para que le hiciera un EFA de depresión, para que la evalúe más en profundidad. Pero ella dijo: “Tengo tantos años en mi vida de terapia, que no tengo ganas”</i></p> <p><i>“Ella estaba enemistada con todo tipo por...por historia, por enfermedad...Esto lo sé, no porque nosotras preguntamos en la entrevista, ni nada. Pero ella más de una vez ha dicho: -yo no quiero saber nada ni con Dios, ni con nada-. Hablando de su depresión...de la posibilidad de que ella consultarse por su depresión... -Yo ya estoy podrida de dios, estoy</i></p>							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

		<i>podrida de los psicólogos, de los psiquiatras, yo lo único que quiero es estar tranquila-Claro, mucho manoseo en el cuerpo...”</i>								
GD6.	GD6.CE.17	<i>"Pero sí, estaba muy cansada en cuanto a todos sus cuidados médicos. La verdad es que estaba muy deprimida, entonces, ahí, empezamos a trabajar más la posibilidad de vivir en un geriátrico. Y a partir de ahí como que ella se motiva con la idea, entonces tienen como una razón más para buscar...”</i> <i>“me daba la impresión que estaba muy deprimida, trate de ofrecerle por fuera de todos los tratamientos que estaba haciendo, tratamiento psicológico. Pero ella no, tenía muy en la cabeza tener que resolver el tema de la vivienda, que también es lógico, que eso la tenía muy preocupada.”</i> <i>“[En la pensión, donde vivía sola] la encuentro muy deprimida, en cuanto a lo físico, desmejorada... porqueno estaba pudiendo alimentarse bien [...] De hecho, el botón gástrico, requiere de mucha higiene, entonces ella, como complicada, porque lo tenía que hacer ella y a veces le salía mejor que otra, y</i>	CI.102	Cansancio de la intervención medica	CDE.21	Rol del ESS	19	Derecho a la salud	C7:Garantizar el acceso a beneficios y servicios de salud asequibles y de calidad para la persona mayor con enfermedades no transmisibles y transmisibles, incluidas aquellas por transmisión sexual. C8:Fortalecer la implementación de políticas públicas orientadas a mejorar el estado nutricional de la persona mayor.	Programática

		<p>entonces tenía que consultar varias veces a la guardia... Lo bueno es que estaba tan cerca. Y además, ya la conocen y entonces, le hacían las cosas rápidamente y demás.”</p> <p>“La vio sí [un psicólogo] y le ofrecí verlo al doctor S, para que le hiciera un EFA de depresión, para que la evalúe más en profundidad. Pero ella dijo: “Tengo tantos años en mi vida de terapia, que no tengo ganas”</p> <p>“Ella estaba enemistada con todo tipo por...por historia, por enfermedad...Esto lo sé, no porque nosotras preguntamos en la entrevista, ni nada. Pero ella más de una vez ha dicho: -yo no quiero saber nada ni con Dios, ni con nada-.Hablando de su depresión...de la posibilidad de que ella consultarse por su depresión... -Yo ya estoy podrida de dios, estoy podrida de los psicólogos, de los psiquiatras, yo lo único que quiero es estar tranquila-Claro, muchomanoseo en el cuerpo...”</p>								
GD6.	GD6.CE.18	<p>“Estaba ella sola.No tenía cuidadora,estaba ella sola. Pero el hospital le pagaba toda la medicación que ella toma y la residencia”</p>	CI.17	Sin red funcional de cuidados.	CDE.1	Soledad	19	Derecho a la salud	C14:Garantizar a la persona mayor la disponibilidad y el acceso a los medicamentos reconocidos como esenciales por la	Ninguna. Se favorece el derecho

									Organización Mundial de la Salud, incluyendo los fiscalizados necesarios para los cuidados paliativos	
GD6.	GD6.CE.19	<i>“Estaba ella sola.No tenía cuidadora,estaba ella sola. Pero el hospital le pagaba toda la medicación que ella toma y la residencia”</i>	CI.18	Sin red funcional de cuidados.	CDE.1	Soledad	24	Derecho a la vivienda	C6:Diseñar políticas que tengan en cuenta las necesidades específicas de la persona mayor, particularmente aquellas que viven solas, a través de subsidios para el alquiler, apoyo a las renovaciones de la vivienda y otras medidas pertinentes.	Ninguna. Se favorece el derecho
GD6.	GD6.CE.20	<i>“Ella trabajó toda la vida, yo no recuerdo si fue madre soltera o quedó viuda muy joven, pero para el caso es más o menos lo mismo, ella crió a sus hijos ella sola, trabajo mucho siempre, hasta los 30 que ella tiene el primer cáncer, que si mal no recuerdo, fue un cáncer de mama y a partir de ahí empezó a tener muchas complicaciones, como consecuencias del tratamiento por cáncer y después hizo una metástasis, y demás cuestiones que se le hizo crónico, el botón gástrico fue consecuencia de los cánceres anteriores”</i>	CI.101	Enfermedad temprana	CDE.11	Fragilidad de la PAM	-	-	-	-
GD6.	GD6.CE.21	<i>“Y ahí en el medio que ella ya se sentía mejor, que estaba contenta en ese lugar, que</i>	CI.102	Por cuestiones físicas, dolores y demás no fue más ...	CDE.3	Riesgo de Aislamiento	6	Derecho a la vida y a la dignidad en la	C2:Las instituciones públicas y privadas evitan el aislamiento de la	Individual y Programática

		<i>estaba cerca, qué sé yo... la contactan las chicas [...] del grupo de saludable, le ofrecen esto [incorporarse al grupo de tejido]. Ella fue, se enganó... No fue muchas veces, habrá ido dos o 3 veces, y después por sus cuestiones físicas y dolores y demás no fue más..."</i>		Barreras para la integración social?				vejez	persona mayor C4:Las instituciones públicas y privadas manejan apropiadamente el dolor de la persona mayor	
GD6.	GD6.CE.22	<i>"[El tema de la muerte] Lo tiene muy elaborado por lo que me dio a entender como que ella tiene todo muy elaborado. Lo tenía bien en claro. Que el tiempo que le quedase que fuese lo mejor posible. Ella quería calidad de vida y que ella sentía que con todas estas cuestiones económicas que se le presentaban todo el tiempo... No sentía que estaba con una estabilidad en donde ella pudiese estar tranquila y disfrutar de otras cosas. Todo el tiempo, siempre estaba en el alerta -¿y ahora qué? "No [se llegó a firmar directivas anticipadas] por lo menos conmigo. Pero, yo creo, es una señora que tienen las cosas muy claras. Yo creo que en algún punto, por lo menos con la hija, me parece que lo debe tener bastante claro."</i>	CI.103	Elaboración de la PAM ante un proceso largo de enfermedad	CDE.21	Se habla de muerte: Directivas anticipadas	6	Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez	C3:Las instituciones públicas y privadas manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales.	Se favorece parcialmente el derecho
GD6.	GD6.CE.23	<i>"El plan de salud se lo paga la hija" "Es lo único que la hija pagaba. Después con esa</i>	CI.104	Dificultan el pago del traslado frecuente. Barreras para la	CDE.16	Dificultades económicas	26	Derecho a la accesibilidad y a la movilidad	C1:Garantizar la accesibilidad y la movilidad personal de la	Programática

		<p><i>mínima jubilación que ella cobra, no sé... sus gastos...Lo diario”.</i></p> <p><i>“ella me comentó, que la primera vez que tuvo cáncer. Ella hizo un grupo terapéutico y que de ese grupo terapéutico hizo fuertes amigas, tiene 4 o 5, creo que eran 4 o 5 , creo que una se murió, y todos los martes se juntaban en un café, hasta el día de hoy.” “Pero bueno, ya en el último tiempo, ya no lo pudo sostener mucho por temas económicos. Pero ella me dice “el tema económico nunca fue problema porque hoy uno invitaba a uno, que sé yo...Pero ya en el último tiempo ya no tenía un mango. Y era trasladarse hasta donde se encontraban... Siempre se encontraban en función de ella que es la que peor estaba. Pero, en el último tiempo, me dice: - no nos estamos juntando tan seguido, pero todo el tiempo nos estamos hablando por teléfono-. Esa era su red social...”</i></p> <p><i>“María. No tiene nada [No tienen bienes]”</i></p>		integración social				personal	<p>persona mayor para que pueda vivir en forma independiente y participe plenamente en todos los aspectos de la vida</p>	
GD6.	GD6.CE.24	<p><i>“Le pagan un remis [para ir a las consultas del hospital]”</i></p>	CI.29	Traslados al hospital...	CDE.2	Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.	26	Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal	<p>C10: Adoptar medidas pertinentes para promover iniciativas en los servicios de transporte público o de uso público para que haya asientos reservados para</p>	<p>Ninguna. Se favorece el derecho</p>

									la persona mayor, los cuales deberán ser identificados con la señalización correspondiente.	
GD6.	GD6.CE.25	<p><i>“Ella RECHAZÓ [medicina domiciliaria] todas las veces que tuvo... Porque como estaba tan cerca del hospital, prefería venir al hospital...Se la nota [a ella] con esta...con esta pequeña intención de estar mejor todo el tiempo. Si bien ella repara en toda su enfermedad, su cuerpo deteriorado, sus imposibilidades económicas y demás, se la ve con esta voluntad de ir para adelante. Entonces ella decía: -Yo estoy a una cuadra del hospital, si tengo que ir, voy-”</i></p>	CI.53	Toma de desciciones. Rechazo de medicina domiciliaria elje el tralado al hospital	CDE.6	Autonomía de la PAM	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	<p>C1: Asegurar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos</p> <p>C2: Asegurar que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia, dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.</p> <p>C3: Asegurar que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.</p>	Ninguna. Se favorece el derecho
GD6.	GD6.CE.26	<p><i>“No [tuvo caídas]. Pero [ella] era muy muy frágil,</i></p>	CI.54	“todavía no”, “me resisto...” “Lo tenía	CDE.6	Autonomía de la PAM	-	-	-	

		<i>tenía una marcha muy inestable. Es muy flaquita por toda esta cuestión alimentaria, es muy flaquita y vos la ves que camina medio así agarrándose. ¡Debería! [ayudarse con algo para movilizarse], por toda la cuestión física ¡sí! Pero no lo usaba no, porque ella decía: "todavía no", "me resisto..." "Lo tenía pero no lo usaba" decía: -Me resisto a usar...-" "De hecho, también se le había ofrecido kinesiología y ella tampoco quiso..."</i>		pero no lo usaba" decía: -Me resisto a usar..." Negativa a usar complemento para la movilidad y apoyo por kinesiología						
GD6.	GD6.CE.27	<i>"[María] Es una señora que tiene mucha personalidad. Si bien no tiene un nivel alto de estudios, porque se enfermó muy joven. Se ve que ha leído mucho. Y siempre ha sabido defender su posición. Me dio la sensación que siempre estuvo bien plantada. Exigia"</i>	CI.105	PAM empoderado	CDE.21	PAM informado	-	-	-	-
GD7.	GD7.CE.1	<i>Él está viviendo en su casa, con cuidadora, contratada por él... Viviendo en su departamento ... el problema que tenía, es que tenía hijos, 2 hijos, si no me equivoco, con los que tenía muy mala relación... No, tres hijos. Uno que vivía en el exterior, uno que vivía acá, y otro que él decía que tenía algún retraso madurativo, alguna, la verdad que no lo sé... Muy solitario, en un sentido, en relación con</i>	CI.2	Sin red funcional de cuidado. Familia disfuncional	CDE.1	Soledad	6	Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez	C2:Las instituciones públicas y privadas evitan el aislamiento de la persona mayor	Social y Programática

		<i>su familia, sin contacto, tenía una hermana que cada tanto, pero ahora, parece que no tenía una buena relación...</i>								
GD7.	GD7.CE.2	<i>Él está viviendo en su casa, con cuidadora, contratada por él... Viviendo en su departamento ... el problema que tenía, es que tenía hijos, 2 hijos, si no me equivoco, con los que tenía muy mala relación... No, tres hijos. Uno que vivía en el exterior, uno que vivía acá, y otro que él decía que tenía algún retraso madurativo, alguna, la verdad que no lo sé... Muy solitario, en un sentido, en relación con su familia, sin contacto, tenía una hermana que cada tanto, pero ahora, parece que no tenía una buena relación...</i>	CI.106	Familia disfuncional	CDE.17	Red de apoyo Familiar y/o Social?	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C3:Asegurar que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.	Social y Programática
GD7.	GD7.CE.3	<i>En un momento, apareció un hijo, logramos que uno de los hijos apareciera, que se hiciera cargo un poquito de las cosas, no logramos que hiciera cierta supervisión. En un momento, los hijos, se hicieron cargo del pago de los impuestos, pero bueno todo era como muy difícil porque tenía una relación muy fea, muy mala. Y había como dudas, en relación a que le hicieron firmar algo. Y las cuidadoras decían una cosa, tampoco sin mucha noción...</i>	CI.106	Familia disfuncional.	CDE.17	Red de apoyo Familiar y/o Social?	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C3:Asegurar que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.	Individual, Social y Programática

GD7.	GD7.CE.4	<i>En un momento, apareció un hijo, logramos que uno de los hijos apareciera, que se hiciera cargo un poquito de las cosas, no logramos que hiciera cierta supervisión. En un momento, los hijos, se hicieron cargo del pago de los impuestos, pero bueno todo era como muy difícil porque tenía una relación muy fea, muy mala. Y había como dudas, en relación a que le hicieron firmar algo. Y las cuidadoras decían una cosa, tampoco sin mucha noción...</i>	CI.106	"Familia disfuncional. Abuso economico"	CDE.11	Fragilidad de la PAM. Ref familiar	9	Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia	C4:Establecer o fortalecer mecanismos de prevención de la violencia, en cualquiera de sus manifestaciones, dentro de la familia, unidad doméstica, lugares donde recibe servicios de cuidado a largo plazo y en la sociedad para la efectiva protección de los derechos de la persona mayor. C8: Promover mecanismos adecuados y eficaces de denuncia en casos de violencia contra la persona mayor, así como reforzar los mecanismos judiciales y administrativos para la atención de esos casos.	Social y Programática
GD7.	GD7.CE.5	<i>El económicamente, tenía una buena jubilación, pero el nivel de gastos por el nivel dependencia, no llegaba a cubrirse muy satisfactoriamente, entonces tenía dificultades. Hubo muchos eventos y varios, en el transcurso desde que yo lo conozco...donde tiene cuidadoras, él establece relaciones media extrañas con las cuidadoras, porque como que se enamora, y genera como que de golpe son perfectas y geniales y todo lo que digan ellas... Y como que</i>	CI.107	"Abuso economico"	CDE.16	Dificultades economicas	9	Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia	C4:Establecer o fortalecer mecanismos de prevención de la violencia, en cualquiera de sus manifestaciones, dentro de la familia, unidad doméstica, lugares donde recibe servicios de cuidado a largo plazo y en la sociedad para la efectiva protección de los derechos de la persona mayor. C8: Promover mecanismos adecuados y eficaces de denuncia en casos de violencia contra	Social y Programática

		<i>lo han estafado muchas veces. "Las cuidadoras manejaban su dinero... era como raro..."</i>							la persona mayor, así como reforzar los mecanismos judiciales y administrativos para la atención de esos casos.	
GD7.	GD7.CE.6	<i>"Porque una de las cosas que pasa cuando hay cuidadoras contratadas, de manera particular es que queda como a merced, de la voluntad, y de la buena gente que puede llegar a ser la persona contratada. Porque es vínculo de mucho conocimiento, y al depender... queda a merced...de la persona y así le fue mal, varias veces... Y esto le generaba como muchos problemas emocionales de porque depositaba toda la confianza y todo... y era como estafado..."</i>	CI.107	"Abuso economico" que ocasiona problemas emocionales	CDE.16	Dificultades economicas	9	Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia	C4: Establecer o fortalecer mecanismos de prevención de la violencia, en cualquiera de sus manifestaciones, dentro de la familia, unidad doméstica, lugares donde recibe servicios de cuidado a largo plazo y en la sociedad para la efectiva protección de los derechos de la persona mayor. C8: Promover mecanismos adecuados y eficaces de denuncia en casos de violencia contra la persona mayor, así como reforzar los mecanismos judiciales y administrativos para la atención de esos casos.	Social y Programática
GD7.	GD7.CE.7	<i>Y era un persona que [...] en la vida cotidiana, carecía de todo manejo de lo que es llevar una casa adelante, la comida...Entonces, la cuidadora se tornaba, se volvía como una pareja, era la que sacaba los turnos, la que organizaba la medicación, la que hacía las compras, la que organizaba el menú...y las mujeres</i>	CI.55	Cuidadora no favorece la autonomia de la PAM	CDE.6	Autonomía de la PAM	8	Derecho a la participación e integración comunitaria	C1: Se crearán y fortalecerán mecanismos de participación e inclusión social de la persona mayor en un ambiente de igualdad que permita erradicar los prejuicios y estereotipos que obstaculicen el pleno disfrute de estos derechos de la persona adulta mayor.	Social

		<i>[cuidadoras] lo tomaban como si fuese un bebé grande, porque el como que estaba como a merced de quien viniera. No porque no tuviera capacidad, sino por sus estilo</i>								
GD7.	GD7.CE.8	<i>Y hoy por hoy, existe algún tipo de institución, de organización, donde ustedes se pueden apoyar, donde no se si al palabra seria "denunciar", pero sí movilizar... - No, no tenemos...es muy complejo.... Porque yo me involucro hasta donde puedo, pero se necesitan de otros recursos, y otra opción.</i>	CI.108	ESS ¿Qué respuesta se da ante la detección de abuso economico?	CDE.16	Dificultades economicas	30	Igual reconocimiento como persona ante la ley	C1: Reafirmar que la persona mayor tiene derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica. C8: Velar por que la persona mayor no sea privada de sus bienes de manera arbitraria	Programática
GD7.	GD7.CE.9	<i>"Cuando hay cuestiones de estas, cuando, acá, se están vulnerando sus derechos, está en un a situación de violencia, de maltrato desde lo económico, de abuso, cuando eso pasa, es ahí es cuando decis, ¿qué haces...? ¿A dónde recurrimos?, vos decis, trasmití...pero por lo que tengo entendido no sabemos cómo... Cómo que se torna más personal y no institucional...Ahí, hay aguas, es una parte dónde decis bueno, que alguien venga, yo no puedo estar sola con mi persona... diciendo y viendo...El problema que uno tiene es que ve cosas... Y yo no podría decir, o sea tengo</i>	CI.109	Cómo actuar cuándo se tectan situaciones de abuso? '	CDE.21	Rol del ESS	30	Igual reconocimiento como persona ante la ley	C1: Reafirmar que la persona mayor tiene derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica. C8: Velar por que la persona mayor no sea privada de sus bienes de manera arbitraria	Programática

		<i>información, y hay indicadores que nos alertan que acá hay riesgos de abuso: Los manejos del dinero, el nivel de dependencia, las relaciones que establece, las úlceras... "</i>								
GD7.	GD7.CE.10	<i>En el último tiempo él ya se va poniendo un poquito peor...el tenía cierta posibilidad de movilizarse, usaba andador, él dependiendo de si tenía dentro de su economía tomar un cafecito cerca de su casa. Era poco lo que hacía, esto de ir a la facultad era otra actividad que él hacía.</i>	CI.38	Moderadas por la economía	CDE.3	Actividades recreativas de la PAM	22	Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte	C1: Promover el desarrollo de servicios y programas de recreación, incluido el turismo, así como actividades de esparcimiento y deportivas que tengan en cuenta los intereses y las necesidades de la persona mayor, en particular de aquella que recibe servicios de cuidado a largo plazo, con el objeto de mejorar su salud y calidad de vida en todas sus dimensiones y promover su autorrealización, independencia, autonomía e inclusión en la comunidad.	Social y Programática
GD7.	GD7.CE.11	<i>Cuando él se va poniendo más dependiente y con más problema de salud... en un momento, abordar, y eso está en la historia clínica, que él pueda ir a una residencia, porque ya la cuidadora con la que el estaba trabajando, ya no lo podía asistir, de manera satisfactoria, porque no lo</i>	CI.56	Situaciones que modulan la autonomía de la PAM	CDE.6	Autonomía de la PAM	12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	C1: Promover que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.	Programática

		<i>podía movilizar... [Ademas], era muy difícil, también, cubrir 24 horas, y hablé con él la posibilidad de un ingreso a la residencia... En algún momento dijo que sí. Pero después también, de hablar con él y ...después [decía que] la cuidadora se queda sin trabajo. Entonces es muy complicado...En su momento había dicho que si, después dijo que no...</i>								
GD7.	GD7.CE.12	<i>"Cuando él se va poniendo más dependiente y con más problema de salud... en un momento, abordar, y eso está en la historia clínica, que él pueda ir a una residencia, porque ya la cuidadora con la que el estaba trabajando, ya no lo podía asistir, de manera satisfactoria, porque no lo podía movilizar... [Ademas], era muy difícil, también, cubrir 24 horas, y hablé con él la posibilidad de un ingreso a la residencia... En algún momento dijo que sí. Pero después también, de hablar con él y ...después [decía que] la cuidadora se queda sin trabajo. Entonces es muy complicado...En su momento había dicho que si, después dijo que no...  "¿Cuántas cuidadoras tuvo el mientras que tú estuviste</i>	CI.56	Situaciones que modulan la autonomía de la PAM	CDE.6	Autonomía de la PAM	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C1: Asegurar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos C2: Asegurar que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia, dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico. C3: Asegurar que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que	

		<p><i>haciendo el seguimiento...?- Yo creo que 3 seguro...¿Y cuántas horas estaban con él? 24 horas, Con cama... Y el fin de semana venía otras personas [...] Entonces había algo ahí, medio raro, era lo que podía y se podía... Ya te digo, el tenía una jubilación buena... no era la mínima. Ponele que eran 20 mil, un valor que en su momento era... pero si vos haces el cálculo, de pagar los gastos de la casa, la comida, más las cuidadoras, no le alcanzaba..." Rotación de cuidadoras en el domicilio</i></p>						<p>sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta. C4: Promover el pleno goce de estos derechos por la persona mayor, propiciando su autorealización, el fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas.</p>		
GD7.	GD7.CE.13	<p><i>[orientadora explicándole a la PAM]-Yo no pierdo mi trabajo, puedo no venir más y no pasa nada, solamente te estoy mirando a vos, y a tu bienestar... Si vos estás en una residencia vas a comer todos los días, vas a estar limpio todos los días, vas a poder salir si querés-, mi idea era que fuera una residencia y contratar a una cuidadora que fuera 3 veces por semana, y que salga a pasar... Pero bueno, no se llegó a lograr nada de esto, y después ya falleció. En el último tiempo, era tratando que el hijo participe. El ya estaba una situación donde tenía episodios confusionales, ya la</i></p>	CI.110	<p>Que la PAM se reconozca como sujeto de derechos</p>	CDE.19	<p>Desafíos para instalar un cuidado progresivo integral en la PAM</p>	12	<p>Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo</p>	<p>C8: Informar a la persona mayor sobre sus derechos y sobre el marco jurídico y protocolos que rigen los servicios de cuidado a largo plazo.</p>	Individual y Programática

		<i>cuidadora no podía manejarlo.</i>								
GD7.	GD7.CE.14	<i>“Dario, si vos vas a una residencia, vas a tener una vida mucho más agradable”. Él estaba preocupado por sus libros. “Yo te busco un lugar donde tus libros te puedan acompañar...”</i>	CI.111	Estrategias para la adaptación en la residencia de cuidados a largo plazo	CDE.21	Rol del ESS	-	-	-	-
GD7.	GD7.CE.15	<i>Pero el planteo mío era ese, sabiendo su realidad, viendo como estaba su baño, cómo estaba su cama, su heladera, su cocina, no eran buenas condiciones de vida...[Favorecer que se trasladara a una residencia]. Su cama... Al principio, cuando yo llegué era todo un asco... Como que hacía pis, en el mismo lugar donde dormía, comía [...]. La habitación de los libros era un desorden total... Bueno, logramos que él ordene los libros [...] No estaba comiendo bien. Pero yo tampoco tenía certeza de cuánto gastaba... Se supone que la cuidadora llevaba todo un control...</i>	CI.112	Habitat inadecuado/ aislamiento/ malas condiciones de higiene	CDE.7	Vivienda digna y adecuada	24	Derecho a la vivienda	C1:Garantizar el derecho de la persona mayor a una vivienda digna y adecuada	Programática
GD7.	GD7.CE.16	<i>Pero el planteo mío era ese, sabiendo su realidad, viendo como estaba su baño, cómo estaba su cama, su heladera, su cocina, no eran buenas condiciones de vida...[Favorecer que se</i>	CI.113	Acumulador, Malas condiciones de higiene del domicilio. Red de cuidado no responde	CDE.20	Alimentacion inadecuada	12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	C1:Promover que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.C5:Promover servicios que cuenten con	Social y Programática

		<p><i>trasladara a una residencia]. Su cama... Al principio, cuando yo llegué era todo un asco... Como que hacía pis, en el mismo lugar donde dormía, comía [...]. La habitación de los libros era un desorden total... Bueno, logramos que él ordene los libros [...] No estaba comiendo bien. Pero yo tampoco tenía certeza de cuánto gastaba... Se supone que la cuidadora llevaba todo un control...</i></p>						<p>personal especializado que pueda ofrecer una atención adecuada e integral y prevenir acciones o prácticas que puedan producir daño o agravar la condición existente.</p> <p>C9: Prevenir injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar o unidad doméstica, o cualquier otro ámbito en el que se desenvuelvan, así como en su correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación.</p> <p>C11: Proteger la seguridad personal y el ejercicio de la libertad y movilidad de la persona mayor</p>		
GD7.	GD7.CE.17	<p><i>Sí, uno intenta como activar, pero yo también creo que en esto en lo que es la autonomía de las personas y la posibilidad de tomar decisiones... Sí, transmitirle y darle toda la información. Como que el pudiera saber que estaba en una situación de riesgo, que existían otras alternativas, como que había sido estafado, como resaltar eso, y darle toda la información y mostrarle que hay otras alternativas....</i></p>	CI.114	Que la PAM se reconozca como sujeto de derechos	CDE.19	Desafíos para instalar un cuidado progresivo integral en la PAM	12	Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo	C8: Informar a la persona mayor sobre sus derechos y sobre el marco jurídico y protocolos que rigen los servicios de cuidado a largo plazo.	Ninguna. Se favorece el derecho

GD7.	GD7.CE.18	<i>B- Las dificultades en relación al seguimiento domiciliario, tenían que ver con que, a veces se le rompía el portero eléctrico, pero él tuvo bastante prestación en domicilio, y si alguna vez tuvo que venir, se trasladaba. El, además, seguía siendo, su médico, y que él quería un montón, a Shapira,</i>	CI.30	Barreras estructurales para el seguimiento domiciliario	CDE.2	Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.	24	Derecho a la vivienda	C2:Adoptar las medidas pertinentes para promover el pleno goce de este derecho y facilitar que la persona mayor tenga acceso a servicios socio-sanitarios integrados y servicios de cuidados domiciliarios que le permitan residir en su propio domicilio conforme a su voluntad.	Programática
GD8.	GD8.CE.1	<i>El quisiera permanecer solo, en su casa, vivir solo, pero entiende que sus limitaciones no se lo permiten y está acompañado 24 horas por cuidador, pago por la familia.</i>	CI.58	Toma de decisiones informadas. Negociación entre cómo se desea estar y cómo conviene estar. Adaptación cotidiana a las necesidades de cuidado de la PAM	CDE.6	Autonomía de la PAM	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C2:Asegurar que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia, dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.	Ninguna. Se favorece el derecho
GD8.	GD8.CE.2	<i>El quisiera permanecer solo, en su casa, vivir solo, pero entiende que sus limitaciones no se lo permiten y está acompañado 24 horas por cuidador, pago por la familia.</i>	CI.58	Toma de decisiones informadas. Negociación entre cómo se desea estar y cómo conviene estar. Adaptación cotidiana a las necesidades de cuidado de la PAM	CDE.6	Autonomía de la PAM	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C3:Asegurar que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.	Ninguna. Se favorece el derecho
GD8.	GD8.CE.3	<i>Cuando yo fui, post internación, Él estaba mucho</i>	CI.115	Habitat inadecuado	CDE.7	Vivienda digna y	24	Derecho a la vivienda	C5:Diseñar políticas que tengan en cuenta la	Individual y Programática

		<i>más frágil como para subir una escalera. Una escalera, aparte, empinada, con vueltas. Pero tengo entendido, que después si empezó a bajar, a estar el en la empresa, no a trabajar sino a estar. A estar presente ahí. A ver a los choferes que manejan los camiones. Así que más o menos, estaba intentando integrarse...pero la escalera era un gran riesgo para la fragilidad de él, en cuanto a las caídas.</i>				adecuada			necesidad de construir o adaptar progresivamente soluciones habitacionales con el fin de que estas sean arquitectónicamente adecuadas y accesibles a los adultos mayores con discapacidad y con impedimentos relacionados con su movilidad.	
GD8.	GD8.CE.4	<i>La cuidadora tenía capacitación formal. Eran personas que trabajaban ya ahí, hacían la limpieza de la fábrica, perdón, de la empresa. Lo acompañaban esporádicamente a él, cuando era más autoválido...en la limpieza y demás. Y a medida que él fue necesitando más tiempo, se fue incorporando más tiempo. Igual, muy lúcida, porque nosotras conversamos sobre la medicación y sabía que medicación tomaba. También conversamos respecto algunos ejercicios que pueden hacer sentados, o parados, y también ejercicios que pueden hacer de estimulación cognitiva. Y muy lucida para comprenderlos.</i>	CI.59	Cuidadora formal funcional. Si capacitación formal	CDE.8	Cuidador	19	Derecho a la salud	C16: Promover y garantizar progresivamente, y de acuerdo con sus capacidades, el acompañamiento y la capacitación a personas que ejerzan tareas de cuidado de la persona mayor, incluyendo familiares, con el fin de procurar su salud y bienestar.	Programática

GD8.	GD8.CE.5	<i>Sí, el proyecto de él, era bajar, e incorporarse, no atendiendo, a proveedores o tomando un cargo para la logística que hagan los camiones y demás, pero sí, el proyecto era bajar esa escalera e incorporarse abajo como lo hacía, él se sentaba ahí en la oficina, y toda la gente que iba al lugar siempre lo saludaba, lo recordaban como el propietario del lugar... como que él no quería perderesa...</i>	CI.59	Proyecto de vida de la PAM	CDE.21	Autonomía de la PAM	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C4:Promover el pleno goce de estos derechos por la persona mayor, propiciando su autorealización, el fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas.	Ninguna. Se favorece el derecho
GD8.	GD8.CE.6	<i>Pero cuando lo vi yo, era independiente, trataba, con mucha dificultad, no con agilidad, de vestirse solo, de ir al baño solo, lo supervisaban hasta el baño con andador, pero él una vez que llegaba al baño, cerraba lapuerta, no quería que nadie lo limpie, lo higienice, él quería manejarse solo. Enese momento el me dio a entender que se hidrataba poco, para evitar que tuviera un accidente con respectoa orinarse</i>	CI.60	Adaptación progresiva a las necesidades de la PAM favoreciendo su intimidad	CDE.6	Autonomía de la PAM	16	Derecho a la privacidad y a la intimidad	C3:La persona mayor tiene derecho a la privacidad en los actos de higiene o en las actividades que desarrolle, independientemente del ámbito en el que se desenvuelva.	Ninguna. Se favorece el derecho
GD8.	GD8.CE.7	<i>En realidad, la casa era imposible hacerle algún tipo de recomendación porque la recomendación era directamente que se fuera de ahí. [...] En este caso, era una estructura de casa que no se podía hacer...habían varios</i>	CI.116	Habitat inadecuado sin posibilidad de resolver a corto plazo. Desniveles que se avisan para procurar un caminar con cuidado	CDE.7	Vivienda digna y adecuada	24	Derecho a la vivienda	C5:Diseñar políticas que tengan en cuenta la necesidad de construir o adaptar progresivamente soluciones habitacionales con el fin de que estas sean arquitectónicamente adecuadas y accesibles a	Individual y Programática

		<i>desniveles, además de la escalera, cada ambiente tenía como escalones, si él quería bajar del living a la cocina tenía que bajar un escalón. No había forma, salvo que le pongas rampas y ascensor. Cosa que no iba a ocurrir. Pero sí, hicimos hincapié en esas dificultades que tenía la casa, sí las remarcamos, coincidíamos que eran dificultades. Pero al menos, no querían sacarlo del lugar donde él vivía. No había otra opción de casa, era esa la casa.</i>						los adultos mayores con discapacidad y con impedimentos relacionados con su movilidad.		
GD8.	GD8.CE.8	<i>Y al menos cuando yo fui, los anteojos no los tenía puestos, los tenía ahí en una mesita, los había dejado ahí en la en una mesita ratona. Pero, por eso te digo, no estaba como incentivado para leer por el tema de la visión. Lo que era la televisión buscaba programas como por ejemplo, Animal Planet, que él pueda ver imágenes de animales y demás, que no impliquen tanto, como seguir una novela, quizás no lo podría hacer...</i>	CI.117	Identificar la sutileza en los cambio de hábitos de la PAM relacionados con el incremento en su deterioro	CDE.19	Desafíos para instalar un cuidado progresivo integral en la PAM			Individual	
GD8.	GD8.CE.9	<i>Me parece que más por coqueto [no usana los anteojos] que por otra cosa. Porque los tenía...</i>	CI.118	No usar los complementos/apoyos: Conductas que favorecen el aislamiento	CDE.4	Riesgo de Aislamiento	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y	CI: Asegurar el respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus	Individual

							creencias, en igualdad de condiciones	actos		
GD8.	GD8.CE.10	<i>Va fluyendo para lo que se espera de un paciente de 86 años, y cuando él se fue de acá no, pero al tiempo, él se fue de acá, con medicina domiciliaria, y cuando ella [la medica] lo fue a ver, y fue viendo el deterioro a nivel clínico, ella lo ingresó, en cuidados paliativos. Entonces, como que ya está no como para molestarlo tanto, una persona ya al final de vida, con cuidados paliativos, está como para dejarlo más tranquilo en algunas cuestiones...</i>	CI.31	Continuidad de cuidados. Acceso a cuidados Paliativos	CDE.2	Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.	19	Derecho a la salud	C1:Diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social. C13:Promover las medidas necesarias para que los servicios de cuidados paliativos estén disponibles y accesibles para la persona mayor, así como para apoyar a sus familias.	Programática
GD8.	GD8.CE.11	<i>Va fluyendo para lo que se espera de un paciente de 86 años, y cuando él se fue de acá no, pero al tiempo, él se fue de acá, con medicina domiciliaria, y cuando ella [la medica] lo fue a ver, y fue viendo el deterioro a nivel clínico, ella lo ingresó, en cuidados paliativos. Entonces, como que ya está no como para molestarlo</i>	CI.32	Asistencia en el proceso de fin de vida. "Entonces, como que ya está no como para molestarlo tanto, una persona ya al final de vida, con cuidados paliativos, está como para dejarlo más tranquilo en algunas cuestiones..."	CDE.2	Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.	6	Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez	C1: Las instituciones públicas y privadas ofrecen a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos	Se favorece parcialmente el derecho

		<i>tanto, una persona ya al final de vida, con cuidados paliativos, está como para dejarlo más tranquilo en algunas cuestiones...</i>								
GD8.	GD8.CE.12	<i>El mientras estuviera en su casa, no tenía problema en el acompañamiento pero hacia hincapié en el abajo, en la empresa, en trabajar, en incorporarse con eso porque se la pasaba todo el día arriba sin posibilidad de poder... creo que bajó en una oportunidad acompañado por un hijo, un nieto, que le hicieron, le hermetizaron la escalera para que pudiera bajar. Porque era absolutamente peligrosa la escalera, pero después no deseaba otro tipo de cuestiones más que esa. Siempre más relacionada con el trabajo</i>	CI.119	Recuperar su autonomía	CDE.21	Proyecto de vida de la PAM	7	Derecho a la independencia y a la autonomía conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones	C4:Promover el pleno goce de estos derechos por la persona mayor, propiciando su autorealización, el fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas.	Ninguna. Se favorece el derecho
GD8.	GD8.CE.13	<i>En el caso del control de cuidados paliativos, se hace aquí en el hospital. Sí, porque en principio ella [la medica de internación domiciliaria] lo ingresó a cuidados paliativos. Pero es muy difícil en nuestra zona primero por que esta todo más terciarizado y segundo porque después porque se está priorizando pacientes oncológicos o QUIZÁS más jóvenes. No digo, que en el</i>	CI.33	Dificulta para acceder a cuidados paliativos relacionado con barreras geofraficas y dificultad para el traslado	CDE.2	Accesibilidad al sistema de salud y a cuidados integrales.	19	Derecho a la salud	C13:Promover las medidas necesarias para que los servicios de cuidados paliativos estén disponibles y accesibles para la persona mayor, así como para apoyar a sus familias.	Programática

		<i>caso de él no. Pero como que hasta el momento tuvo una entrevista [...] que es uno de los médicos paliativistas, acá [en el hospital], y él lo citó para verlo nuevamente acá [en el hospital]. No sé cuánto va a ser sostenible que la familia lo siga trayendo .</i>								
GD8.	GD8.CE.14	<i>Para lo hijos tampoco es fácil. Salvo que lo vengan masticado o lo traigan ellos... Hay algunos sí, que te hablan directamente de la muerte, o del miedo, o de que se quieren morir. Y uno puede ahí, sí. Pero cuando son en estas personas que vienen ¿? Y nosotras tenemos un contacto, dos contactos, donde vas viendo, y vas dando orientación. No es el contexto como más adecuado.</i>	CI.120	Reflexiones del ESS sobre: Hablar de la Muerte	CDE.21	Rol del ESS	6	Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez	C3:Las instituciones publicas y privadas manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales.	Programática

## **ANEXOS**

ANEXO A- PREGUNTAS ORIENTATIVAS PARA EL ANÁLISIS DE LOS CASOS .....	253
ANEXO B - CONSENTIMIENTOS .....	254
ANEXO C - FICHA INICIAL DE INFORMACIÓN GENERAL DEL ANCIANO .....	256
ANEXO D – CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA .....	259
ANEXO E –ESCALA DE VALORACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y ESCALAS DE VALORACIÓN DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA.....	260
ANEXO F –INSTRUMENTO PARA LA REVISIÓN DEL HOGAR .....	261

## *ANEXO A- Preguntas Orientativas Para El Análisis De Los Casos*

¿Se hizo algún tipo de abordaje a la familia, después de que el anciano es fue captado por el ESS? En qué consistió?

- ¿Se dio algún tipo de capacitación a la cuidador/vecinas relacionada con temas del cuidado del PAM? ¿Sabe si la cuidadora tiene capacitación formal? ¿El PAM acepta a las/os cuidadores/as? ¿Cómo se hizo la asignación del cuidador en su caso, fue necesario alguna ayuda de otra persona para el trámite? ¿Se hace automático? ¿Sabe qué criterios son tenidos en cuenta para la selección del cuidador? ¿El PAM, intervino en la elección de los cuidadores? ¿Cómo intervino? ¿Por cuantas horas tiene presencia de cuidadoras/es?

- ¿Qué refiere la PAM respecto del seguimiento que el ESS realiza?

¿Tienen información sobre los cómo son los proceso de higiene, vestido, alimentación, descanso nocturno de la PAM? ¿cómo se relaciona la PAM con el cuidador? (La relación es respetuosa, afectiva.) ¿Detectó alguna situación en donde la PAM y/o cuidadores debieron buscar ayuda y no lo hicieron? ¿o situaciones en las cuales buscaron ayuda y no obtuvieron respuesta? ¿Qué impresión tiene en relación al vestido y el arreglo/cuidado personal del PAM?

- ¿Observó alguna situación de maltrato en los contextos en los cuales interacciono con la PAM? (moretones, falta de alimentación, discriminación, encierro, amenazas, intimidación, humillación, falta de respeto a sus creencias, ridiculización, otras).

- ¿En qué actividades participa la PAM? desde la elección del menú, ropa para vestir hasta organizaciones barriales, cursos de formación, religión, política, etc.

- ¿Cómo se toman las decisiones más grandes o importantes relacionadas con el cuidado de la PAM? (por ejemplo, cambio de domicilio) ¿Cómo interviene el anciano en las decisiones? ¿Lo consultan o deciden por él?

¿Cuál es la situación económica del anciano? ¿tiene ingresos propios o lo mantiene la familia, total o parcialmente? ¿cómo es la relación del anciano con el dinero: quién maneja la plata? ¿cómo es su relación con los cuidadores y familiares, en relación a lo económico?

- ¿El anciano es dueño del lugar donde vive? ¿paga alquiler? ¿quién paga el alquiler y el mantenimiento de la casa: servicios, arreglos, limpieza, entre otras? ¿participa en la toma de decisiones respecto a temas familiares económicos?

¿Cómo puede describir la red social del anciano al momento del ingreso al programa? ¿y en la actualidad? ¿qué rol tiene el anciano en la gestión de esa red?

¿Cuáles son las actividades de recreación del anciano? ¿lee? ¿toca algún instrumento? ¿sigue alguna red social? ¿escucha radio? ¿usa internet? ¿qué aficiones tiene? ¿juega?

- En la dinámica cotidiana que se da en el lugar de residencia de la PAM, ¿en qué actividades participa activamente?

¿Con que frecuencia sale el anciano de su lugar de residencia? ¿No sale? ¿por qué? ¿a dónde se traslada habitualmente? ¿qué necesita para moverse de forma segura? ¿cuenta con lo que necesita?

-¿Qué organización se requiere gestionar para poder llevar al anciano a consulta con el sistema de salud? ¿Identifica algún obstáculo para que pueda venir al hospital?

-¿A qué religión pertenece el anciano? ¿Sabe si la práctica actualmente?

-¿En las últimas elecciones votó? ¿no?, ¿por qué? ¿Sí? ¿cómo se organizó la dinámica del día para facilitar el voto? ¿Hubo dificultades?

¿Pudo observar/ le comentaron sobre alguno de estos síntomas: llanto fácil, gestos de angustia, mirada temerosa, aislamiento, sobresalto, miedo y depresión?

¿La anciana refiere dolor? ¿de qué tipo? ¿Cuáles son las quejas habituales de esta persona?

¿Requiere alguna prótesis? (audífonos, anteojos, bastón, andador, silla de ruedas)? ¿Qué proceso se tuvo/tiene que seguir para poder acceder a estos elementos?

¿Se abordan con el anciano/familia/cuidadores /institución el tema de la muerte? ¿De qué manera?

¿La PAM, sufrió algún accidente en vía pública? ¿Cómo fue? ¿y en el hogar?

## *ANEXO B - Consentimientos*

Modelo de Consentimiento Informado CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVITAR A LA INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROYECTO: Descripción de la Vulnerabilidad de Adultos Mayores residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con un Enfoque de Derechos INVESTIGADOR PRINCIPAL: Lady Catalina Jerez Fonseca INTRODUCCIÓN Este proyecto se propone desarrollar participativamente un marco analítico con miras a describir la situación de vulnerabilidad del Adulto Mayor residente en CABA, adscrito al programa Socio-sanitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Para ello se propone una metodología que consistirá en una primera etapa de encuentros con informantes claves para el desarrollo de las dimensiones y aspectos relevantes de la vulnerabilidad con un enfoque de Derechos, una segunda etapa de formulación de indicadores y una tercera etapa que consistirá en la descripción de la vulnerabilidad según los indicadores propuestos para la población de las PAMdel PSS. Lo convocamos a formar parte de este protocolo participando ya sea a través de una entrevista través de un grupo de discusión (presenciales y/o virtuales anonimizados) sobre la situación de vulnerabilidad de los pacientes adscritos por el Programa Socio-sanitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Para su información le describimos brevemente las características de la investigación participativa. Se trata de una metodología interactiva, que involucra a ustedes como informantes clave de la situación de la vulnerabilidad de los ancianos y a el equipo investigativo. Su participación implica desde la formulación principales problemas de salud detectados en los gerontes hasta la interpretación de los resultados y la discusión de los resultados. El protocolo ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires. Su participación en este estudio es completamente voluntaria. El objetivo es que todos los que participan de este estudio se sientan libres de participar, sin estar obligados o influenciados. Puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin explicaciones. Tendrá la posibilidad de plantear todas las dudas que puedan surgirle en cualquier momento del desarrollo del estudio. Se le solicitará que firme este formulario de consentimiento, quedándose usted con una copia. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Se tomarán todas las precauciones necesarias para proteger la privacidad y la confidencialidad de la información de los participantes en el estudio conforme a la Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25.326 (Ley de Habeas Data). Por lo tanto, usted 124 no resultará identificado personalmente ante ninguna instancia institucional ni en ningún informe o

publicación sobre el estudio. DERECHOS LEY 25.326 Ud tiene derecho al acceso de su información personal, solicitar rectificaciones en caso de errores y en caso de retirarse del estudio no se tratarán más datos a futuro salvo los almacenados hasta el momento del retiro.

PROCEDIMIENTOS Si usted decide participar en este estudio será invitado a participar de encuentros grupales. RIESGOS Formar parte de este estudio puede exponerlo a los riesgos que conlleva el hecho de dar a conocer sus ideas y opiniones sobre temas que son sensibles para la comunidad.

BENEFICIOS A nivel individual Ud. podrá expresar las vivencias y problemas relacionados a la investigación; a nivel grupal expresarse en espacios de reflexión que generen acciones de cambio y transformación a nivel del equipo de trabajo.

PROBLEMAS O PREGUNTAS Si alguna vez necesita respuesta a alguna pregunta sobre este estudio deberá comunicarse con el Departamento de Epidemiología del HIBA, 4959-0200 interno 5398. Ante cualquier consulta sobre aspectos éticos relacionados con investigación clínica en general y con este protocolo en particular, puede comunicarse con él o si tiene preguntas sobre los derechos de los participantes en el estudio puede llamar a la coordinadora del CEPI (Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano), Dra. Gustavo IzbizkyKarin Kopitowski, teléfono 4959-0200 int. 8425. CONSENTIMIENTO

INFORMADO Luego de haber leído y comprendido las consideraciones previas, de haber realizado todas las preguntas necesarias al profesional informante y de haber recibido respuestas satisfactorias, ACEPTO LA INCORPORACIÓN al presente estudio, en forma voluntaria y dejando expresa constancia que puedo cambiar esta decisión en cualquier momento \_\_\_\_\_

DNI del voluntario Nombre y apellido del voluntario Firma y Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DNI del testigo independiente.

Nombre y apellido del testigo independiente \_\_\_\_\_ Firma y Fecha

## ANEXO C - Ficha inicial de información general del anciano

### Equipo de Orientación Sociosanitario del Adulto Mayor

#### Ficha Inicial

##### Información General

- Fecha de derivación:
- Fecha de contacto:
- Visita realizada por:
- Grupo: Ambulatorio  Discapacidad
- Derivado por el equipo de (EFA, clínica médica, medicina familiar, Caídas, UPA, Gestión en geriatría, ID, seguimiento) \_\_\_\_\_/médico:

Previo acuerdo vía telefónica con Sr/Sra/paciente:

El día de la visita:

Se realiza visita domiciliaria , en presencia del: familiar /cuidador:

Motivo de Derivación:(riesgo de caídas, caídas reiteradas, riesgo ambiental, evaluar red de apoyo, burnout familiar, sobrecarga del cuidador, sin red de apoyo familiar, polifarmacia, deterioro AVD/AVDI, post-internación, discapacidad)

- 
- 
- 
- 

##### Áreas de Relevamiento para Visita Gerontológica

##### A-Datos Personales:

Paciente:

ID:

Edad:

N° Afiliado:

Médico de Cabecera:

Médico de ID:

Medicina Domiciliaria: sí/no

Domicilio y área de domicilio:

Otra cobertura medica:

##### 1-Nivel Educativo Alcanzado:

Primario Completo/Primario Incompleto

Secundario Completo/Secundario Incompleto

Terciario Completo/Terciario Incompleto

Universitario Completo/Universitario Incompleto

Posgrado

##### 2-Historia Laboral:

3- Comorbilidades: (si tiene problemas de salud crónicos, ej HTA, Diabetes entre otros)

##### B- Red Social

1- Apoyo de familiares: sí /no  
¿Por qué?

2- Amigos: sí /no  
¿Por qué?

3- Cuidador funcional: sí/no  
¿Por qué?

4 -¿Cuántos cuidadores lo asisten?

5 -¿Cuántas horas está con el paciente?

6 - Aislamiento: sí/no  
¿Por qué?

7 - Recibe ayuda económica? de quién?

8- Tuvo internaciones en el último año? cuántas?:

9) Cuidado disfuncional? SI/No

10) Cuidador principal Adulto Mayor fragil? SI/No

11) Sobrecarga del cuidador? SI/no

12) Necesidad de cuidador extra? SI/No

**C- Hábitat: (seguridad del hogar cuestionario validado en el programa de caídas HIBA)**

• Adecuado: sí /no  
¿Por qué?

**D. Funcionalidad (ver Escala en anexo)**

- AVD
- AVD

1) Usa pañal: sí/no (lesiones por su uso)(irritación, se pone rojo, etc)

2) Presencia de secaras?: SI/no

3) Conocimientos sobre prevención de secaras?:SI/No

4) Sonda vesical?: SI/No

5) Presencia de Ostomias?: SI/no

**E. Conciliación de Medicación:**  
(armar listado de medicación en tabla anexo)

1-Toma toda la medicación indicada por el médico: sí/no  
¿Por qué?

2-Toma otros medicamentos no indicados por el médico: sí/no  
¿Por qué?

3-Toma algo para dormir: sí/no  
¿Por qué?

4-Toma Laxantes indicados por el médico: sí/no

#### **F. Actividad física:**

1-Realiza actividad física actualmente: sí/no  
¿Por qué?

2-Camina solo o acompañado?

3-Camina con ayuda: sí/no ( bastón, trípode, andador)  
¿Por qué?

4-Usa bicicleta fija: sí/no ¿Por qué?

5- Pedalín: sí/no ¿Por qué?

6- Silla de ruedas?

#### **G. Caídas:**

1-Riesgo de caídas: sí/no ¿Por qué?

2- Número de caídas en los últimos 12 meses  
¿Cómo fue la caída?¿Por qué?

3- Tiene miedo a caerse?

4-Se puede levantar solo?

#### **H. Alimentación:**

1-Ha bajado de peso en los últimos seis meses? Cuánto?

-En caso de pérdida de peso, la misma ha sido voluntaria o involuntaria?

2-En el último tiempo se ha modificado su apetito?

3-Presenta alguna dificultad para masticar y/o tragar tanto sólidos como líquidos?

4- tose cuando traga?

5- Consume a diario alimentos fuentes de proteínas (carne, pollo, pescado, huevos, lácteos)

#### **Hidratación:**

1-Se hidrata frecuentemente a lo largo del día?

2-En promedio, cuánto líquido ingiere en el día (agua, bebidas no alcohólicas, infusiones, gelatina)?

3-Presencia de Sonda nasogastrica?

#### **I.Cognición**

1-Pérdida de objetos importantes en este último año (documento, reloj, teléfono, dinero) SI/ no

2-Repite varias veces lo mismo , como si fuera la primera vez. Sí/no

J. **Referencia de Dolor: sí /no**

**Intensidad del Dolor** (utilizar escala del 1 al 10 donde 1 es poco dolor y 10 es la intensidad máxima del mismo)

#### **K.Calidad de Vida**

## ANEXO D – Cuestionario de calidad de vida

### CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EQ-D5

Marque con una cruz como ésta X aquellas afirmaciones que describan mejor su estado de salud el día de hoy

#### Movilidad

No tengo problemas para caminar  
Tengo algunos problemas para caminar  
Tengo que estar en cama

#### Cuidado personal

No tengo problemas con el cuidado personal  
Tengo algunos problemas para levantarme o vestirme solo  
Soy incapaz de levantarme o vestirme solo

Actividades cotidianas (ej: trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o actividades recreativas)

No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas  
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas  
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

#### Dolor/Malestar

No tengo dolor ni malestar  
Tengo un dolor o malestar moderado  
Tengo mucho dolor o malestar

#### Ansiedad/Depresión

No estoy ansioso ni deprimido  
Estoy moderadamente ansioso o deprimido  
Estoy muy ansioso o deprimido

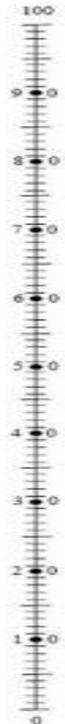
Fecha:  
Instructor:  
Nombre y Apellido:  
Afilado:

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o lo malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy. Por favor dibuje una línea desde el casillero abajo hasta el punto que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

**Su estado  
de salud  
hoy**

Mejor estado  
de salud  
imaginable



Peor estado  
de salud  
imaginable

*ANEXO E –Escala de valoración de actividades de la vida diaria y escalas de valoración de actividades instrumentales de la vida diaria*

<p><b>1- BAÑO</b> (con esponja en bañera o ducha) No necesita ayuda o la necesita sólo para bañarse una parte del cuerpo. Necesita ayuda para bañarse.</p>	<p>Independiente Dependiente</p>
<p><b>2. VESTIDO</b> Puede vestirse y desvestirse solo. Necesita ayuda para vestirse o desvestirse.</p>	<p>Independiente Dependiente</p>
<p><b>3- CUIDADO PERSONAL</b> Puede peinarse o afeitarse solo. Necesita ayuda para peinarse o afeitarse.</p>	<p>Independiente Dependiente</p>
<p><b>4- ASEO</b> Va al baño y vuelve sin ayuda, se arregla la ropa y se higieniza solo (usa algún recipiente tipo "chata/papagayo" solamente de noche). No puede usar el baño solo.</p>	<p>Independiente Dependiente</p>
<p><b>5- CONTINENCIA</b> No tiene incontinencia urinaria ni fecal. Es incontinente o usa catéter o colostomía.</p>	<p>Independiente Dependiente</p>
<p><b>6- DESPLAZAMIENTO</b> Puede entrar o salir de la cama y sentarse sin asistencia. No puede desplazarse ni sentarse sin asistencia.</p>	<p>Independiente Dependiente</p>
<p><b>7- CAMINATA</b> Puede caminar sin ayuda, excepto por bastón. No puede caminar sin ayuda.</p>	<p>Independiente Dependiente</p>
<p><b>8- ALIMENTACION</b> Puede alimentarse completamente solo. No puede alimentarse solo.</p>	<p>Independiente Dependiente</p>

Puntuación: 0/8 a 8/8

<p><b>1- USO DEL TELÉFONO</b> Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números. No puede usar el teléfono en absoluto.</p>	<p>Independiente Dependiente</p>
<p><b>2- TRANSPORTE</b> Viaja solo en transportes públicos o conduce su propio auto. No puede viajar solo.</p>	<p>Independiente Dependiente</p>
<p><b>3- IR DE COMPRAS</b> Hace todas las compras (de ropa y comida) sin ayuda. No puede ir de compras solo.</p>	<p>Independiente Dependiente</p>
<p><b>4- PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS</b> Planea y cocina la comida completamente. No puede preparar comida.</p>	<p>Independiente Dependiente</p>
<p><b>5- CUIDADO DE LA CASA</b> Puede realizar la tarea "pesada", ej: limpiar pisos. No puede realizar cualquier tarea.</p>	<p>Independiente Dependiente</p>
<p><b>6- TOMA DE LA MEDICACIÓN</b> Prepara y toma la medicación solo/a en la dosis y el tiempo correctos. No puede tomar la medicación sin ayuda.</p>	<p>Independiente Dependiente</p>
<p><b>7- CAPACIDAD PARA MANEJAR EL DINERO</b> Controla con independencia los asuntos económicos (Por ejemplo, completa cheques, paga boletas). No puede manejar dinero.</p>	<p>Independiente Dependiente</p>

Puntuación: 0/7 a 7/7

ANEXO F –Instrumento para la revisión del hogar

Nombre:		Apellido:		
REVISIÓN DEL HOGAR				
		SI	No	N.R
Entrada	1.1 Buena iluminación general			
	1.2 Pasillos liberados (sin obstáculos en el camino)			
	1.2 Piso seguro (no resbaladizo, sin desniveles ni alfombras sueltas)			
comedor	2.1 Orden y limpieza			
	2.2 Buena iluminación general			
	2.3 Libre circulación (sin tapetes, meza ratona, muebles, cables)			
	2.4 Objetos de uso diario al alcance del paciente*			
Baño	3.1 Orden y limpieza			
	3.2 Buena iluminación general			
	3.3 Libre circulación (recipiente de basura, banquetas)			
	3.4 Objetos de uso diario al alcance del paciente*			
	3.5 Inodoro elevado con apoya brazos			
	3.6 Espacio para ducha o duchador fuera de bañera			
	3.7 Pasamanos o barandas laterales			
	3.8 Piso seguro (con antideslizante, sin desniveles)			
Habitación	4.1 Orden y limpieza			
	4.2 Buena iluminación general			
	4.3 Libre circulación (ausencia de cables, adornos, mesas bajas)			
	4.4 Objetos de uso diario al alcance del paciente*			
	4.5 Piso seguro (no resbaladizo, sin desniveles ni alfombras sueltas)			
Cocina	5.1 Orden y limpieza			
	5.2 Iluminación general			
	5.3 Libre circulación			
	5.4 Objetos de uso diario al alcance del paciente*			
	5.5 Piso seguro (no resbaladizo, sin desnivel)			
Ambito general	6.1 Ausencia de mascotas			
	6.2 Escaleras/rampas con apoya manos			
	6.3 Escaleras/rampas con antideslizantes			
	Otros:			

\* Se entiende a la altura del paciente aquello que puede alcanzar estando parado con el brazo extendido