



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**  
**CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**Calidad de vida y vulnerabilidad social de adultos mayores institucionalizados en el SAMCo de la ciudad de San Jorge durante el año 2024.**

**Autora:** Lic. Margarita Mosmann

**Directora:** Mag. Andrea Bobatto

**Codirectora:** Mag. Gabriela Nilva

San Jorge, Santa Fe, año 2024

## **Dedicatorias y agradecimiento**

Dedicada a mi padre, quien me hizo pensar por primera vez lo difícil que es ser un adulto mayor en una sociedad sin empatía.

Agradecimientos:

A quienes integran la institución SAMCo San Jorge por permitirme realizar este estudio.

A todas las personas que participaron, directa o indirectamente, con diferentes aportes en este proceso de aprendizaje.

A mi directora de tesis, Dra. Andrea Bobatto, y a mi codirectora, Mag. Gabriela Nilva, por confiar en mí y dedicarme su tiempo y conocimientos.

## Índice

Dedicatorias y agradecimiento .....	2
Índice .....	3
Resumen .....	5
1. Introducción.....	7
2. Planteamiento y justificación del problema.....	9
3. Objetivos.....	11
3.1. Objetivo general .....	11
3.2. Objetivos específicos.....	11
4. Marco teórico.....	12
4.1. Adultos mayores .....	12
4.3. Envejecimiento desde un enfoque poblacional .....	14
4.4. Institucionalización de adultos mayores.....	18
4.5. Calidad de vida .....	20
4.6. Vulnerabilidad social del adulto mayor.....	23
4.7. Adultos mayores: derecho y políticas sociales .....	25
4.8. Marco normativo de protección de los derechos de los adultos mayores .....	28
5. Metodología.....	33
5.1. Diseño y tipo de estudio .....	33
5.2. Variables de estudio .....	33
5.3. Periodo y ámbito de estudio .....	34
Población y muestra de estudio .....	35
5.4. Fuentes e instrumentos de recolección de datos .....	36
5.4.1. Fuentes secundarias de datos .....	36
5.4.2. Fuentes primarias de datos .....	36

5.5.	Análisis de resultados .....	39
6.	Consideraciones éticas.....	41
7.	Resultados.....	42
7.1.	Caracterización de la población de estudio, según variables socio- demográficas y hospitalarias de interés .....	42
7.2.	Nivel de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados.....	45
7.3.	Dimensiones y perfil de la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado .....	49
7.4.	Situaciones de vulnerabilidad en los adultos mayores institucionalizados ....	58
8.	Discusión de resultados .....	60
8.1.	Características y calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados	60
8.2.	Dimensiones y perfil de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados .....	63
8.3.	Vulnerabilidad social de los adultos mayores.....	65
9.	Conclusiones finales .....	68
10.	Limitaciones y perspectivas.....	69
11.	Referencias bibliográficas .....	71
12.	Anexos .....	82
12.1	Anexo I: Cuestionario de la Escala FUMAT .....	82
12.1.	Anexo II: Tabla de Baremos .....	87
12.2.	Anexo III: Tabla de Índice de Calidad de Vida .....	88
12.3.	Anexo IV: Consentimiento Informado .....	89

## Resumen

El incremento en la proporción de adultos mayores respecto de la población general constituye, a nivel mundial, uno de los cambios demográficos más significativos de los últimos tiempos. Argentina no es la excepción y es, de hecho, uno de los países más envejecidos de América Latina.

Ante el consecuente aumento de la demanda de este segmento de la población a los diferentes sistemas sociales, toma particular importancia el esfuerzo por trabajar en políticas sociales que permitan enfrentar los efectos colaterales de dicha demanda y abordar los cambios surgidos en los parámetros de calidad de vida asociados al envejecimiento.

En este marco, este estudio de tipo transversal tuvo por objetivo evaluar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores hospitalizados en el SAMCo de la ciudad de San Jorge (Santa Fe) durante el primer semestre de 2024 y, a partir de dichos resultados, identificar las situaciones de vulnerabilidad social a las que estén expuestos.

Como instrumento de medición se utilizó el cuestionario de la Escala FUMAT, que aborda el concepto de calidad de vida a través de ocho dimensiones: autodeterminación, bienestar emocional, inclusión social, desarrollo personal, relaciones interpersonales, bienestar material, bienestar físico y derechos. Además, se consultaron fuentes de datos secundarias, como registros internos, historias clínicas y estadísticas locales.

Para un total de 82 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio, la tasa de respuesta fue del 100%, participando 39 (48,0%) varones y 43 (52,0%) mujeres. Según el análisis de CV, el promedio de la población tuvo un nivel de CV *medio*. El Índice de Calidad de Vida (ICV) fue superior en varones que en mujeres (aunque sin diferencia significativa). A partir del análisis de las variables de estudio seleccionadas y de las dimensiones de la CV propuestas, se identificaron condiciones y/o situaciones de vulnerabilidad de la población de adultos mayores en estudio asociadas con la edad, registrándose el ICV más bajo en las personas más añosas ( $p < 0,05$ ); el tiempo de institucionalización, ya que el nivel de CV baja cuanto mayor es la cantidad de

días de hospitalización ( $p < 0,05$ ); la dimensión de Bienestar Material, marcada principalmente por la insatisfacción con la jubilación o salario; y, en menor medida, pero no menos importante, las dimensiones de las Relaciones Interpersonales, de la Inclusión Social y de los Derechos.

Conocer el ICV de este grupo poblacional puede resultar de utilidad para reorientar la prestación de servicios acorde a las necesidades puntuales de este grupo poblacional, y para crear un plan de intervención y mejora con mayores garantías de éxito, desde un enfoque multidisciplinario.

**Palabras claves:** Adultos mayores, vulnerabilidad social, calidad de vida, institucionalización.

## 1. Introducción

Uno de los cambios demográficos más significativos de las últimas décadas a nivel mundial es el incremento en la proporción de adultos mayores respecto de la población general, relacionado con el aumento en la expectativa de vida y el descenso en la tasa de natalidad (Regazzoni, C.,2010).

Argentina no queda afuera de dicha realidad y, actualmente, se encuentra en una etapa de envejecimiento avanzada, con una alta proporción de personas mayores en relación con la población total (10,2% de la población mayor de 64 años); resultando uno de los países más envejecidos de América Latina (INDEC, 2012). Se proyecta que, para el año 2050, 1 de cada 5 argentinos tendrá más de 64 años de edad y, para una población total de más de 50 millones de habitantes, la población mayor será de casi 10 millones de personas (INDEC,2012). Hacia el interior del país, la provincia de Santa Fe se ubica en segundo lugar, después de Buenos Aires, entre las jurisdicciones en las que reside la mayor proporción de población mayor de 64 años (11,1%) (INDEC.IPEC, 2010)

En ese sentido, las estadísticas refieren que la demanda de este segmento de la población a los diferentes sistemas sociales irá paralelamente en aumento a su incremento demográfico.

La calidad con que se vive esta etapa de la vida depende no sólo de las características biológicas y genéticas de los seres humanos, sino también de lo que ocurre durante el curso de la vida, de los cambios en las capacidades físicas, relaciones sociales, salud mental, nivel de independencia, relación con el entorno y de la percepción que se tiene de todo ello (Loredo-Figueroa, MT.,2016)

La población adulta mayor enfrenta una serie de factores de riesgo que potencian su situación de vulnerabilidad dentro del contexto social sobre el cual se posicionan y, entonces, el envejecimiento resulta en importantes implicancias en la calidad de vida de las personas, asociadas a la pérdida de ciertas facultades o habilidades consideradas como básicas (Caro, E.,2003). Tareas muy simples como comer, vestirse o realizar trámites se vuelvan muy dificultosas sin ayuda. Esta pérdida de autonomía, que a veces también se relaciona con enfermedades crónicas (físicas o psicológicas), aumenta la demanda tanto al

propio entorno como a los diferentes sistemas sociales, incluyendo el sistema de salud.

De aquí que toma particular relevancia la necesidad de trabajar en políticas sociales que permitan no sólo enfrentar los efectos colaterales de dicha demanda, sino también abordar de la mayor y mejor manera posible los cambios surgidos en los parámetros de calidad de vida en este grupo social más vulnerable. Para ello, el conocimiento sobre las situaciones de vulnerabilidad social a las que se enfrentan los adultos mayores en condición de enfermedad e institucionalización hospitalaria y sobre cómo se reflejan en su nivel de calidad de vida, constituye un insumo de mucha importancia para pensar y desarrollar dichas políticas tanto al interior de las instituciones de salud como conjuntamente con otras instituciones sociales.

## 2. Planteamiento y justificación del problema

En el siglo XX se ha visto una revolución en la longevidad, y el estudio del envejecimiento humano se ha convertido en una temática ineludible en la agenda pública mundial. Se estima que el número de personas de 60 años y más crecerá de 870 millones a 2400 millones en el 2050. En América Latina, en los últimos 50 años, la esperanza de vida ha aumentado casi 20 años. En la región, Argentina se encuentra entre los países más envejecidos de América Latina, junto con Cuba, Chile y Uruguay, y se estima una tendencia al envejecimiento aún mayor para los próximos años (CEPAL, 2023).

Este contexto impone como reto a los gobiernos e instituciones adoptar medidas conducentes a atender los efectos de dicho crecimiento poblacional y prepararse para atender las necesidades futuras, con soluciones institucionales, sociales, económicas, políticas y culturales que den respuesta a la complejidad del fenómeno.

La vida de las personas mayores está llena de cambios, muchos de ellos asociados a enfermedades y pérdidas de muy diverso tipo (físicas, afectivas, de autonomía, económicas, etc.), lo que los coloca en un lugar de vulnerabilidad respecto de otros grupos etarios. A su vez, las desigualdades sociales, económicas y políticas tejen una telaraña de desventajas en torno al adulto mayor que no hace más que afirmarlos en ese lugar (Arango, D.C. , 2012).

Desde su lugar, la institución hospitalaria, como figura del Estado, debería poder no sólo abordar el proceso de salud-enfermedad-atención, sino dar respuesta a las dificultades que surgen de la institucionalización de este grupo poblacional vulnerable, y asumir el desafío de constituirse en un espacio instituyente, transformador, comunitario, que garantice niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social; sobre la base de que la buena calidad de vida y los procesos que la aseguren, constituyen un derecho de todas las personas, en todas las etapas de la vida (OPS, 2021).

En este marco, el presente estudio se propuso evaluar la calidad de vida de la población de adultos mayores institucionalizados en el SAMCo de la ciudad

de San Jorge (provincia de Santa Fe), como medio para identificar situaciones de vulnerabilidad social en este grupo etario.

De esa manera, teniendo en cuenta el carácter multidisciplinario de los factores que potencian la situación de vulnerabilidad social de los adultos mayores, poder identificar las dimensiones de la calidad de vida más debilitadas y más fortalecidas de este grupo poblacional en un contexto de hospitalización, constituye el primer paso para pensar en su abordaje y cobertura integral y equitativa.

### **3. Objetivos**

#### **3.1. Objetivo general**

Evaluar el nivel de la calidad de vida de los adultos mayores hospitalizados en el SAMCo de la ciudad de San Jorge (Santa Fe) durante el primer semestre de 2024, desde la perspectiva del usuario, e identificar las situaciones de vulnerabilidad social coligadas.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Describir las características de la población de adultos mayores en estudio institucionalizados en el SAMCo San Jorge durante el primer semestre de 2024, según variables socio-demográficas y de hospitalización de interés.
- Determinar el nivel y el perfil de calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados en el SAMCo San Jorge, durante el periodo de estudio.
- Identificar condiciones y/o situaciones de vulnerabilidad social asociadas a las características y realidades de la población de estudio.

## **4. Marco teórico**

### **4.1. Adultos mayores**

Según la Organización Mundial de la Salud, el término adulto mayor refiere a cualquier persona, sea hombre o mujer, que tiene 60 años de edad y más (OMS, 2002); al igual que la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos de las Personas Mayores, la cual define el término (Ley 27360, Art. 2, 2017) como aquella persona de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que ésta no sea superior a los 65 años.

Sin embargo, la bibliografía es variada al respecto y, dado que el término tiene que ver con el marco legal de los países respecto de la edad a la que los trabajadores se pueden jubilar, se podrán encontrar definiciones que clasifican a los adultos mayores como tales desde la edad de 55 años y otras a partir de los 65 años.

Considerar una edad de corte determinada para tal clasificación, puede facilitar la comparación poblacional entre países; puesto que en los países en vías de desarrollo se suelen considerar adultos mayores a la población de 60 y más años, mientras que, en países desarrollados el grupo etario se clasifica a partir de los 65 y más años. Este criterio, aun siendo de utilidad práctica, no impide cierta heterogeneidad en el grupo dada la diversidad de contextos y experiencias de vida.

### **4.2. Envejecimiento desde un enfoque individual**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como envejecimiento del individuo a un proceso fisiológico que comienza en la concepción y que ocasiona cambios característicos durante todo el ciclo de la vida. Si bien el proceso de envejecimiento es progresivo, gradual, asincrónico, individual y universal (este último porque afecta a todos los seres vivos), los cambios que lo constituyen no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa (OMS, 2018).

La concepción predominante a nivel programático ha sido la construcción de la vejez como una etapa de carencias de todo tipo, tanto económicas, como físicas y sociales; las primeras expresadas en problemas de ingresos, las segundas en falta de autonomía y las terceras en ausencia de redes sociales (Huenchuan, S., 2010).

Desde un enfoque individual, el envejecimiento está asociado a transiciones de la vida como la jubilación, el ingreso en una residencia, la muerte de amigos, familiares, pareja/s, y trae aparejadas situaciones especialmente frecuentes en la vejez, como las enfermedades agudas o crónicamente incapacitantes y estresores crónicos resultantes de numerosas situaciones acumuladas a lo largo de la vida, que pueden influir en el bienestar psicológico en edades avanzadas (Cruz Carpena, M.R.,2015); (OMS, 2018).

Algunos de los contextos más desfavorables promueven a que las personas envejecan con inseguridad económica, con imposibilidad de mantenerse activos laboralmente, con bajas coberturas de seguridad social y con un debilitado apoyo familiar. Con respecto a esto último, como señala Brizuela Bordón, los procesos migratorios y de urbanización acelerada, y sobre todo desordenada, producen cambios en la estructura familiar y en las redes sociales de apoyo (Brizuela Bordón, M.,2009).

A esta etapa se pueden sumar, además, dificultades para desenvolverse de forma autónoma en la vida cotidiana a raíz de la brecha tecnológica que se ha generado en los últimos años. Una operación sencilla como son algunas formas de transacciones bancarias, nuevas formas de comunicaciones, etc. se vuelve una barrera que aleja y aparta a los adultos mayores de acciones y trámites sociales, que “los limita, los excluye y los subordina a decisiones que muchas veces no les son propias y muchas otras veces no les son consultadas” (Tisnés, A., 2016).

Es decir, esta puede ser una etapa más compleja que las otras etapas de la vida, debido al sinnúmero de cambios físicos, psicológicos y sociales que el adulto mayor enfrenta y que pueden dificultar la satisfacción de sus necesidades. Considerándose que, además, para dichos cambios no todos cuentan con las

mismas condiciones respecto de la capacidad para satisfacer sus necesidades, la consecuencia se resume en grupos mayormente vulnerados y posiblemente en desventaja, si se los compara con otros pares del mismo grupo etario.

En este sentido, la OMS sostiene que, en la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no sólo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial (OMS, 2018).

El enfoque de los derechos conlleva un cambio paradigmático en este sentido, puesto que promueve el empoderamiento de las personas mayores y una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad. Esto implica que las personas mayores son sujetos de derecho, no solamente beneficiarios de ellos y que, por lo tanto, disfrutan de ciertas garantías y tienen determinadas responsabilidades respecto de sí mismos, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones (Huenchuan, S., 2010).

#### **4.3. Envejecimiento desde un enfoque poblacional**

La característica principal de la población mundial en el siglo XXI será el envejecimiento demográfico, entendido éste como un proceso que ya alcanzó a los países desarrollados y a la mayoría de países de América Latina. Se define como el incremento sostenido de la proporción de adultos mayores (60 años o más) dentro del total poblacional a medida que la proporción de niños y jóvenes disminuye, y es producto de los cambios que se generan en la dinámica demográfica, principalmente por la mortalidad y la fecundidad (González, C., 2013); (Tisnés, A., 2016).

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que implica un aumento relativo de las personas mayores en la población total, existiendo un consenso en considerar a una población envejecida cuando el porcentaje de mayores de 60 años supera el 10 % del total de la población (Tisnés, A., 2016).

A nivel mundial, entre 2015 y 2030 la población de 60 años y más se elevará de 900 millones a más de 1.400 millones de personas. Ello supone un incremento

del 64% en tan sólo 15 años, siendo el grupo de edad que más crece. En términos relativos, el porcentaje de población de 60 años y más pasará del 12,3% en 2015 al 16,4% en 2030, (Bárcena, A.,2018).

América Latina y el Caribe se encuentra además en la antesala de un cambio sin precedentes en su historia: en 2037 la proporción de personas mayores sobrepasará a la proporción de menores de 15 años (Bárcena, A.,2018). Según los datos publicados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, este aumento se debe no sólo a la caída de la fecundidad y de la mortalidad, sino, además, en menores medidas, a las migraciones. Por eso, se estima que para el año 2050, en nuestro país una de cada cinco personas tendrá 65 años y más (CEPAL, 2023).

El grado de avance y el estado actual de este proceso en cada uno de los países es diferente, pero, además, al interior de cada país, los procesos de envejecimiento son distintos, si se analiza la población según indicadores socioeconómicos. Se estima que, para el 2025, más de 1.100 millones de personas en el mundo tendrán 60 años o más y, de ellos, el 71,4 % vivirá en los países subdesarrollados (Cortez Carabajal, J.,2012).

En algunos países, como Argentina, Chile, Cuba y Uruguay, el perfil demográfico es similar al de los países europeos. En ellos, el número de adultos mayores ha ido creciendo, mientras que los jóvenes, proporcionalmente, constituyen un grupo más reducido. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en los países desarrollados, en América Latina el proceso de envejecimiento se está dando sin un desarrollo económico capaz de asegurar los recursos necesarios para proporcionar a los grupos etarios más avanzados una calidad de vida aceptable (Cortez Carabajal, J.,2012).

Más allá de las cifras, lo más inquietante para la región es el escenario en el que ocurre el envejecimiento poblacional, caracterizado por la desigualdad, la pobreza, el agotamiento de un modelo de crecimiento económico insostenible y el avance del desempleo y del empleo de baja productividad. Frente a ello, según Bárcena et. al., la planificación basada en los escenarios demográficos es más importante que nunca puesto que, aunque existan variaciones, ofrece un marco

que permite la adopción de decisiones trascendentales para el desarrollo de los pueblos (Bárcena, A.,2018).

Los países deberán enfrentarse cada vez más a una disminución de los componentes demográficos (fecundidad y mortalidad), con un consecuente cambio en la estructura poblacional por edades, que originará demandas en los servicios de salud y a los sistemas económico y de seguridad social para atender a un volumen más grande de población mayor, configurándose alrededor nuevas estructuras familiares y cambios en las redes sociales que dan soporte afectivo a grupos homogéneos de individuos (Arango, D.C. , 2012).

Debido a enfermedad e incapacidad a partir de la vejez, se originan dependencias que significan cargas sociales, económicas y emocionales para la persona, la familia y la sociedad. Esta situación era poco problemática cuando los volúmenes de población envejecida eran menores, pero ahora y sobre todo a futuro, las dificultades se multiplican ante las perspectivas de envejecimiento y cambios epidemiológicos con las consecuencias mencionadas. Ante la necesidad de prevenir y controlar estas enfermedades para mitigar sus efectos, se genera una creciente necesidad de adaptar y reforzar los sistemas de salud, las instituciones de seguridad social y las familias (Tisnés, A., 2016).

Los distintos países del mundo han implementado diversas estrategias para abordar el tránsito de esta etapa desde una perspectiva de cuidado, acompañamiento e inclusión social, en un contexto de continuo aumento de la población de adultos mayores. Se mencionan algunos ejemplos a continuación:

- Japón: Creó en 2013 una división comunal con la misión de llevar adelante el proyecto “Aislamiento cero”. El primer paso fue identificar a las personas mayores de 70 años que vivían solas y no contaban con cobertura médica y hacerles una visita. A los que no tuvieran más de una conversación semanal de 10 minutos con alguien de afuera de su casa o no contaran con una persona en caso de tener una dificultad, se los categorizó como socialmente excluidos y se les dispuso un seguimiento (Massa, F.,2018).

- China: En 2013 promulgó una ley que obliga a los hijos a visitar a sus padres ancianos. No se estipula sanción en caso de incumplirse, pero sí debe hacerse con frecuencia (Ibidem).
- Suecia: Agregó valor a la importancia de las mascotas ya que, según diferentes estudios, disminuyen los porcentajes de muertes en el grupo poblacional en cuestión (Ibidem).
- Gran Bretaña: Centró su estrategia en crear una base de datos que registre iniciativas que hayan resultado exitosas, luego desarrollar estadísticas que midan la soledad en todas las edades y por último destinar varios millones de libras esterlinas para invertir en instituciones que trabajan con el tema (Ibidem).
- Estados Unidos: Implementó terapias de escucha de tipo cognitivas conductuales para paliar la soledad (Ibidem).
- España: Sancionó la ley de dependencia, que apuntó a paliar las necesidades de quienes, por edad o por condición física, requieren cuidados y acompañamiento. Un asistente los visita al menos dos horas a la semana. Hay personas que se encuentran en una lista de espera (Ibidem).
- Alemania: Impulsó centros multigeneracionales desde 2006 que tienen la particularidad de fomentar el intercambio entre jóvenes y adultos mayores a través de actividades, un mutualismo con el foco en recuperar los principios de dar y recibir (Ibidem).
- Chile y Costa Rica: Establecieron la coordinación y articulación de acciones sectoriales vinculadas al tema a nivel de ministerios, municipios, ONG, organismos privados y de cooperación internacional. En todos ellos, las personas mayores tienen algún nivel de participación en instancias institucionales (CELADE, 2004).
- Perú y El Salvador: Incluyeron la corresponsabilidad entre el Estado, la familia y las personas mayores en la aplicación de la política, aunque se establecen mecanismos distintos (Ibidem).
- Colombia: Fortaleció los programas de envejecimiento digno y saludable, que se ofrecen a través de distintas actividades en los centros de día (Ibidem).

- Brasil: El disparador fue preguntarles a las personas que vivían solas en un barrio de Río de Janeiro quién era su fuente de ayuda: la mayoría identificó al encargado del edificio. Decidieron entonces capacitar a un grupo de encargados para que pudieran detectar o estar atentos a situaciones de riesgo o necesidad de estos vecinos (Ibidem).

#### **4.4. Institucionalización de adultos mayores**

La institucionalización del adulto mayor puede entenderse como la práctica que implica el ingreso a un espacio de cuidado, público o privado, de forma voluntaria o no, a causa de su condición económica, ausencia o descuido familiar, problemas de salud, vulneración de derechos, etc., donde distintos profesionales de la salud u otras personas particulares, tienen a su cargo su atención y cuidado (Guevara Peña, N.L.,2016).

La institucionalización supone una forma de reubicación especialmente dura y difícil de elaborar para el adulto mayor, en la que inevitablemente debe reestructurar ciertas características y costumbres y, por lo tanto, con fuertes impactos y rupturas en su cotidianidad (Salvarezza, L.,1998).

Las familias, como principal institución social y eslabón en la red de contención del adulto mayor, tienen un rol central en la protección de los derechos de las personas mayores y de su autonomía, pudiendo además promover la transformación cultural sobre la mirada del envejecimiento y sobre las situaciones de discriminación y maltratos tanto en el núcleo familiar como en la sociedad toda (OPS, 2021).

Pero, ¿qué sucede cuando las redes familiares son débiles o inexistentes?

En un contexto donde predomina la falta de medidas de protección legal reguladas por el Estado y la presión de demanda por cuidados extra familiares, los Hogares de Ancianos o Residencias Gerontológicas constituyen una realidad ineludible y, muchas veces, el único recurso frente a los casos de abandono, falta de una red de apoyo, pérdida de autonomía, carencias de recursos económicos, enfermedades, entre otros.

Sin embargo, no siempre es la solución apropiada, principalmente porque la calidad y/o eficiencia de los mismos suele ser discutible; sumado a las cuestiones que muchas veces no se tienen en consideración frente a un proceso de institucionalización crónica, asociadas al respeto de la autonomía y de las decisiones del adulto mayor, como ser: su participación y consentimiento en la elección del alojamiento, ser informado sobre las condiciones del establecimiento en cuestión, en términos de estructura, de protocolos, funcionamiento, rutinas, horarios, entre otros.

Por su parte, el rol de los equipos de salud y de los directivos de los centros de atención médica, también es clave en el proceso de institucionalización que se instala en un marco de atención y/o intervención de un proceso de salud-enfermedad-atención. Son estos equipos los que deben velar para que el ingreso, la estadía, la atención y los cuidados de los adultos mayores se ajusten siempre a las normas y cumplimiento de los Derechos Humanos (OPS, 2021). Para ello, cuestiones como el conocimiento de la normativa vigente, el asesoramiento, la capacitación y la información, resultan puntos fundamentales a tener cubiertos desde una perspectiva del personal de salud.

*“En nuestro caso el país cuenta con una amplia red de efectores públicos presentes en todo el territorio nacional percibido como una infraestructura de propiedad provincial, y en varias provincias también municipal; la seguridad social con un amplio abanico de instituciones de diferente tamaño y complejidad brinda servicios básicamente a través de compra a prestadores privados, y este último subsector que además de prestador ha ingresado también a la función aseguradora a través de lo que se denominan empresas de medicina prepaga, en algunos casos con infraestructura propia. Estas instituciones y sus articulaciones constituyen un todo más o menos disfuncional, más o menos resolutivo, más o menos armónico, y se consolidan como un acúmulo histórico de “instituciones” en el sentido más amplio de la palabra, es decir iniciativas, fundaciones, operaciones, leyes, inversiones, edificios, reingenierías, demoliciones, disputas,*

*procedimientos, subculturas, profesiones, etc., etc. en estado de permanente “deconstrucción”. La mayor parte de los ciudadanos y trabajadores habitualmente desconocen esas instituciones, sus modificaciones, las fuerzas que las impulsan y/o en el mejor de los casos tienen acceso a información puntual, incompleta y en ocasiones distorsionada” (Rovere, M., 2016).*

#### **4.5. Calidad de vida**

El concepto de calidad de vida ha evolucionado; históricamente se encuentran diferentes definiciones según la época. Moreno Jiménez y col., señalan que “para las civilizaciones egipcia, hebrea, griega y romana, la calidad de vida se relacionó con la gran tradición occidental de la preocupación por el cuidado de la salud del sujeto, sobre todo en los aspectos alimenticios y de higiene personal. A finales de la Edad Media este concepto pasó a convertirse en la preocupación por la salud e higiene públicas, extendiéndose a los derechos humanos y laborales”. (Moreno Jiménez, B., 1996)

Aunque existen numerosas definiciones de calidad de vida que, además, se encuentran en continua evolución, no hay ninguna universal, sino distintas concepciones teóricas de diferentes autores, algunos de los cuales la definen en torno a aspectos subjetivos, otros en torno a aspectos objetivos, y otros a través de ambos enfoques.

Los autores que la definen a partir de aspectos subjetivos centran el concepto en la satisfacción o insatisfacción de las áreas del bienestar personal y en la apreciación que hace la persona sobre su vida, comparando su nivel de funcionamiento percibido con uno ideal (Calman, KC., 1987); (Ferrans C., 1990); (Martin, A. J., 1998). Es decir, la calidad de vida es considerada como un sinónimo de satisfacción personal, o más bien como la sumatoria de la

satisfacción en los diversos dominios de la vida (Borthwick-Duffy, S.,1992), (Felce, D.,1995).

Este tipo de definiciones tiene sus detractores, ya que al otorgar el principal foco de interés al bienestar subjetivo y dejar de lado las condiciones externas de vida, supone un individuo capaz de abstraerse, por ejemplo, de su contexto económico, social, cultural, político o incluso de su propio estado de salud, para lograr la satisfacción personal (Urzúa M., 2012). Sin embargo, a pesar de que se reconoce que la satisfacción es una evaluación individual donde el marco de referencia es personal, no es posible desconocer que esta evaluación es afectada por la experiencia y el juicio de una persona en una determinada situación.

Hornquist, en cambio, la define a partir de aspectos objetivos, relacionándola con la satisfacción de necesidades en esferas físicas, psicológicas y sociales, de actividades, material y estructural (Hornquist, J.,1982). Desde esta perspectiva, la calidad de vida puede ser establecida objetivamente mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, los que sumados a los sentimientos subjetivos sobre cada área pueden ser reflejados en el bienestar general (Urzúa M., 2012).

Autores como Ardila afirman que la calidad de vida es un concepto que tiene un componente objetivo y otro subjetivo, asociándola con un estado de satisfacción general, derivado de las potencialidades de la persona (Ardila R. , 2003). Diversos autores sostienen que el concepto es multidimensional e incluye desde las necesidades más básicas y personales hasta la satisfacción de otras necesidades relacionadas con procesos sociales y del contexto en el que vivimos; refleja ciertas normas culturales de bienestar objetivo y tiene un componente físico y psicológico, un componente intrapersonal y socio-normativo, pero también refiere al peso específico de cada ámbito de la vida que cada persona de manera individual le otorga en función de sus valores personales, de un componente de calidad de vida percibida y de sentimientos de satisfacción frente a diversos aspectos de la vida (Shen, S., 1998); (Lawton M, 1999); (Haas,B.,1999); (Urzúa M., 2012).

Para estos autores, la calidad de vida es definida entonces como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas mediadas por los valores personales. En esta categoría de definiciones podría incluirse la planteada por la OMS, que en un intento de lograr estudios comparativos e internacionales desarrollaron un grupo de trabajo en Calidad de Vida (World Health Organization Quality Of Life – WHOQOL), el cual la definió como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses (World Health Organization GROUP, 1995). Esta definición conceptual, si bien no es el único ni ha logrado el consenso de todos los investigadores, diferencia claramente las evaluaciones de la persona de su funcionamiento objetivo, capacidades y conductas y los autorreportes subjetivos, en términos de satisfacción / insatisfacción.

Las discusiones sobre la calidad de vida objetiva o subjetiva encontradas en la literatura son amplias y diversas. Cummins concluye que ambos tipos de medidas han demostrado ser indicadores útiles, y aun cuando son independientes, el grado de dependencia aumenta cuando las condiciones objetivas de vida son más pobres (Cummins R. , 2000). Sobre lo mismo, Wrosch y Huppert plantean que se ha investigado la calidad de vida relacionándola con indicadores objetivos (condiciones de vida, estado de salud) e indicadores subjetivos (satisfacción con la vida, bienestar) (Wrosch, C., 2003),(Huppert, FA.,2003). Ambos asumen que explican parte de la varianza de la calidad de vida referida por las personas y que las personas pueden valorar más una cosa que otra, dependiendo de la significación que le otorguen y los estándares de comparación.

Tal como se puede apreciar, no existen criterios únicos para definir la Calidad de Vida, sin embargo, aparecen como patrones comunes palabras tales como *bienestar*, *satisfacción*, *multidimensional*, *subjetivo/objetivo*, que parecen dar un marco común a la diversidad de definiciones, pudiéndose llegar a una definición

global de Calidad de Vida como la que propone Urzúa y col.: Nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida. (Urzúa M., 2012).

Al ser una medida de auto-reporte se centra preferentemente en la evaluación que una persona hace de su nivel de bienestar y satisfacción. El resultado final de esta evaluación es producto de una diversidad de agentes que actúan en la percepción que un individuo tiene sobre su calidad de vida, constituyéndose en un abordaje multidimensional, ya que se conjugan diversas valoraciones y la percepción que hace el propio sujeto sobre las distintas aristas de su vida.

#### **4.6. Vulnerabilidad social del adulto mayor**

Existen distintas definiciones del término vulnerabilidad. Villa caracteriza a las personas vulnerables como aquellas que, por distintos motivos, no tienen desarrollada la capacidad para prevenir, resistir y sobreponerse de un impacto y, por lo tanto, se encuentran en situación de riesgo (Villa, M.,2001).

Perona y col. entienden a la vulnerabilidad como la variedad de situaciones intermedias por las cuales se está en riesgo de ingresar al espacio de exclusión. (Perona N., 2001)

Para la CEPAL (Comisión Económica para América Latina), la vulnerabilidad surge debido a la exposición a riesgos junto con la incapacidad para enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse activamente a sus consecuencias (CEPAL - ECLAC, 2002). - En particular, la vulnerabilidad social es definida como aquella relacionada con los grupos socialmente vulnerables, cuya identificación obedece a diferentes criterios: algún factor contextual que los hace más propensos a enfrentar circunstancias adversas para su inserción social y desarrollo personal, el ejercicio de conductas que entrañan mayor exposición a eventos dañinos, o la presencia de un atributo básico compartido que se supone les confiere riesgos o problemas comunes (Pizarro Hoffer,R.,2001).

Sánchez-González, D., et. al. (2011) refieren que la vulnerabilidad social en el caso de la población envejecida se circunscribe a contextos estructurales,

espaciales y temporales, constituidos a partir de las desigualdades sociales gestadas en el tiempo y en contextos ambientales diversos. Esa vulnerabilidad está determinada por las desigualdades sociales, las historias de vida, la edad, el género, la etnia, las diversas enfermedades que puede padecer o incluso la discapacidad, los ingresos y el patrimonio, y el contexto socio-político y cultural que desencadenan diferentes riesgos y suponen diferentes activos y estrategias de afrontamiento.

La población adulta mayor enfrenta una serie de factores de riesgo que potencian su situación de vulnerabilidad dentro del contexto social sobre el cual se posicionan. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (1995) los ubica entre los más desprotegidos a nivel global. El primer factor es su edad; desde el punto de vista fisiológico, los individuos con la edad acumulan situaciones que los van haciendo gradualmente dependientes (ejemplo: disminución de la fuerza física y de algunas capacidades como la visual, auditiva, cognitiva). Desde el punto de vista económico, la disminución o pérdida de un ingreso tiene como consecuencia la pérdida de la capacidad de respuesta a cualquier contingencia, hasta la más básica como lo es comer y vestir, o más grave como pagar medicamentos en caso de enfermedad. Desde el punto de vista antropológico, el ser anciano en las sociedades modernas es casi sinónimo de pérdida; el adulto mayor tiene un lugar misericordioso, despierta sentimientos de pena e incluso de culpabilidad. A los factores de riesgo individuales se suman otros definidos por el entorno político, económico, social y cultural (Caro, E.,2003).

Sin dudas, el aumento de la población de adultos mayores acrecentó la demanda a los sistemas sociales y paralelamente al entorno afectivo, el cual se ve obligado a lidiar con situaciones para las que no está preparado. Nuevos formatos de familia, el rol de la mujer dentro del mercado laboral corriéndose del rol de cuidadora tanto de los más pequeños como así también de los más grandes de la familia, situaciones como la separación, el divorcio y el fallecimiento de uno de los cónyuges, el desempleo del jefe del hogar, la enfermedad del cuidador, sumado a los cambios culturales y/o diferentes

situaciones económicas, son algunos de los factores que aumentan la vulnerabilidad social de este grupo etario cuando enferman o pierden autonomía (Sánchez González, D.,2011).

Según refieren autores como (Tisnés, A.,2016), la mayor vulnerabilidad en la vejez seguramente es la que se relaciona con la enfermedad o con algún tipo de discapacidad que limita en diferentes medidas al adulto mayor. En cierto punto, las enfermedades crónicas y discapacidades físicas o mentales generan dependencia porque requieren atención médica, medicamentos y diferentes cuidados de modo permanente y de alguna manera estos servicios llevan asociados gastos económicos y una demanda importante al sistema de salud y al propio entorno.

Sin embargo, no suele existir una coherencia entre la atención en salud para la población de adultos mayores y su caracterización como grupo vulnerable debido a la baja cobertura de los servicios, su deficiente calidad, la gestión inapropiada, la escasez de recurso humano capacitado, la falta de una conciencia de autocuidado y de programas específicos en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Arango, D.C. , 2012).

#### **4.7. Adultos mayores: derecho y políticas sociales**

El envejecimiento es un asunto de la más alta prioridad que requiere de acciones urgentes en varias esferas, comenzando por visibilizarlo y repensarlo desde una perspectiva de derechos humanos, género e interculturalidad para incidir en las políticas públicas (CEPAL - ECLAC, 2002).

Los instrumentos y mecanismos de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos establecen una base sólida para la adopción de medidas que promuevan y resguarden los derechos de las personas mayores en la región americana. Estas medidas deben involucrar a todos los segmentos de la sociedad, ya sea los distintos poderes del Estado, la sociedad civil, la academia, los medios de comunicación y la sociedad en su conjunto (OPS, 2021).

Constituye un objetivo y desafío primordial para las agendas públicas que las personas mayores puedan disfrutar de una vida plena, saludable, satisfactoria, en ejercicio pleno de los derechos fundamentales e inalienables consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el seno de sus familias y comunidades y como parte integrante de la sociedad.

Sin embargo, tal como lo expresan Arango et. al., la vulnerabilidad del adulto mayor frente a otros grupos poblacionales plantea interrogantes de suma importancia en torno a dichos desafíos: ¿se tendrá la capacidad económica, organizativa e institucional de sostener la población adulta mayor que está en aumento constante? ¿qué políticas públicas se deberán adoptar hoy para garantizar una vida con calidad mañana? ¿qué consecuencias y retos supone en el desarrollo de los pueblos el envejecimiento de sus poblaciones? ¿qué prepara la sociedad del futuro para afrontar el reto del envejecimiento poblacional? (Arango, D.C. , 2012)

En general, a nivel global, las políticas de vejez actuales se insertan en el paradigma del envejecimiento activo, es decir, en diferentes estrategias que tengan por finalidad de aumentar los tiempos de autonomía de los adultos mayores. Sin embargo, aunque apuntan a generar condiciones adecuadas para envejecer, son escasos los mecanismos propuestos para lograrlo. A su vez, tanto el problema que da origen a estas políticas como las medidas propuestas son en extremo homogéneas, reflejando ciertas falencias en su formulación ya que no es posible que países tan diferentes reconozcan los mismos problemas y se acerquen tanto en las soluciones. Según el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, una razón de ello puede ser que las políticas, en general, se han construido sobre la base de las recomendaciones internacionales sin prestar atención a las condiciones y características de cada país (CELADE,2004).

Florito afirma que la complejidad adicional a la temática es, por un lado, la falta de consenso de lo que significa ser un adulto mayor con dependencia y, por otro lado, de las políticas de cuidado que se deben implementar para la protección y promoción de los derechos de estas poblaciones (Florito, J.,2018). No se debe perder de vista que el estado de salud de la población no depende

sólo del patrón de acceso a los servicios de salud, ni del modelo de atención de las enfermedades, ni de su forma de financiamiento, sino que existen numerosos factores que trascienden al sector, que tienen gran incidencia sobre el estado de salud, y que también deben ser considerados al momento de diseñar las políticas del sector (Centralogo, O., 2014).

En este sentido, por ejemplo, Catalina Devandas (relatora especial de la ONU, sobre los derechos de las personas con discapacidad) explica que la intersección entre vejez y discapacidad genera formas agravadas de discriminación y violaciones específicas de los Derechos Humanos, porque las personas mayores con discapacidad se ven sometidas a una pérdida de poder, a la marginación, a la denegación de autonomía, al aislamiento social, a la devaluación cultural, la pobreza y los abusos. Para Devandas, no debemos perder de vista que, cuando hablamos de derechos humanos, estamos hablando de derechos que se tienen que disfrutar en igualdad de condiciones con las demás personas. No se trata de hacer una política especial para las personas mayores, y decir “están protegidas, tienen una cobertura y una pensión”. Se trata de ver cómo las demás personas disfrutan de sus derechos en este país y cómo los disfrutan las personas mayores con discapacidad, y luego examinar cómo logramos que tengan una experiencia igual; si no, de otro modo, hablamos de un estándar inferior para las personas mayores o para las personas con discapacidad (Naciones Unidas, 2019).

En consonancia, el Dr. Etienne Krug, director del Departamento de Enfermedades no Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Lesiones de la OMS, versa sobre que el maltrato que sufren las personas adultas mayores no es un tema que se encuentre en agenda o puesto en discusión en organizaciones y entes estatales; siendo de suma importancia que esta grave problemática social tenga presencia en el debate público, para que se pongan en marcha las medidas necesarias y se logre prevenirla (OMS, 2017).

Tal como lo conceptualiza (Rovere, M.,2004), el sistema de salud es una construcción humana, como un espejo del grado de encuentro-desencuentro de los factores de poder en nuestro país y sobre todo como un espacio de

proyección de expectativas, de valores, de causas sociales que permitan un país mejor. Sin embargo, Argentina aún no ha resuelto las desigualdades que produce el propio sistema de salud, persistiendo todavía brechas importantes, especialmente en lo relativo a su calidad y accesibilidad. Dichas brechas, a su vez, son muy diferentes entre provincias y hacia el interior de las mismas, y dependen, entre otros factores, de un conjunto complejo, heterogéneo y poderoso de intereses que incluyen a laboratorios, prepagas, sindicatos, corporaciones médicas, entre otros (Ballesteros, M.,2014). El acceso a los servicios de salud es esencial en las edades adultas, ya que es el momento en que aparecen enfermedades que necesariamente requieren de cuidados especiales, vigilancia permanente y medicamentos suministrados, en su mayoría, cotidianamente (Bisang, R.,1997).

Este contexto de desigualdad, sumado a los cambios estructurales del concepto de familia, y a las necesidades y dependencias propias de la población de adultos mayores, con sus consecuentes cargas sociales, económicas y emocionales, contribuyen a pensar de forma más urgente políticas de inclusión social; entendiendo a los derechos sociales de los adultos mayores (jubilaciones, pensiones, seguridad social, apoyo, dignidad, independencia y autonomía) como fundamentales.

#### **4.8. Marco normativo de protección de los derechos de los adultos mayores**

Existen distintas normativas internacionales y nacionales, asociadas a los derechos de las personas de tercera edad, formuladas con la intención de que en su aplicación pueda garantizar que la vejez sea una etapa de calidad para este grupo.

Partiendo desde la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) de la que se hicieron eco diversos países como Argentina, y que alude a derechos básicos, innatos, universales e inalienables, para todas las personas, sin distinción, como el derecho a la seguridad social, a la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a la dignidad y al libre

desarrollo de la personalidad, a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar (en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios), a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez, entre otros.

El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (1982), por otro lado, aprobado en Viena por la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, constituye el primer instrumento de política a nivel mundial para abordar las consecuencias y el impacto del envejecimiento en la vida de las personas y de las sociedades; reconociendo el derecho a trabajar, a la jubilación y a la educación.

A nivel nacional, la normativa vigente que vela directa o indirectamente por los derechos de la población adulta mayor, parte de la Constitución Nacional, seguido de leyes, decretos y programas nacionales y provinciales. Las mismas se resumen a continuación:

- Constitución Nacional (1994), la cual establece los derechos y garantías fundamentales de los habitantes de la nación. El artículo 14 bis, expresa que es responsabilidad del Estado otorgar de forma integral e irrenunciable a sus ciudadanos los beneficios del seguro social obligatorio, "sin que pueda existir superposición de aportes, jubilaciones y pensiones móviles, la protección integral de la familia, la defensa del bien de familia, la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna". El artículo 75, inciso 23, afirma que le corresponde al Congreso de la Nación promover leyes y medidas que garanticen tanto la igualdad de oportunidades como la efectivización de los Derechos Humanos "en particular, respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad".

- Ley 19.032 (1971): Aprueba la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, que funciona como entidad de derecho público, con personalidad jurídica e individualidad financiera y administrativa, y que tiene por objeto principal la prestación, por sí o por intermedio de terceros, a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y a su grupo familiar primario, de servicios médicos asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud, además de

poder prestar otros servicios destinados a la promoción y asistencia social de los afiliados (POEA, 2023).

- Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Saludable para los Adultos Mayores (2007): Favorece el desarrollo de proyectos de investigación destinados a incrementar el conocimiento en el campo gerontológico y a dar respuesta a las necesidades detectadas, por medio del impulso de la promoción de la salud y la atención primaria de la salud para los adultos mayores, la capacitación de recursos humanos, el apoyo a investigaciones y el desarrollo de servicios integrados.

- Ley 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado (2009): Según la cual el paciente tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. Todos pueden disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a nuestra salud.

- Ley 26.657 de Salud Mental (2010): aún de muy difícil aplicación, tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los Derechos Humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, con jerarquía constitucional.

- Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Mayores ProNEAS (2012): Tiene por objetivo promover y articular el trabajo intersectorial, interdisciplinario e interprogramático a nivel nacional para coadyuvar al envejecimiento activo y saludable y llevar a cabo acciones conjuntas con el objetivo de prevenir, controlar y/o retardar enfermedades.

- Decreto nacional 1.089/2012 que estableció modificación de la 26.529 por la Ley 26.742 de Autonomía de la Voluntad (2012): Mediante la cual el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o

procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

- Ley 27.360 DE Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2017): Esta normativa de rango constitucional, obliga a la nación y a las provincias a adoptar la perspectiva de considerar a los adultos mayores como sujetos de derecho, generando un marco normativo que obliga a los Estados firmantes a desplegar una serie de instrumentos tendientes a cumplir y hacer cumplir esos derechos consagrados, considerar a los adultos mayores como sujetos de derecho.

En el plano provincial (Santa Fe) también existen normativas vinculadas directa o indirectamente con los derechos de los adultos mayores, como ser, por ejemplo:

- Ley 9.847 de Habilitación de Establecimientos Asistenciales (1985): La cual clasifica a la población residente de los establecimientos asistenciales según el grado de capacidad psicofísica en las siguientes categorías: auto válidos, semindependientes y dependientes; como una de las condiciones para la habilitación y funcionamiento de los establecimientos geriátricos en la provincia de Santa Fe.

- Decreto 3691/2012 para la creación del Consejo Provincial de Adultos Mayores y del Consejo Consultivo Provincial de Adultos Mayores (2012): órgano considerado como representativo del conjunto de los adultos mayores ante las organizaciones e instituciones municipales, provinciales, nacionales e internacionales, en todo lo que atañe a la definición, aplicación y seguimiento de las políticas sociales, referidas a los adultos mayores.

- Ley N° 2669 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Personas Mayores (2003): Con esta ley, Santa Fe se convierte en la primera provincia de la Argentina en aplicar la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que obliga al Estado a profundizar o poner en marcha políticas públicas que concreten los derechos contemplados en ella, y permite que cualquier santafesino pueda interponer una petición individual para denunciar la

violación de sus derechos. Según esta Ley, en materia de salud compete al Estado Provincial favorecer y garantizar la asistencia integral de la salud de las personas que componen la Tercera Edad, asegurar que los planes y programas contemplen la cobertura básica de salud, promover el desarrollo de la atención de problemáticas bio-psico-sociales propias de la tercera edad desde los distintos niveles de atención en salud, asegurar la difusión de programas destinados a promocionar y concientizar sobre los principios básicos para una vida sana y la alimentación adecuada de los adultos mayores.

## 5. Metodología

### 5.1. Diseño y tipo de estudio

Estudio observacional, de corte transversal, basado en la realización de encuestas.

### 5.2. Variables de estudio

**Tabla 1:** Principales variables de estudio, según nombre, definición operacional, tipo y escala de medición.

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valor
<b>Variable respuesta</b>			
Nivel de Calidad de Vida (CV)	Nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida (Urzúa, M.,2012)	Cualitativa, Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de CV muy alto</li> <li>- Nivel de CV alto</li> <li>- Nivel de CV medio</li> <li>- Nivel de CV bajo</li> <li>- Nivel de CV muy bajo</li> </ul>
<b>Variables socio-demográficas</b>			
Sexo	Condición de hombre o mujer dada por las características biológicas y fisiológicas de cada uno.	Cualitativa, Nominal	Masculino Femenino
Grupo Edad	Tiempo (en años) transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de su evaluación, agrupado en rangos específicos.	Cualitativa, Ordinal	65-69 70-74 75-79 80 y más
Nivel de instrucción alcanzado	Grado máximo educativo o de estudios formales alcanzado.	Cualitativa, Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin instrucción</li> <li>- Primario Incompleto</li> <li>- Primario Completo</li> <li>- Secundario Incompleto</li> <li>- Secundario Completo</li> <li>- Terciario/Universitario Incompleto</li> <li>- Terciario/Universitario Completo</li> </ul>
<b>Variables de hospitalización</b>			
Motivo/ diagnóstico de internación	Motivo o diagnóstico al ingreso de la hospitalización según código CIE-10.	Cualitativa, Nominal	Nombre del motivo/diagnóstico de internación.
Vía de ingreso al efector	Vía, servicio o medio a través del cual el paciente ingresa formalmente al	Cualitativa, Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicio de Emergencia</li> <li>- Guardia</li> <li>- Derivación</li> </ul>

	efector de salud para su internación.		- Otros (Internaciones programadas -ej. cirugías-; caso social)
Tiempo de institucionalización	Tiempo (en días) de hospitalización en el efector de salud.	Cuantitativa, discreta	Número de días (1, 2, ... n)
<b>Variables de vulnerabilidad social</b>			
Vulnerabilidad social	Variedad de situaciones intermedias por las cuales se está en riesgo de ingresar al espacio de exclusión social y desarrollo personal (Perona, N., 2001; Pizarro Hofer, R., 2001).	Cualitativa, Nominal	Situación o condición de vulnerabilidad determinada

### 5.3. Periodo y ámbito de estudio

El presente estudio se llevó a cabo en el periodo comprendido entre el 1 enero al 30 junio de 2024, en el efector de salud tipo SAMCo (Sistema para la Atención Médica de la Comunidad) de la localidad de San Jorge (26.000 habitantes – INDEC 2010), departamento San Martín, provincia de Santa Fe.

El SAMCo de San Jorge constituye el efector de salud más importante de la localidad en términos de usuarios, servicios y recursos; es un hospital polivalente de segundo nivel de atención, de 85 años de antigüedad, y forma parte de la red de atención provincial. Es el centro de derivación de las localidades del departamento San Martín para especialidades como obstetricia, cirugía, traumatología y terapia intensiva, entre otras. Cuenta con un total de 40 camas disponibles, con tres sectores de internación: (Terapia Intensiva-Cuidados Intensivos, Sala de Medicina General y Guardia-Emergencia) brinda atención a pacientes sin cobertura social, con seguros sociales o prepagas; cuenta con aproximadamente 250 trabajadores, cubriéndose la mayoría de la demanda de los diferentes servicios, (medicina en la mayoría de las especialidades, servicio social, enfermería, psicología, nutrición, kinesiología, administración, servicios generales, etc.) correspondientes con su categoría. En caso de ser necesario, la derivación de pacientes desde el SAMCo a un efector de tercer nivel, se realiza a ciudades como Santa Fe, Rosario y Rafaela, según corresponda, por complejidad y/o cobertura social.

## **Población y muestra de estudio**

**5.3.1. Población objetivo.** La población objetivo fueron los adultos mayores internados en el SAMCo de la localidad de San Jorge (Santa Fe). Para el bienio 2023-2024, la población promedio fue de 578 individuos entre aquellos internados en Terapia Intensiva-Cuidados Intensivos ( $\bar{x}=43$ ), Sala de Medicina General ( $\bar{x}=505$ ) y Guardia-Emergencia ( $\bar{x}=30$ ).

**5.3.2. Unidad de análisis.** Individuos de 65 años y más, de ambos sexos, residentes de la ciudad de San Jorge, internados en la Sala de Medicina General del SAMCo de San Jorge.

**5.3.3. Criterios de inclusión y exclusión.** Se incluyeron en el estudio a todos aquellos individuos que, respondiendo a la definición de la unidad de análisis, cumplieran con los siguientes criterios:

- Encontrarse internados en la Sala de Medicina General del SAMCo al momento de la realización de las encuestas.
- Contar con su Historia Clínica completa al momento del estudio.
- Manifestar, consentimiento informado mediante, su voluntad de participar del estudio.

Se excluyeron del estudio a los individuos que:

- No cumplieran con al menos uno de los criterios anteriores; y/o
- Estuvieran incapacitados o presentaran alguna dificultad para responder a la encuesta en primera persona; y/o
- Cuyas respuestas no cubrieran al menos el 80% de las preguntas contempladas en el cuestionario.

**5.3.4. Selección de muestra.** Se realizó un muestreo no probabilístico por cuotas sobre la población objetivo, correspondiente al bienio 2022-2023, que cumpliera con la definición de la unidad de análisis. Sobre dicha población (n=505) se estimó el número de encuestas a realizar en el estudio considerándose la situación que exige la muestra de mayor tamaño (proporción esperada del 50%), un nivel de confianza del 95%, una precisión de 10% y un efecto de diseño de 1; lo cual resultó en un tamaño muestral de *82 adultos mayores* a encuestar. La variable “sexo” fue la característica según la cual se estimaron los subgrupos (cuotas) de la muestra, según el peso proporcional de dicha variable en la población objetivo. Dado que para esta última la proporción de varones y mujeres para el bienio 2022-2023 fue del 48,0% y 52,0% respectivamente, el subgrupo muestral de varones a encuestar quedó conformado por un total de 39 adultos mayores, mientras que el subgrupo muestral de mujeres a encuestar quedó conformado por un total de 43 adultas mayores. Las encuestas se realizaron a medida que los adultos mayores eran ingresados a internación en la Sala de Medicina General, comprobándose previamente que cumplirán con los criterios de inclusión establecidos, hasta alcanzar el número muestral estimado.

#### **5.4. Fuentes e instrumentos de recolección de datos**

##### **5.4.1. Fuentes secundarias de datos**

Se utilizaron las bases poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), Dirección General de Estadística de la provincia de Santa Fe, reportes del Sistema de Atención Primaria de la provincia de Santa Fe (SICAP), Historias Clínicas de los pacientes y registros internos del efector.

##### **5.4.2. Fuentes primarias de datos**

Como instrumento de medición de calidad de vida se utilizó la Escala FUMAT, de probada validez, fiabilidad y sensibilidad (Schalock, RL.,2002/2003; Verdugo Alonso, MA., 2009). La misma se basa en un cuestionario realizado por un profesional a personas de 50 años y más y, tras la medición objetiva de las ocho

dimensiones presentadas en la Tabla 2, permite evaluar la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas y obtener un perfil de calidad de vida de dicha población (Verdugo Alonso, MA., y col.,2009).

**Tabla 2:** Dimensiones e indicadores de la Calidad de Vida de la escala FUMAT (Schalock, RL 2002/2003; Verdugo Alonso, MA 2009).

<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>
Bienestar Físico (BF)	Salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria, ocio.
Bienestar Emocional (BE)	Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés y pensamientos negativos.
Relaciones Interpersonales (RI)	Interacciones, relaciones, apoyos, contactos sociales positivos.
Inclusión Social (IS)	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales, oportunidades de aprendizaje.
Desarrollo Personal (DP)	Educación, habilidades/competencias personales, desempeño.
Bienestar Material (BM)	Estatus económico, empleo, vivienda.
Autodeterminación (AU)	Autonomía, metas/valores, preferencias personales, decisiones, elecciones.
Derechos (DR)	Conocimiento, ejercicio y defensa de Derechos humanos y legales; respeto; intimidad; responsabilidades.

#### **5.4.2.1. Estructura del instrumento**

El cuestionario de la Escala FUMAT consta de 57 preguntas distribuidas en 8 subescalas correspondientes a cada una de las 8 dimensiones de la calidad de vida, enunciadas en tercera persona, con formato declarativo, que se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones (“nunca o casi nunca”, “a veces”, “frecuentemente” y “siempre o casi siempre”; o, en su defecto, “totalmente en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “acuerdo” y “totalmente de acuerdo”, si correspondiese) a la que se le asigna un valor preestablecido del 1 al 4 (ver Anexo I).

Una vez aplicada la herramienta, la correcta interpretación de los datos obtenidos implica seguir los siguientes pasos, según las recomendaciones de la literatura (Verdugo Alonso, MA., Y col 2009):

- Obtención de la Puntuación Directa Total en cada dimensión: se logra a través de la suma de las respuestas (1-2-3-4) de cada uno de los ítems que las componen.

- Obtención de la Puntuación Estándar y Percentiles de cada dimensión: se logra utilizando la Tabla de Baremos (ver Anexo II), en la que es posible localizar la Puntuación Estándar y el Percentil correspondiente a la Puntuación Directa Total de cada una de las dimensiones. Las Puntuaciones Estándar (con un rango de 1 a 20; y una media de 10) establecen la posición relativa de una persona dentro de una muestra de estudio. Los percentiles, por su parte, indican el porcentaje de personas que tienen una puntuación superior o inferior a la Puntuación Estándar en cuestión. Las puntuaciones altas denotan una mayor calidad de vida.

- Obtención del Índice de Calidad de Vida (ICV) y su correspondiente Percentil de Calidad de Vida: se logra a través de la suma de las Puntuaciones Estándar de las ocho dimensiones para obtener una “Puntuación Estándar Total (suma)” , con la que, luego, será posible ingresar a la Tabla de Calidad de Vida (ver Anexo III) y, en la misma fila, en dos columnas siguientes, encontrar el correspondiente Índice de Calidad de Vida (con un rango de 62 a 123; y una media de 100), y su Percentil.

- Interpretación del ICV obtenido: según la escala correspondiente (ver Sección de Análisis de Resultados). A mayores puntuaciones estándar y valores de percentiles, mayor calidad de vida.

Al cuestionario de la escala FUMAT, se le adicionaron preguntas que indagaron sobre variables sociodemográficas y de hospitalización de interés.

#### **5.4.2.2. Consistencia interna y fiabilidad del instrumento**

En el estudio realizado por (Gómez, LE., y col., 2008), se evaluó y revalidó la Escala FUMAT como un instrumento específico para valorar de un modo objetivo la calidad de vida de personas mayores y personas con discapacidad que acuden a algún tipo de servicio social. La consistencia interna de un instrumento de medida está muy relacionada con la fiabilidad de la escala, es decir, con la estabilidad y homogeneidad en los puntajes de los ítems que forman cada dimensión. Una buena consistencia interna refiere a la obtención de puntuaciones similares (consistentes) cuando el instrumento de medida se administra repetidamente a los sujetos (diferentes muestras o la misma muestra en diferentes contextos o tiempos) bajo las mismas condiciones.

Aun existiendo diferencias en la consistencia interna de algunas dimensiones, el estudio de (Gómez, LE., y col.,2008) afirma y concluye que la Escala FUMAT tiene una fiabilidad en sí misma muy alta y supone un valioso aporte a la investigación sobre CV en personas mayores y personas con discapacidad, resultando un instrumento válido y fiable para la planificación de apoyos individualizados e intervenciones centradas en la persona, así como para encaminar las intervenciones dirigidas a la mejora de la calidad de la organización y la institución.

#### **5.5. Análisis de resultados**

Se diseñó una base de datos en donde se consolidaron los datos de los participantes recabados del cuestionario de la escala FUMAT y del registro de las variables socio-demográficas; previa codificación de todas las posibles respuestas a las preguntas del instrumento.

Para analizar las variables categóricas se aplicó estadística descriptiva mediante el cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes.

Las variables cuantitativas se describieron mediante las correspondientes medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

Para comparar las variables categóricas se utilizó la prueba de Chi<sup>2</sup> con corrección de Yates. Para el contraste de proporciones se empleó la prueba Z.

El análisis de la asociación entre distintas variables de interés y el nivel de CV se realizó mediante el cálculo del Odds Ratio (OR). En todos los casos se consideró un nivel aceptable de significancia estadística de  $p < 0,05$  y un intervalo de confianza del 95%.

La Escala FUMAT no tiene establecido un punto de corte específico por lo que, sobre la base de la bibliografía consultada, se utilizó la siguiente escala de ICV a los fines de establecer el nivel de calidad de vida de la población de estudio:

- ICV > 122: calidad de vida muy alta
- ICV de 112 a 122: calidad de vida alta
- ICV de 99 a 111: calidad de vida media
- ICV de 71 a 98: calidad de vida baja
- ICV < 71: calidad de vida muy baja

A partir de las respuestas individuales de cada participante a la Escala FUMAT, las dimensiones de la calidad de vida se analizaron para el total de la población, dando lugar, finalmente, al Perfil de Calidad de Vida de la población de estudio.

Para el procesamiento de datos se utilizaron los softwares Microsoft Excel 2016 y Epidat 3.1.

## **6. Consideraciones éticas**

El protocolo del estudio ha sido oportunamente evaluado y aprobado por el Comité Provincial de Bioética de la Provincia de Santa Fe, con todos los instrumentos y avales solicitados para tal fin.

Se contó además con la conformidad y autorización de la Comisión Directiva del SAMCo de la localidad de San Jorge para su desarrollo y ejecución.

Cada persona que participó del estudio dejó constancia de su voluntad para hacerlo mediante conocimiento y firma del correspondiente consentimiento informado, (ver Anexo IV).

El uso de la información se enmarcó bajo la Ley 25.326 de protección de datos personales.

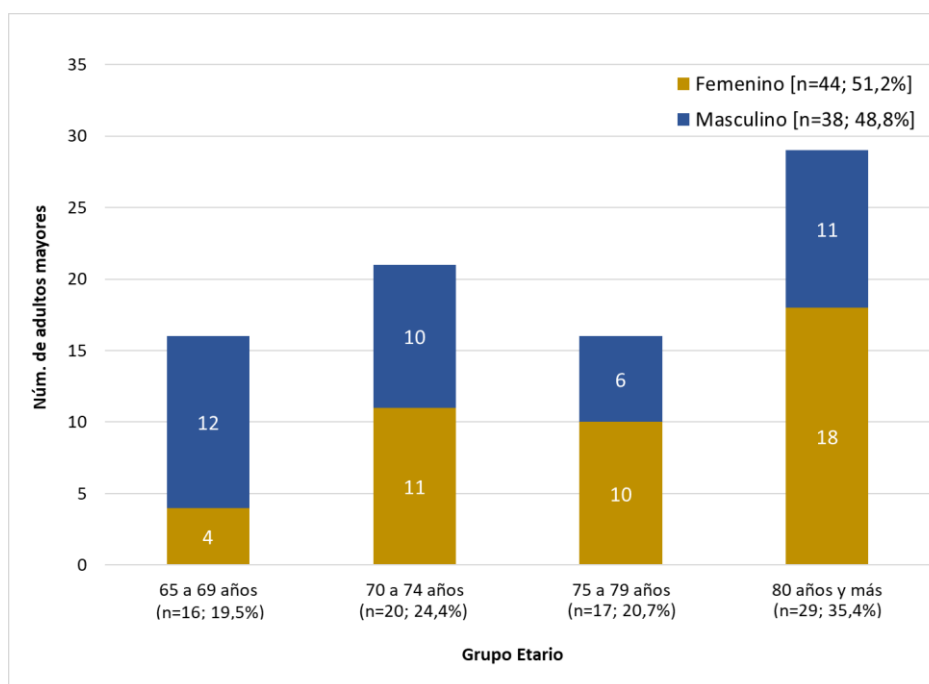
Los datos de identificación de los participantes fueron codificados, a fin de garantizar el cumplimiento de los criterios de privacidad y confidencialidad de los mismos. Únicamente el investigador a cargo del estudio tuvo acceso a las respuestas e información de los participantes, la cual fue utilizada solamente con los fines propuestos en el presente estudio.

## 7. Resultados

### 7.1. Caracterización de la población de estudio, según variables socio-demográficas y hospitalarias de interés

Se logró obtener con éxito la totalidad de 82 encuestas, con un 48,0% (39) de varones y un 52,0% (43) de mujeres, tal como se estimó en el cálculo muestral. Para dicho total, el grupo etario que más participantes concentró fue el de 80 años y más con el 35,4% de los participantes (Figura 1). La mayor contribución a dicho grupo etario la hicieron las mujeres, para las cuales, al contrario que para los varones, el 42,0% de los participantes tuvieron 80 años y más.

**Figura 1:** Distribución de la población de adultos mayores de estudio, según grupo de edad y sexo. SAMCo San Jorge. Año 2024.



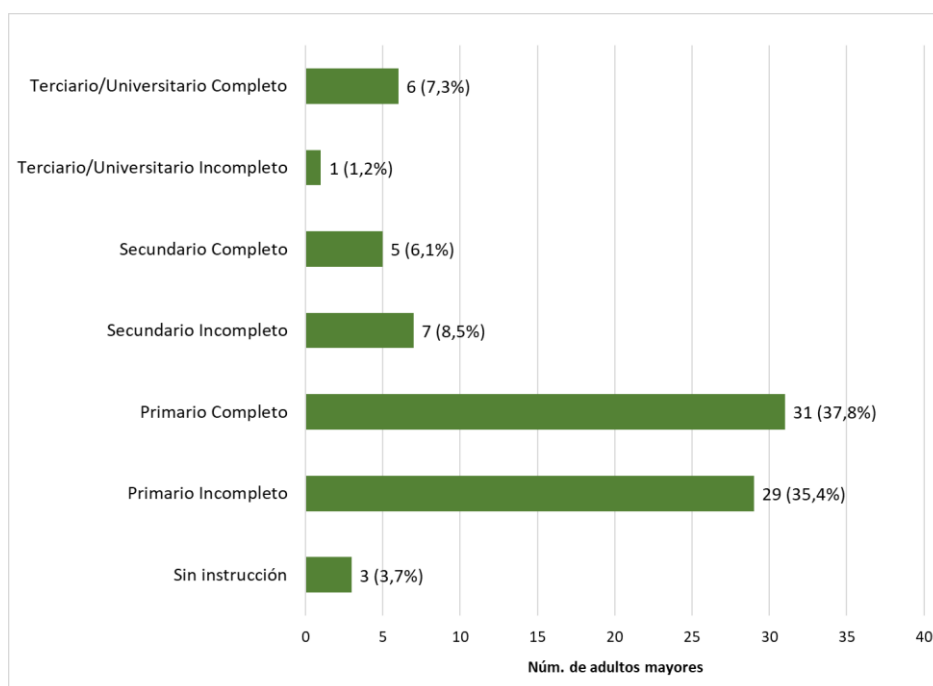
Respecto del nivel de instrucción alcanzado por la población de estudio, la mayor proporción de participantes refirió tener el nivel primario completo (37,8%), seguido por aquellos con primario incompleto.

Concretamente, el 76,8% (63) de los casos tenía primario completo o incompleto, el 14,6% (12) tenía secundario completo o incompleto, y el 8,5% (7)

tenía un nivel terciario/universitario completo o incompleto; siendo estadísticamente significativa la diferencia entre el primer grupo y los demás ( $p < 0,0001$ ).

La Figura 2 muestra la distribución de dicha población según todas las categorías de instrucción estudiadas.

**Figura 2:** Distribución de la población de adultos mayores de estudio, según Nivel de Instrucción alcanzado. SAMCo San Jorge. Año 2024.



En cuanto al tiempo de institucionalización, entendido como el tiempo (en días) de permanencia en el SAMCo hasta el momento de la realización de la encuesta, el 51,2% (42) de los encuestados tenía de 1 a 3 días de internación en el efector, el 37,8% (31) tenía entre 4 y 6 días, y el 11,0% (9) estuvo 7 días o más hospitalizado. La amplitud de dicha permanencia varió entre un mínimo de 1 día y un máximo de 24 días.

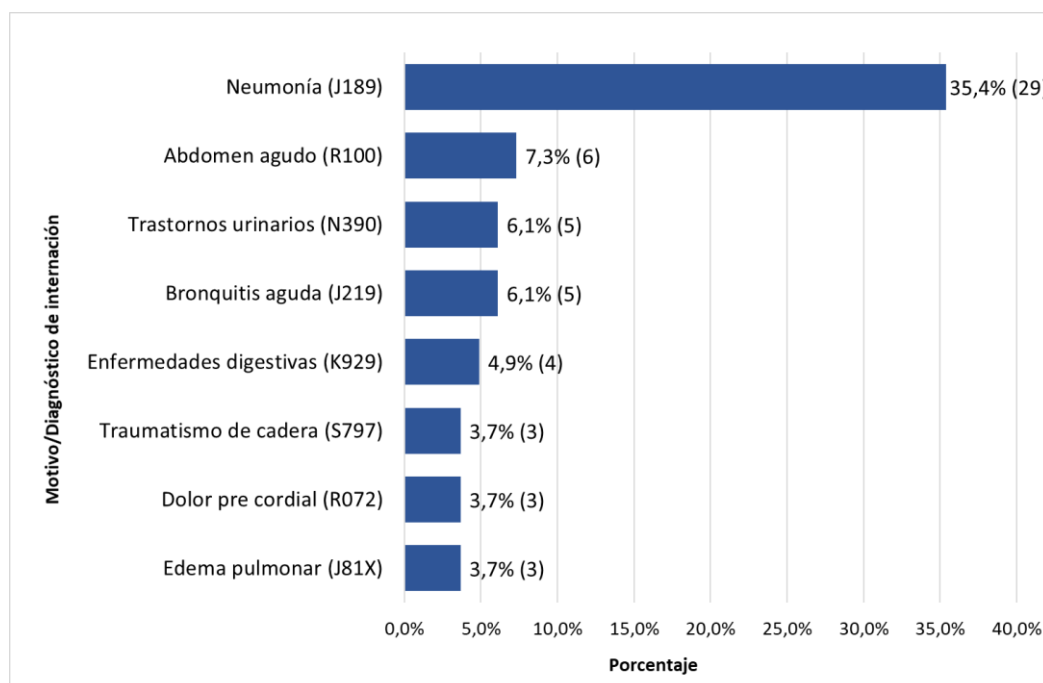
La principal vía de ingreso al efector fue a través de la guardia (Tabla 3).

**Tabla 3:** Vías de ingreso de los adultos mayores estudiados al efector de salud. SAMCo San Jorge. Año 2024.

Vía de ingreso	n	%
Guardia	49	59,8%
Derivación	27	32,9%
Servicio de Emergencias	4	4,9%
Otros	2	2,4%
Total	82	100,0%

El motivo o diagnóstico de ingreso más frecuente en la población de estudio fue la neumonía, en el 35,4% de los casos, seguido de abdomen agudo, en el 7,3%, trastornos urinarios y bronquitis aguda en el 6,1% para ambos casos. La Figura 3 muestra la distribución de los casos según el motivo de ingreso, para aquellos diagnósticos que concentraron al menos 3 casos.

**Figura 3:** Distribución de la población de adultos mayores de estudio, según motivo/diagnóstico de ingreso al efector de salud. SAMCo San Jorge. Año 2024.



## 7.2. Nivel de la calidad de vida de los adultos mayores

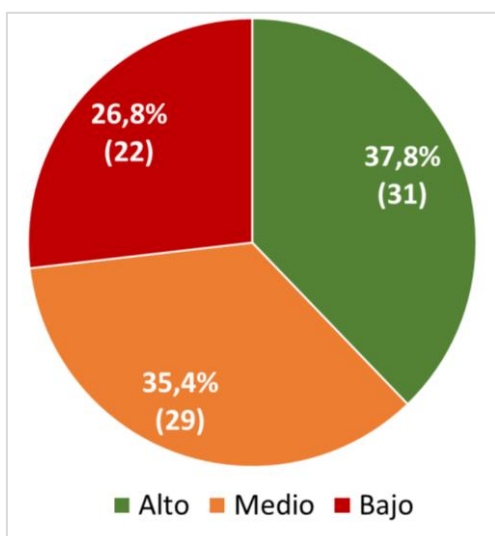
### institucionalizados

La Tabla 4 presenta los valores obtenidos de la Escala FUMAT aplicada, para el promedio de la población de estudio; es decir, las Puntuaciones Estándar y los Percentiles de cada dimensión de calidad de vida (CV) corresponden al promedio de Puntuaciones Estándar y de Percentiles para el total de adultos mayores encuestados (N=82). Una Puntuación Estándar Total de 87 y un Percentil de 66, se corresponden con un ICV de 106 y un *Nivel de Calidad de Vida Medio*.

**Tabla 4:** Puntuaciones y Calidad de Vida (en base a Escala FUMAT), para el promedio de la población de adultos mayores en estudio. SAMCo San Jorge. Año 2024.

Promedio para la población de estudio		
Dimensiones de la CV	Puntuaciones estándar	Percentiles
BIENESTAR EMOCIONAL	11	67
RELACIONES INTERPERSONALES	10	54
BIENESTAR MATERIAL	9	38
DESARROLLO PERSONAL	13	81
BIENESTAR FÍSICO	11	60
AUTODETERMINACIÓN	13	75
INCLUSIÓN SOCIAL	10	54
DERECHOS	10	55
<b>PUNTUACIÓN ESTANDAR TOTAL (SUMA)</b>	<b>87</b>	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (ICV)</b>	<b>106</b>	<b>Nivel de Calidad de vida: MEDIO</b>
<b>PERCENTIL DEL ICV</b>	<b>66</b>	

Casi el 38,0% del total de adultos mayores presentó un nivel de CV Alto, seguido de un 35,4% de adultos con un nivel de CV Medio, y un 26,8% con un nivel de CV Bajo (Figura 4).



**Figura 4:** Distribución porcentual y absoluta de la población de adultos mayores, según el Nivel de Calidad de Vida observado tras la aplicación de la Escala FUMAT (N=82). SAMCo San Jorge. Año 2024

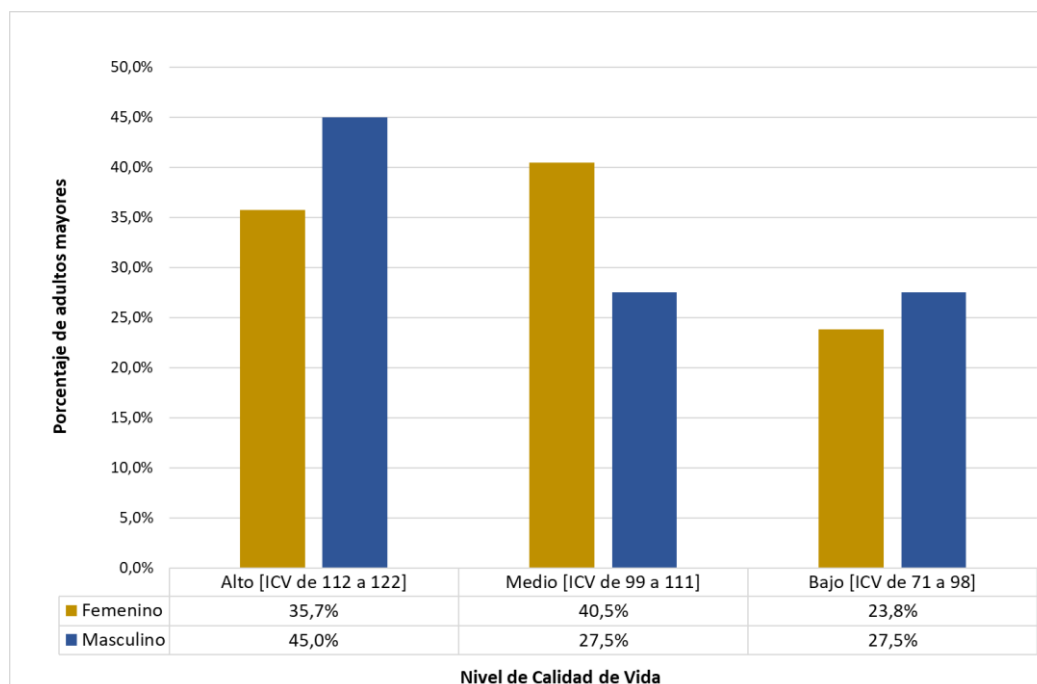
El análisis de CV según sexo devolvió que, si bien el ICV fue superior en varones que en mujeres (107 vs. 105,5 respectivamente), ambos índices se correspondieron con un Nivel de CV Medio, en línea con los resultados obtenidos para el promedio de la población (Tabla 5).

**Tabla 5:** Calidad de Vida para el promedio de la población de adultos mayores (N=82), según sexo. SAMCo San Jorge. Año 2024.

Promedio para toda la población de estudio			
Sexo	ICV	Rango	Nivel de CV
Femenino	105	78-118	Medio
Masculino	107	77-121	Medo

Mientras que la mayor proporción de mujeres tuvo un nivel de calidad de vida medio (40,5%), la mayor proporción de varones tuvo un nivel de CV alto (45,0%), (Figura 5).

**Figura 5:** Porcentaje de adultos mayores según el Nivel de CV y sexo (N=82; F=43; M=39). SAMCo San Jorge. Año 2024.



El ICV promedio por grupo de edad varió entre 102 y 110 (Tabla 6). Si bien todos los grupos etarios clasificaron con un nivel de CV medio, el grupo de 80 años y más fue el que menor ICV presentó, siendo dicha diferencia estadísticamente significativa respecto a los demás grupos ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 6** Calidad de Vida para el promedio de la población de adultos mayores, según grupo de edad (N=82). SAMCo San Jorge. Año 2024.

Promedio para la población de estudio			
Grupo etario	ICV	Rango	Nivel de CV
65 a 69 años	108	90-120	Medio
70 a 74 años	106	82-121	Medio
75 a 79 años	110	77-121	Medio
80 años y más	102	78-118	Medio

El ICV promedio según nivel de instrucción varió entre 104 y 113; siendo el grupo con nivel terciario/universitario (completo o incompleto) el único que clasificó con un nivel de CV alto, mientras que los niveles de instrucción menores tuvieron un nivel de CV medio (Tabla 7). Si bien el análisis de asociación devolvió

que la chance de tener un nivel de CV más bajo es 6,8 veces mayor en aquellos casos que no tuvieron instrucción o sólo alcanzaron el nivel primario (completo o incompleto) respecto de aquellos que alcanzaron un nivel terciario/universitario (completo o incompleto), la fuerza de asociación no fue significativa (OR: 6,8; IC: 0,8-55,7;  $p=0,06$ ).

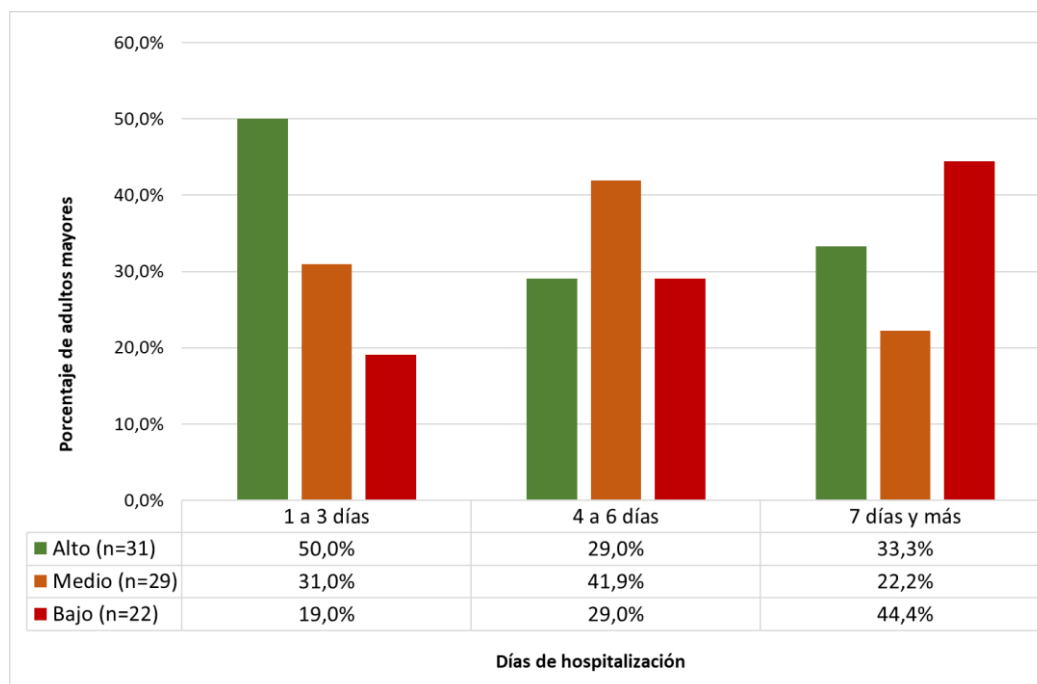
**Tabla 7:** Calidad de Vida para el promedio de la población de adultos mayores, según máximo nivel de instrucción alcanzado (N=82). SAMCo San Jorge. Año 2024.

<b>Promedio para la población de estudio</b>			
<b>Nivel de instrucción</b>	<b>ICV</b>	<b>Rango</b>	<b>Nivel de CV</b>
Sin instrucción y Primario completo o incompleto (n=63)	104	77-121	Medio
Secundario completo o incompleto (n=12)	110	98-119	Medio
Terciario/Universitario completo o incompleto (n=7)	113	99-121	Alto

Al analizarse el nivel de CV según el tiempo de institucionalización de los adultos mayores, se encontró que la mayor proporción de los pacientes que tuvieron de 1 a 3 días de hospitalización presentaron un nivel de CV alto, la mayor proporción de los pacientes que estuvieron de 4 a 6 días tuvieron un nivel de CV medio, y la mayor proporción de quienes estuvieron hospitalizados 7 días o más tuvieron un nivel de CV bajo (Figura 6).

En línea con estos resultados, el análisis de asociación devolvió que la chance de tener un nivel de CV bajo es 13,1 veces mayor en aquellos casos en los que la estancia hospitalaria es igual o mayor a los 7 días respecto de aquellos casos en los que la misma es menor a los 4 días (OR: 13,1; IC: 1,3-70,4;  $p<0,05$ ).

**Figura 6:** Porcentaje de la población de adultos mayores según el nivel de CV y días de hospitalización (N=82). SAMCo San Jorge. Año 2024.



### 7.3. Dimensiones y perfil de la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado

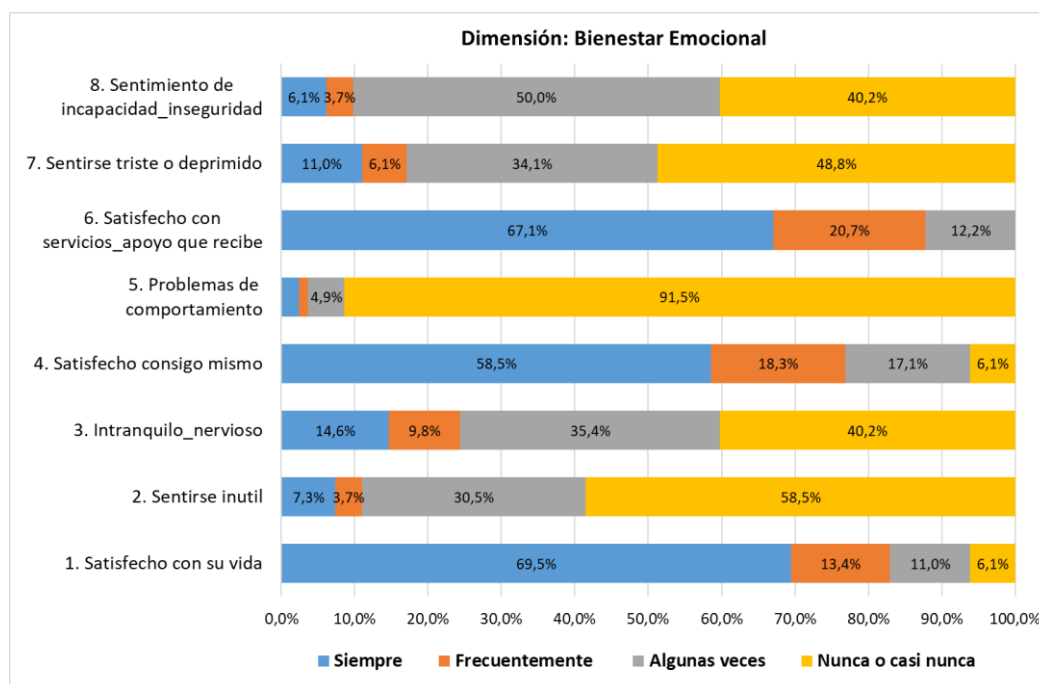
Las ocho dimensiones del modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo se analizaron a partir de los valores obtenidos de los indicadores que conforman cada dimensión (respuestas a las preguntas), para el total de la población de estudio (Schalock, R.L. , 2002/2003).

Para una visualización más práctica de dichos resultados, se presentan a continuación las Figuras 7-8-9-10-11-12-13-14, correspondientes a cada dimensión de CV evaluada a través del cuestionario de la Escala FUMAT. En el eje vertical se muestran las preguntas del cuestionario resumidas en palabras claves (para las preguntas completas ver el Anexo II); y en el eje horizontal, se grafica el porcentaje de participantes que han optado por una de las cuatro opciones de frecuencia en respuesta a cada pregunta. Si bien en las Figuras se grafica la escala de frecuencia con las opciones 'nunca o casi nunca', 'a veces', 'frecuentemente' y 'siempre o casi siempre', tener en cuenta que, cuando

correspondiese, las opciones podrían ser ‘totalmente en desacuerdo’, ‘en desacuerdo’, ‘acuerdo’ y ‘totalmente de acuerdo’.

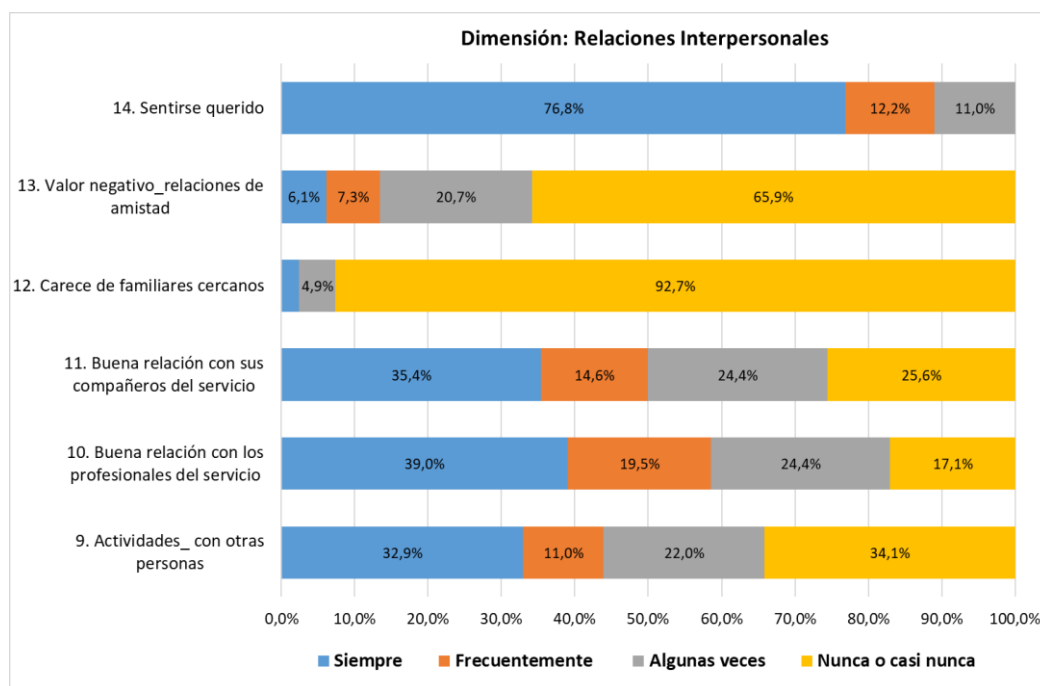
Como muestra la Figura 7 referida a la dimensión de Bienestar Emocional, casi el 70,0% de los adultos mayores se siente siempre satisfecho con su vida, el 58,5% se siente satisfecho consigo mismo, y el 67,1% con los servicios y apoyo que recibe. Más del 90,0% de los encuestados nunca o casi nunca tiene problemas de comportamiento. Si bien casi el 49,0% manifestó nunca o casi nunca sentirse triste o deprimido, más de un tercio manifestó sentirse así algunas veces, obteniéndose una proporción similar en quienes algunas veces se sienten intranquilos o nerviosos, e inútiles. El 50,0% manifestó tener algunas veces sentimientos de incapacidad o inseguridad.

**Figura 7:** Porcentaje de adultos mayores según respuesta a los indicadores asociados a la Dimensión de Bienestar Emocional de la Escala FUMAT (N=82). SAMCo San Jorge. Año 2024.



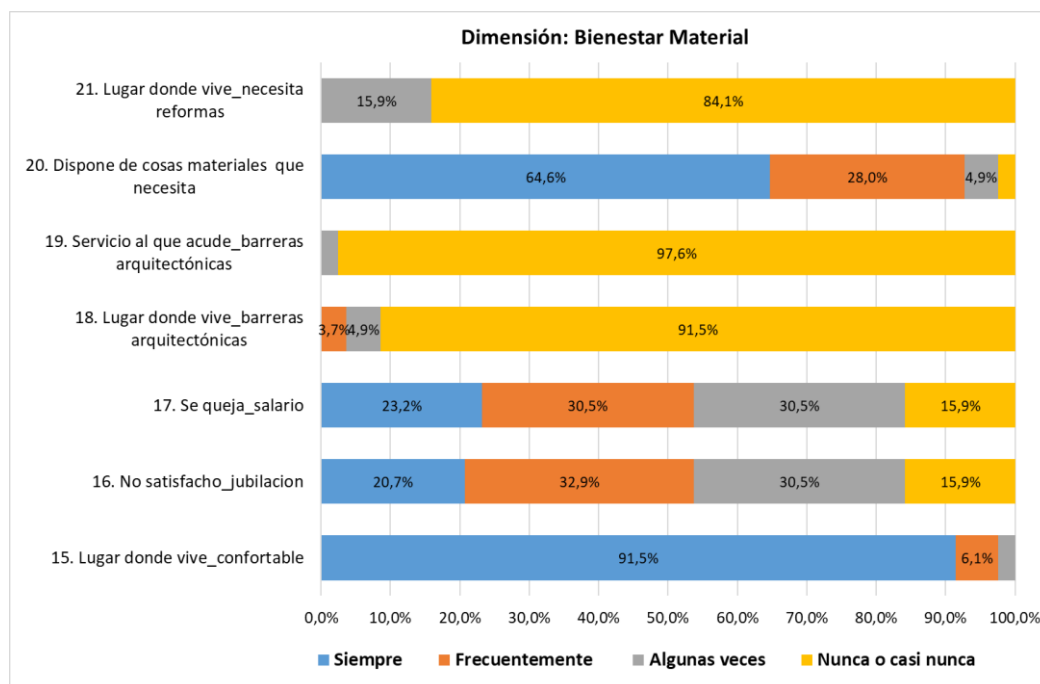
Respecto de las Relaciones Interpersonales (Figura 8), el 76,8% de los adultos mayores manifestó siempre sentirse querido, más del 90,0% tiene familiares cercanos, y casi el 66,0% no valora negativamente las relaciones de amistad existentes. Sin embargo, más del 40,0% manifestó nunca, casi nunca o algunas veces tener buena relación con los profesionales del servicio, así como con los compañeros de sala.

**Figura 8:** Porcentaje de adultos mayores según respuesta a los indicadores asociados a la Dimensión de Relaciones Interpersonales de la Escala FUMAT (N=82). SAMCo San Jorge. Año 2024.



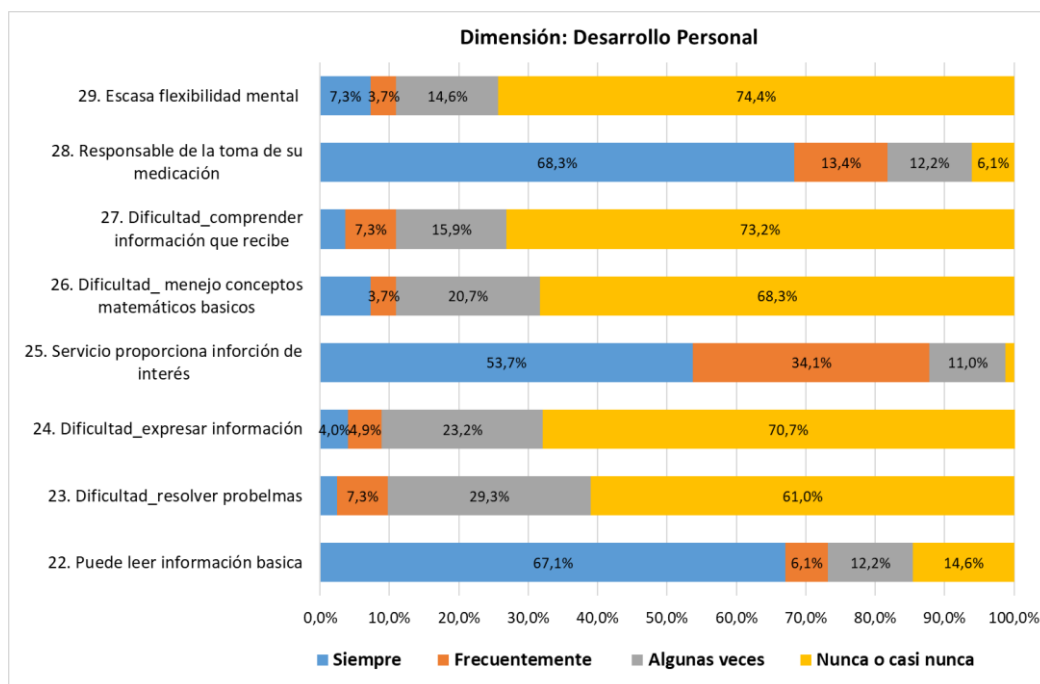
Con respecto a la dimensión de Bienestar Material (Figura 9), más del 90,0% de los adultos mayores manifestó que el lugar donde vive es siempre confortable, que siempre o frecuentemente dispone de los materiales que necesita, y que, ni el lugar donde vive ni el servicio al que acude presentan barreras arquitectónicas que dificultan alguna de sus actividades. Más del 60% frecuentemente o algunas veces se queja del salario y está insatisfecho con su jubilación, y más del 20% lo hace siempre.

**Figura 9:** Porcentaje de adultos mayores según respuesta a los indicadores asociados a la Dimensión de Bienestar Material de la Escala FUMAT (N=82). SAMCo San Jorge. Año 2024.



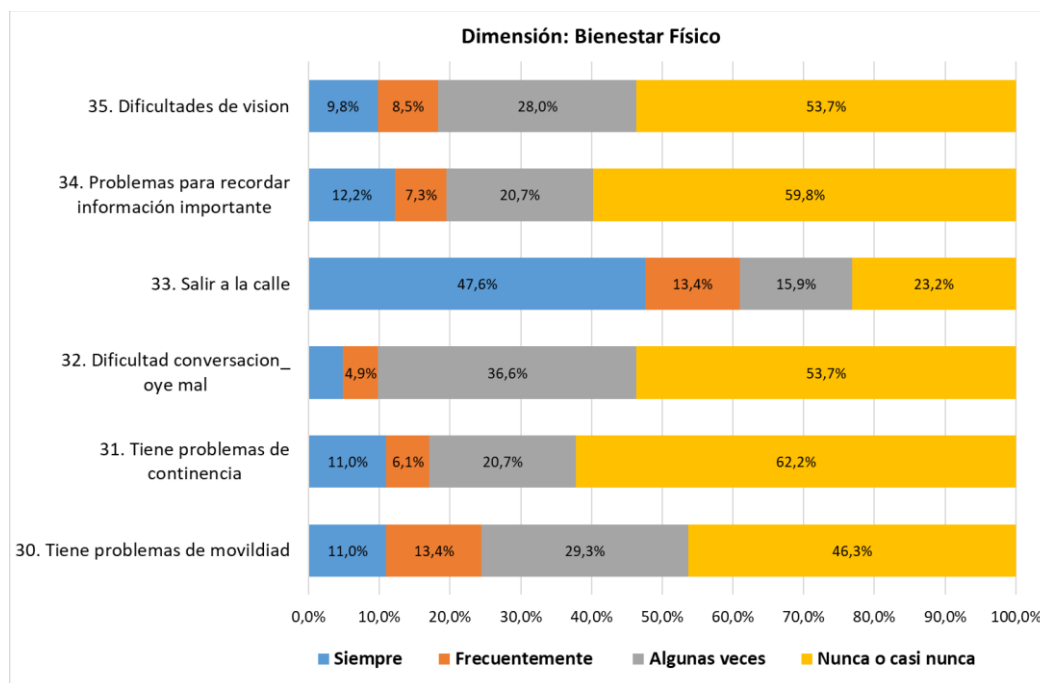
Como muestra la Figura 10, entre las características de la dimensión de Desarrollo Personal ponderan las respuestas de carácter positivo, en las que la mayor proporción de encuestados manifiesta poder expresar y leer información básica, manejar conceptos matemáticos básicos, resolver con eficiencia problemas que se le plantean y tener flexibilidad mental. Más del 70% afirmó ser responsable de la toma de su medicación siempre o frecuentemente; y más de 80% manifestó recibir información de interés por parte del servicio siempre o frecuentemente.

**Figura 10:** Porcentaje de adultos mayores según respuesta a los indicadores asociados a la Dimensión de Desarrollo Personal de la Escala FUMAT (N=82). SAMCo San Jorge. Año 2024.



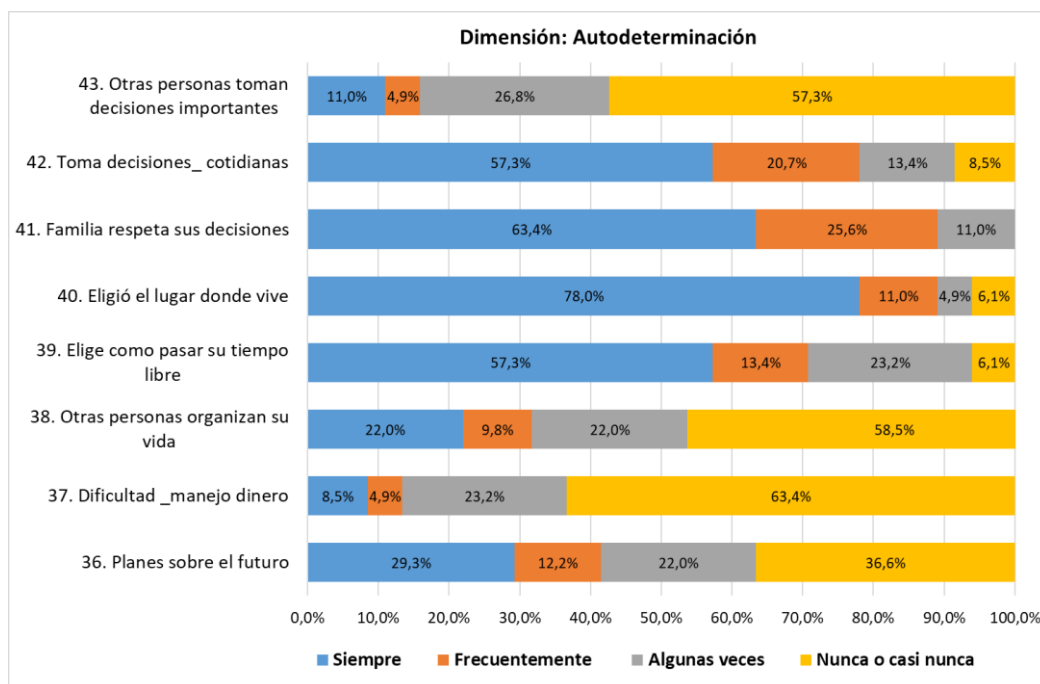
La Figura 11 muestra las respuestas asociadas a la dimensión de Bienestar Físico. En este caso, el peso de las respuestas de carácter positivo y negativo es similar. Mientras que el 60 y 62% refirió nunca o casi nunca tener problemas para recordar información importante ni problemas de continencia, respectivamente, casi la mitad de los encuestados refirió nunca o casi nunca tener problemas de visión y auditivos, mientras que la otra mitad refirió tenerlos algunas veces, frecuentemente o siempre; y más del 50% manifestó que su estado de salud no siempre les permite salir a la calle.

**Figura 11:** Porcentaje de adultos mayores según respuesta a los indicadores asociados a la Dimensión de Bienestar Físico de la Escala FUMAT (N=82). SAMCo San Jorge. Año 2024.



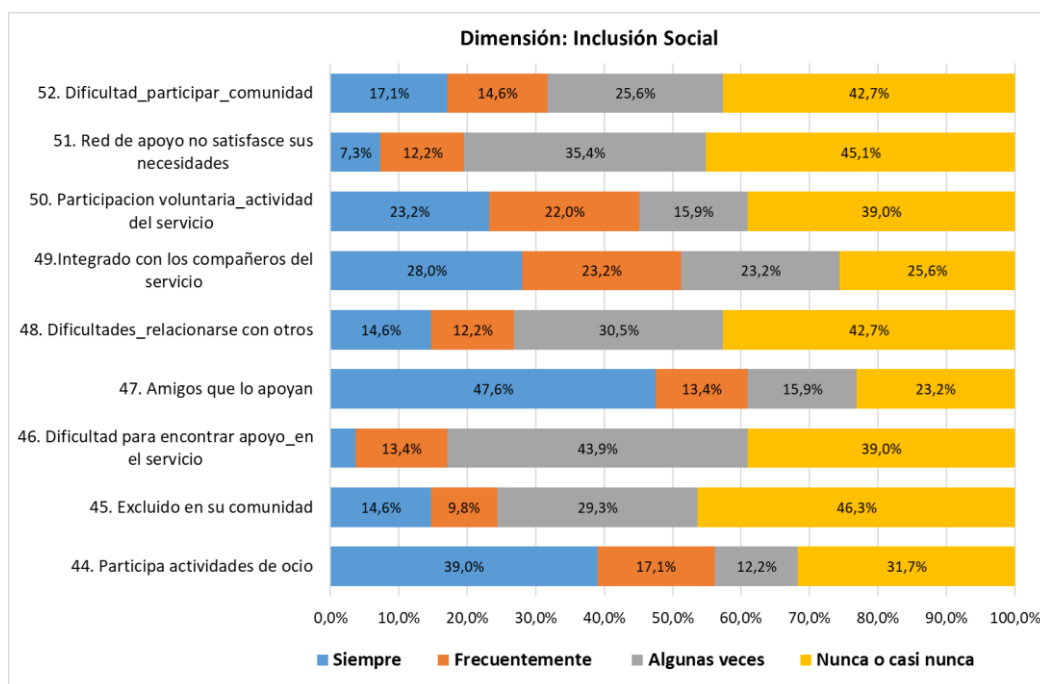
Respecto de la dimensión de Autodeterminación (Figura 12), en más del 70% de los casos, el adulto mayor, siempre o frecuentemente, toma las decisiones cotidianas, elige cómo pasar su tiempo libre y eligió el lugar donde vive. Casi el 60% de los encuestados nunca, casi nunca o sólo algunas veces hace planes para su futuro. Si bien el 90% manifestó que siempre o frecuentemente la familia respeta sus decisiones, en más del 50% siempre, frecuentemente o algunas veces otras personas organizan su vida, y más de un tercio tiene dificultad para manejar su propio dinero.

**Figura 12:** Porcentaje de adultos mayores según respuesta a los indicadores asociados a la Dimensión de Autodeterminación de la Escala FUMAT (N=82). SAMCo San Jorge. Año 2024.



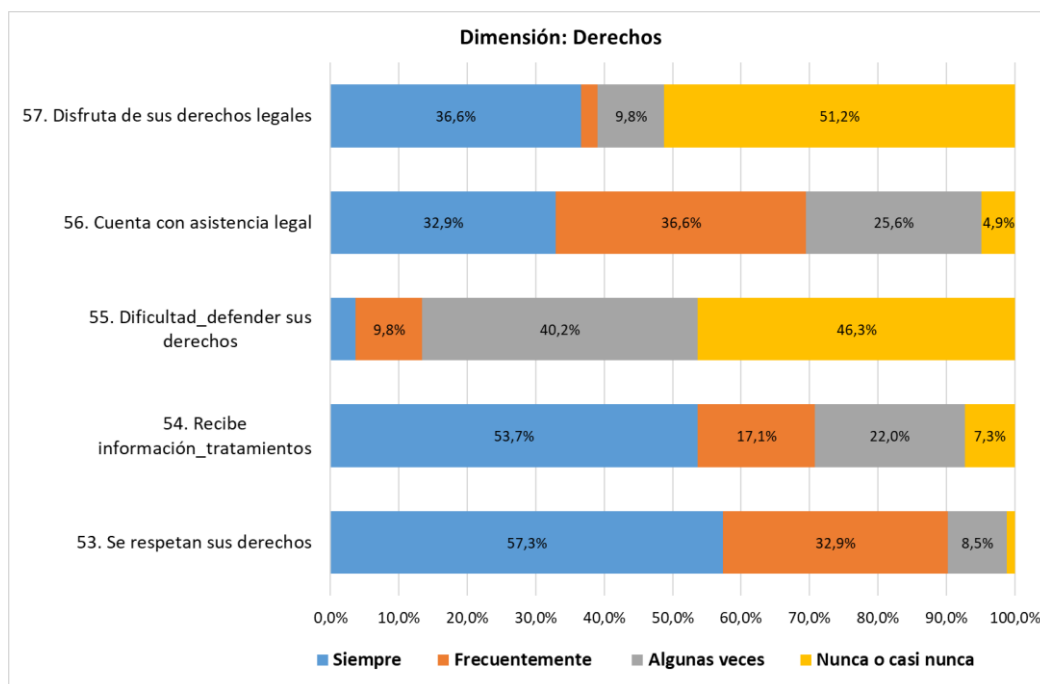
Para la dimensión de Inclusión Social (Figura 13) más del 50% de los adultos mayores manifestaron tener dificultad para participar en la comunidad, tener una red de apoyo que no satisface sus necesidades, tener dificultades para relacionarse con otros y para encontrar apoyo en el servicio, y sentirse excluido de la comunidad. En más de la mitad de los casos, las respuestas de carácter positivo tuvieron que ver con tener amigos y participar voluntariamente de actividades de ocio y del servicio.

**Figura 13:** Porcentaje de adultos mayores según respuesta a los indicadores asociados a la Dimensión de Inclusión Social de la Escala FUMAT (N=82). SAMCo San Jorge. Año 2024.



Respecto de la dimensión de Derechos (Figura 14), si bien el 90% de los adultos mayores encuestados manifestó que siempre o frecuentemente se respetan sus derechos, más del 50% refirió que nunca o casi nunca disfruta de sus derechos legales y que siempre, frecuentemente o algunas veces tiene dificultad para defenderlos. El 70% refirió siempre o frecuentemente contar con asistencia legal, y recibir información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe.

**Figura 14:** Porcentaje de adultos mayores según respuesta a los indicadores asociados a la Dimensión de Derechos de la Escala FUMAT (N=82). SAMCo San Jorge. Año 2024.



Una forma de evaluar las dimensiones de la CV de manera integral consiste en analizar el Perfil de CV, el cual proporciona una representación gráfica de las Puntuaciones Estándar obtenidas para el promedio de los individuos encuestados en las dimensiones de calidad de vida, con su correspondiente percentil e ICV.

La Figura 15 muestra el Perfil de CV obtenido para la población de adultos mayores del SAMCo San Jorge, durante el primer semestre de 2024. En la misma se observa claramente que la dimensión de Bienestar Material es la que posee la Puntuación Estándar más baja (9), por debajo de la media; seguida de las dimensiones de Relaciones Interpersonales, Inclusión Social y Derechos, todas con una Puntuación Estándar de 10 y un Percentil de casi 50. Entre las puntuaciones más altas y por ende mejor cubiertas, se encuentran el Desarrollo Personal y la Autodeterminación, ambas con una Puntuación Estándar de 13 y Percentil de 80.

**Figura 15:** Perfil de Calidad de Vida de la población de adultos mayores evaluada, según las Puntuaciones Estándar Totales de las dimensiones de la Escala FUMAT. SAMCo San Jorge. Año 2024.



Nota: BE= Bienestar emocional; RI= Relaciones interpersonales; BM= Bienestar material; DP= Desarrollo personal; BF= Bienestar físico; AU= Autodeterminación; IS= Inclusión social; DR= Derechos; ICV: Índice de Calidad de Vida.

#### 7.4. Situaciones de vulnerabilidad en los adultos mayores institucionalizados

A partir del análisis de las variables sociodemográficas y hospitalarias seleccionadas, y de las dimensiones de la CV propuestas por la bibliografía, como principales condiciones y/o situaciones de vulnerabilidad atravesadas por la población de adultos mayores en estudio, se identificaron las siguientes:

- *Edad:* Si bien todos los grupos etarios clasificaron con un nivel de CV medio, el ICV más bajo se registró en el grupo de 80 años ( $p < 0,05$ ).
- *Tiempo de institucionalización:* El nivel de CV baja cuanto mayor es la cantidad de días de hospitalización ( $p < 0,05$ ).
- *Bienestar Material:* Asociado al estatus económico, empleo y vivienda. La población obtuvo la puntuación más baja en esta dimensión de CV, por debajo de la media.

- *Relaciones Interpersonales*: Asociado a las interacciones, relaciones y apoyo. La población obtuvo la segunda puntuación más baja en esta dimensión de CV; y la mitad de la población se encontró por debajo de dicha puntuación para esta dimensión.
- *Inclusión Social*: Asociado a la integración y participación en la comunidad, roles comunitarios y apoyos sociales. La población obtuvo la segunda puntuación más baja en esta dimensión de CV; y la mitad de la población se encontró por debajo de dicha puntuación para esta dimensión.
- *Derechos*: Asociado al cumplimiento, respeto y disfrute de los derechos humanos y derechos legales. La población obtuvo la segunda puntuación más baja en esta dimensión de CV; y la mitad de la población se encontró por debajo de dicha puntuación para esta dimensión.

## **8. Discusión de resultados**

### **8.1. Características y calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados**

El presente estudio se propuso evaluar la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados en el SAMCo de la ciudad de San Jorge, durante el primer semestre del año 2024, utilizando como principal instrumento de medición la Escala FUMAT, esperando identificar condiciones y/o situaciones de vulnerabilidad social asociadas a las características y realidades de la población de estudio.

Con una tasa de respuesta del 100% (N=82) y con un 48,0% de varones y un 52,0% de mujeres, el grupo etario que más participantes concentró fue el de 80 años y más con el 35,4% del total. La mayoría de los casos ingresó al efector por la guardia y el diagnóstico de ingreso más frecuente fue la neumonía.

El 76,8% de todos los casos tenía primario completo o incompleto, valor casi 7 puntos porcentuales por encima del registrado a nivel provincial (70,8%) para los adultos mayores de 64 años y más, con el mismo nivel de instrucción (INDEC; 2010).

En cuanto al tiempo de institucionalización de la población de estudio, el 51,2% tenía de 1 a 3 días de permanencia en el efector, y el 48,8% tenía un tiempo de 4 días o más, registrándose incluso un caso con un máximo de 24 días de hospitalización.

Según el análisis de CV, el promedio de la población tuvo un nivel de CV medio.

Al analizar los ICV se observó que casi el 38,0% del total de los adultos mayores presentaba un nivel de CV alto, seguido de un 35,4% de adultos con un nivel de CV medio, y un 26,8% con un nivel de CV bajo.

Resultados interesantes se obtuvieron al analizarse los niveles de CV según sexo. Si bien, en promedio, tanto mujeres como varones tuvieron un nivel de CV

medio, mientras que la mayor proporción de mujeres tenía un nivel de calidad de vida medio (40,5%), la mayor proporción de varones tenía un nivel de CV alto (45,0%), lo cual se reflejó en un ICV superior en varones que en mujeres (aunque sin diferencia significativa).

La literatura consultada sobre CV de adultos mayores institucionalizados, muestra resultados distintos respecto de estas variables. Si bien no es posible hacer una comparación estadística directa de los hallazgos debido al tipo de muestreo realizado en este estudio en particular y a las diferencias metodológicas en general, es interesante poder contrastar los resultados en sus semejanzas y diferencias.

En la investigación desarrollada por (Celeiro, T., y col. 2019), en la que abordaron la percepción de CV en 40 adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá, Provincia de Entre Ríos (Argentina), a través de la Escala WHOQOL-BREF, las mujeres institucionalizadas registraron un valor promedio de CV superior con respecto al de los varones institucionalizados, aunque dicha diferencia no fue significativa. Mientras que, en el estudio realizado por (Barón Carrillo, N., 2018), en el cual determinó el perfil de CV de 133 adultos mayores residentes un Hospital Geriátrico del municipio de Santiago de Cali (Colombia) mediante el uso de la Escala FUMAT, devolvió un ICV mayor en varones que en mujeres. Resultados similares, en los que los varones presentaron un mayor nivel de CV que las mujeres, obtuvo (Soria-Romero, Z, y col. 2017) en un análisis en el que aborda la relación existente entre las condiciones sociodemográficas, económicas y de salud con la calidad de vida de los adultos mayores que participaron en la Encuesta sobre Envejecimiento Demográfico en el Estado de México.

Respecto de los grupos etarios estudiados, si bien todos clasificaron con un nivel de CV medio, el grupo de 80 años y más fue el que presentó un ICV significativamente menor ICV respecto de los demás grupos. Estos resultados se encuentran en línea con los hallados por otras investigaciones realizadas en población de adultos mayores de distintos países, como la realizada por (Herrera Cela, CB., y col. 2016), donde se encontró una asociación positiva y significativa

entre la menor CV y la edad en adultos mayores de Ecuador; y el estudio de (Maldonado Guzmán, G., y col. 2009) realizado en México, con resultados similares.

Por otro lado, el grupo con nivel terciario/universitario (completo o incompleto) fue el único que clasificó con un nivel de CV alto, mientras que los niveles de instrucción menores tuvieron un nivel de CV medio. (Soria-Romero, Z., y col. 2017) obtuvieron resultados similares en la tendencia del nivel de CV según el nivel de instrucción, siendo mayor la CV de su población de adultos mayores de estudio cuanto mayor era el nivel de instrucción alcanzado. En este sentido, (Rodríguez-Fijóo, N.,2007) afirma que uno de los factores de mayor significancia en la calidad de vida del adulto mayor es la escolaridad y sostiene que su grado de satisfacción es mejor con el apoyo social percibido y con el uso del tiempo libre. En otra investigación se menciona que los ancianos con menor escolaridad e ingreso presentan más dificultades de acceso a oportunidades de ocio, lo que influye en su bienestar (Dos Santos, M.,2013)

Respecto de CV y tiempo de institucionalización, se observó que la CV de los pacientes disminuye con los días de hospitalización, llegando a ser un nivel bajo en aquellos pacientes que tuvieron más de 7 días de permanencia en el efector. De hecho, se encontró que la chance de tener un nivel de CV bajo es 13,1 veces mayor en aquellos casos en los que la estancia hospitalaria es igual o mayor a los 7 días respecto de aquellos casos en los que es menor a los 4 días. (Leturia Arrazola, FJ.,1999) postula que, independientemente de cómo perciben o vivencian la residencia o permanencia gerontológica los adultos mayores, sí hay evidencia de que la institucionalización genera un efecto de dependencia en la persona, que resulta en una disminución de su capacidad de autodeterminación, de control sobre su vida y sus comportamientos. La literatura menciona además que ya en los dos primeros días de hospitalización existe una caída de la capacidad funcional que se suma a la vulnerabilidad propia del grupo poblacional en cuestión, y que puede afectar el bienestar del paciente (Creditor, CM.,1993).

## **8.2. Dimensiones y perfil de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados**

Tras el análisis del perfil de CV, se reconocieron las dimensiones más fortalecidas y las más debilitadas de la población estudiada.

Respecto de las dimensiones más fortalecidas, el Desarrollo Personal y la Autodeterminación resultaron ser las que mejores puntuaciones estándares tuvieron en la Escala FUMAT. Por debajo de dichas puntuaciones, pero aun por encima de la media, se encontraron las dimensiones de Bienestar Emocional y Bienestar Físico. Le siguieron, en el percentil 50, las dimensiones de las Relaciones Interpersonales, Inclusión Social y Derechos. La dimensión de Bienestar Material fue la de peor puntuación, por debajo de la media.

Los resultados encontrados en este estudio son similares a los hallados en otros estudios respecto de la dimensión de menor puntaje, pero no así respecto de las dimensiones de mejor puntaje.

Mientras que en esta investigación las Relaciones Interpersonales, la Inclusión Social y los Derechos tuvieron una Puntuación Estándar de 10, con la mitad de la población por debajo de dicha puntuación para las mencionadas dimensiones; existen investigaciones que, aplicando tanto la Escala FUMAT (Rodríguez Flórez, E., 2018); (Barón Carrillo, N., 2018) como otras escalas (Celeiro,T., 2019), han destacado las relaciones interpersonales, las relaciones sociales y la inclusión social como las de mejor puntaje en población adulta institucionalizada.

Respecto de estas dimensiones, y en miras de pensar en estrategias y abordajes que las mejoren, más del 50% de los adultos mayores manifestaron tener dificultad para participar en la comunidad y relacionarse con otros, y también para encontrar apoyo en el servicio; y más del 40,0% manifestó nunca, casi nunca o algunas veces tener buena relación con los profesionales del servicio.

La permanencia en un entorno de institucionalización u hospitalización implica relaciones sociales diarias, muchas de las cuales no son elegidas, sino que vienen dadas; así, aunque la cantidad de dichas relaciones pueda ser elevada, su calidad no tiene por qué serlo. Es decir, que en este estudio las respuestas no hayan tenido buenas puntuaciones en lo que respecta a los aspectos relacionales y sociales, podría estar hablándonos no sólo de la cantidad de vínculos, sino de su calidad. Tanto la inclusión social, dada por los vínculos sociales, del grupo familiar, de amigos, de vecinos, etc., como las relaciones interpersonales, son dimensiones determinantes en la CV del adulto mayor, que favorecen al aumento del bienestar, y le permite integrarse y crear nuevas redes de apoyo, tan importantes en esta etapa (Fernández Larrea, N., 2000).

Además, el desarrollo personal, la inclusión social, las relaciones interpersonales y la autodeterminación no son módulos aislados de un mismo sistema, sino que pueden funcionar sinérgicamente. Las creencias de las personas en su autoeficacia o independencia se pueden aumentar no sólo mediante experiencias de dominio y competencia, sino también observando modelos, al ver a otras personas parecidas a uno realizar con éxito la tarea mediante un esfuerzo mantenido (Baltes, M., 1996). Es decir, el apoyo y la integración social podrían promover aún más la autoeficacia y autodeterminación. Estas dimensiones son además factores claves dentro del concepto de bienestar y de envejecimiento óptimo y, por tanto, de la CV, siendo también facilitadores de las conductas de promoción de la salud, y actuando como variables moderadoras frente a los posibles cambios negativos en el estado de salud, físico y mental del sujeto.

Entre los resultados más importantes para la dimensión de Derechos, el 90% de los encuestados manifestó que siempre o frecuentemente se respetan sus derechos, pero más del 50% refirió nunca o casi nunca disfrutar de sus derechos legales y, además, tener dificultad para defenderlo.

Por otro lado, el hecho de que las dimensiones de Bienestar Físico y Bienestar Emocional hayan estado por encima de la media no es un dato menor. La apreciación y vivencia que una persona posee sobre su estado de salud física

y psíquica, su funcionalidad, capacidades y limitaciones físicas, influye significativamente en el bienestar de los adultos mayores, siendo los déficits de salud, en su mayoría, uno de los principales problemas a la hora de determinar la CV (González Celis, R., 2010).

El resultado coincidente entre éste y citados estudios (Barón Carrillo, N., 2018); (Rodríguez Flórez, E., 2018) fue el de haber encontrado la dimensión de Bienestar Material como la más debilitada; la cual, en este caso, no tuvo que ver con la falta de comodidad o con la existencia de barreras arquitectónicas, sino con la insatisfacción para con la jubilación y/o el salario.

No obstante, el nuevo esquema de movilidad que cobró vigencia a partir del año 2021, en una modalidad análoga a la vigente entre los años 2009 y 2017, los ingresos de jubilados y pensionados en Argentina – medidos en términos reales- continuaron mostrando la tendencia decreciente de los años anteriores (Chávez Molina, E., 2022). De hecho, un indicador que refleja la situación socioeconómica de los adultos mayores es el crecimiento de la pobreza entre las personas de 65 años o más. Por ejemplo, entre el primer semestre de 2017 y el primer semestre de 2021, ésta aumentó de 6,4% a 13,8% en este grupo, un 115% (Chávez Molina, E., 2022). Al primer semestre del 2024, había aumentado a un 29,7%, según informes de la Dirección de Encuesta Permanente de Hogares del INDEC. Esto sin mencionar la problemática de la creciente informalidad laboral a que también está signada este derrotero.

### **8.3. Vulnerabilidad social de los adultos mayores**

Los resultados obtenidos tras el análisis de las variables y dimensiones seleccionadas permitieron visibilizar las principales condiciones y/o situaciones de vulnerabilidad atravesadas por la población de adultos mayores en estudio. Las mismas estuvieron asociadas a la edad, registrándose el ICV más bajo en las personas más añosas; el tiempo de institucionalización, para el cual el nivel de CV se comportó de manera inversamente proporcional; la dimensión de Bienestar Material, marcada principalmente por la condición económica; y, en

menor medida, pero no menos importante, las dimensiones de las Relaciones Interpersonales, de la Inclusión Social y de los Derechos.

Los adultos mayores de la población de estudio se encontraban claramente en situación de vulnerabilidad social: la falta de apoyo de redes socio-familiares, las dificultades para relacionarse con otros, la exclusión comunitaria y la carencia de recursos económicos, disminuyen su nivel de calidad de vida y potencian la situación de vulnerabilidad dentro del contexto social sobre el cual se encuentra posicionado este grupo.

Queda en evidencia aquí, la necesidad de crear sociedades inclusivas, para todas las edades, readecuando los sistemas y las políticas públicas a la necesidad indiscutible de fomentar la autonomía, revalorizar cada etapa del ciclo vital, fomentar la participación en las decisiones sociales y familiares, promover la participación e inclusión comunitaria. El reto también está para los gobiernos y las instituciones, que deben adoptar abordajes conducentes a atender las necesidades de este grupo poblacional con soluciones institucionales, sociales, económicas, políticas y culturales que den respuesta a la particularidad y complejidad de cada situación. En línea con ello, es fundamental que las políticas públicas evolucionen y se adapten a la realidad demográfica a la que deben dar respuesta, lo que implica ampliar las oportunidades de trabajo decente para los jóvenes y conciliar la demanda por protección de ingresos frente a los riesgos de la vejez (Naciones Unidas, 2007).

Por otro lado, es innegable que el alcance de las oportunidades de una mayor y mejor longevidad depende, en gran medida, de un factor clave: la salud. El envejecimiento de la población exige, por consiguiente, una respuesta integral de salud pública. Es necesario que las políticas públicas apunten a revertir, o al menos mitigar, aquellos factores que tornan a la población vulnerable, abarcando aspectos como: mejorar el acceso a los servicios de salud, fortalecer la atención primaria de salud, elaborar políticas públicas inclusivas, generar lazos con las organizaciones de la sociedad civil, fomentar redes de apoyo social, incorporar las recomendaciones de organismos internacionales, generar un enfoque

intercultural en los centros de atención primaria, implementar políticas intersectoriales, capacitar profesionales de la salud en gerontología, promover el uso preventivo de los servicios médicos desde edades tempranas (Salgado de Snyder, VN.,2007).

Trabajar en todos los niveles con políticas de inclusión social, planificación y articulación con otros organismos es clave para que los mayores alcancen niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social; sobre la base de que la buena calidad de vida y los procesos que la aseguren, constituyen un derecho de todas las personas, en todas las etapas de la vida (OPS, 2021).

---

## 9. Conclusiones finales

- Se ha logrado cumplir con todos los objetivos propuestos en el estudio. La población de adultos mayores hospitalizados en el SAMCo de San Jorge durante el primer semestre de 2024 tuvo un nivel de CV medio; y mostró diferencias entre los niveles y dimensiones de CV, según determinadas variables sociodemográficas y de hospitalización.
  - Mientras que el Desarrollo Personal y la Autodeterminación resultaron ser las dimensiones con mejores puntuaciones estándares, la dimensión de Bienestar Material, asociada principalmente a la insatisfacción con la jubilación, situación laboral actual y/o salario, fue la más debilitada en la población de estudio.
  - A diferencia de los hallazgos de otros estudios, las Relaciones Interpersonales, la Inclusión Social y los Derechos tuvieron una Puntuación Estándar de 10 y un P50, con la mitad de la población por debajo de dicha puntuación para las mencionadas dimensiones.
  - Además de las dimensiones de CV con peores puntuaciones, la edad y el tiempo de institucionalización constituyeron factores que pueden aumentar la vulnerabilidad social de este grupo poblacional.
-

## 10. Limitaciones y perspectivas

La principal limitación de este estudio refiere al tipo de muestreo (no probabilístico por cuotas), el cual dificulta una comparación estricta de los hallazgos de este estudio con los de otros estudios; sobre todo, al ser diferentes la composición de las poblaciones de adultos mayores, las escalas de medición de CV utilizadas, las medidas de resultado, los tiempos y entornos de evaluación. Sin embargo, el muestreo por cuotas es el método no probabilístico que más similitudes tiene con los métodos probabilísticos y, si se realiza correctamente, puede lograr una representación efectiva de la población objetivo.

Por otro lado, los resultados obtenidos pueden sí resultar de gran utilidad para los adultos mayores hospitalizados en el SAMCo de San Jorge, ya que permiten reconocer elementos necesarios para orientar propuestas tanto en la práctica hospitalaria diaria como en las políticas institucionales, que contribuyan a mejorar su CV, no sólo a partir de las experiencias en el efector, sino y en particular en la comunidad, funcionando el efector como un actor clave en esa integración. Este estudio se desarrolló sobre la convicción de que abordar el envejecimiento desde el enfoque de la CV, no sólo permitiría abrir una ventana al optimismo y a la confianza en las posibilidades de adaptación y de mejora constante del ser humano, sino también reconocer y potenciar aquellos recursos personales e interpersonales que protegen el desarrollo de las personas y su capacidad constructiva en esta etapa de la vida.

En línea con ello, las perspectivas futuras pensadas a partir de este estudio, están dirigidas a la investigación, por un lado, y a la práctica por otro lado.

A la investigación, porque varios de los resultados obtenidos y discutidos sientan las bases para posibles líneas de investigación futuras que podrían analizar la asociación entre diferentes variables de contexto y la CV de este grupo poblacional.

Las perspectivas en términos de práctica podrían apuntar a la evaluación de la CV como una herramienta de rutina para lograr identificar las brechas existentes entre las actuales ofertas de servicios de las instituciones de salud y cuidado, y hacia el interior de cada una. Conocer el ICV de este grupo

poblacional puede resultar de utilidad para reorientar la prestación de servicios acorde a las necesidades puntuales de este grupo poblacional, y para crear un plan de intervención y mejora con mayores garantías de éxito, desde un enfoque multidisciplinario.

---

## 11. Referencias bibliográficas

- Arango, D.C. y Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XII: oportunidades, retos preocupaciones. *Salud Uninorte, Universidad del Norte Barranquilla, Colombia*, 28 (2), 335-348.
- Ardila, R. (2003) (núm. 2 de vol. 35). Calidad de vida: una definición integrada. *Revista Latinoamericana de Psicología*, págs. 161,164.
- Ballesteros, M. (2014). Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos secundarios. *Revista n° 41*, págs. 102-144.
- Baltes, M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Bárcena, A. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Perspectiva regional y derechos humanos*. Santiago: CEPAL.
- Barón Carrillo, N. (2018). *Evaluación de la calidad de vida del adulto mayor, residente en un Hospital Geriátrico en el Municipio de Santiago de Cali durante el año 2017*. Universidad del Valle - Facultad de Salud - Escuela de Salud Pública.
- Bisang, R. y O. - Cetrángolo, F. (1997). Descentralización de los servicios de salud en Argentina. *Revista Serie Reformas de Política Pública N.º 47*, 226.
- Borthwick-Duffy, S. (1992). Calidad de vida y calidad de atención en el retraso mental. *Retraso mental en el año 2000. Trastornos del aprendizaje, la conducta y la comunicación humana*. (págs. 52-66). Springer, Nueva York, NY.: Rowitz, L. (eds.) [https://doi.org/10.1007/978-1-4613-9115-9\\_4](https://doi.org/10.1007/978-1-4613-9115-9_4).
- Brizuela Bordón, M. (2009). Población vulnerable y desarrollo: el rostro del adulto mayor en el Paraguay. *Revista Población y Desarrollo N.º 38*, 65-85.
- Calman, K. C. (1987). Ravens Press de New York. Definitions and dimensions of quality of life. *The Quality-of-life cancer patients*. N.Y. Aaronson & Beckman (Eds.), págs. 1,9.

- Caro, E. (2003). La vulnerabilidad social como enfoque de análisis de la política de asistencia social para la población adulta mayor en México. *Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión social* (págs. 14,18). Santiago de Chile: 51 Congreso Internacional de Americanistas.
- Celeiro, T. - Galizzi, M. P. (2019). *Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá*. Paraná: Facultad Teresa de Ávila.
- CEPAL - ECLAC. (2002). Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Brasilia, Brasil.
- CEPAL. (2004). *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Obtenido de Naciones Unidas: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/2786-estrategia-regional-implementación-América-latina-caribe-plan-acción>
- CEPAL. (2019). *América Latina y el Caribe alcanzará sus niveles máximos de población hacia 2058*. Obtenido de Naciones Unidas: <https://www.cepal.org/es/comunicados/america-latina-caribe-alcanzara-sus-niveles-maximos-poblacion-2058>
- CEPAL. (2023). *Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe*. Obtenido de Naciones Unidas: <https://www.cepal.org/es/enfoques/panorama-envejecimiento-tendencias-demograficas-america-latina-caribe>
- CESCR. (1995). *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Obtenido de Naciones Unidas Derechos Humanos: <https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/cescr>
- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires N.º 13*, 145-183.
- Chávez Molina, E. (2022). Tendencias recientes y crecientes en la estructura social latinoamericana. *Revista de estudios regionales y mercado de trabajo*,

[https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.14759/pr.14759.pdf](https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.14759/pr.14759.pdf).

- Cortés Recabal, Juana Elena; Flores Leone, Pablo E.; Gómez Muñoz, Carolina A.; Reyes Escalona, Katherine S. y Romero Díaz, Lillian A. (2012). La resiliencia y su relación con los estilos de vida de los adultos mayores autovalentes. *Ciencia y enfermería*, 18 (3), 73-81 <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300008>.
- Cruz Carpena, M, R (2015) Papel de la resiliencia de las personas mayores institucionalizadas. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/1074>
- Cummins, R. (2000). *Calidad de vida objetiva y subjetiva: un modelo interactivo*. Obtenido de Social Indicators Research 2, 55–72: <https://doi.org/10.1023/A:1007027822521>
- Creditor M. C. (1993). Hazards of hospitalization of the elderly. *Annals of internal medicine*. Obtenido de Hazards of hospitalization of the elderly.
- Dos Santos, Mara, Darlene et al. (2013). Características sociodemográficas y calidad de vida de ancianos con hipertensión arterial sistémica que viven en la zona rural: importancia del papel del enfermero. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, pág. 21(12).
- Felce, D. &. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, 16(1), 51–74. [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8).
- Fernández Larrea, Niuris, Clúa Calderín, Ana Margarita, Báez Dueñas, Rosa María, Ramírez Rodríguez, Milvia, & Prieto Díaz, Vicente. (2000). Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(1), 6-12. Recuperado en 20 de marzo de 2025, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252000000100002&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000100002&lng=es&tlng=es).
- Ferrans C., E. (1990). *Quality of life: conceptual issues*. Obtenido de *eminars in oncology nursing*, 6(4), 248–254.: [https://doi.org/10.1016/0749-2081\(90\)90026-2](https://doi.org/10.1016/0749-2081(90)90026-2)

- Florito, J. (2018). El cuidado de adultos mayores. En J. y. Florito, *Las políticas de cuidado en Argentina. Avances y desafíos*. (págs. 39-73). Argentina: Unicef.
- Gómez, L.E, Verdugo A, Arias, B. Navas (2008) Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala Fumat; <https://scielo.isciii.es/pdf/inter/v17n2/v17n2a07.pdf>
- González-Celis, R. (2010). Calidad de vida en el adulto mayor. *LM Gutiérrez-Robledo, & JH Gutiérrez-Ávila (Eds.)*. Envejecimiento Humano. Una Visión Transdisciplinaria (págs. 365-378).
- Guevara-Peña, N. L. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Unilibre Cali, 12(1)*, 138-151. Recuperadode <http://www.scielo.org.co/pdf/entra/v12n1/v12n1a10.pdf>.
- Haas, B. (1999). *Clarification and integration of similar quality of life concepts*. Obtention de Image--the journal of nursing scholarship, 31 3, 215-20
- Herrera Cela, C. B., & Mora Santacruz, J. H. (2018). *Percepción de calidad de vida mediante el cuestionario Whoqol - Old (World Health Organization Quality of Life - Old) en adultos mayores que asisten a la consulta externa del hospital de atención integral del adulto mayor de Quito: Perception of quality o*. Obtenido de La U Investiga, 5(1), 41–59.: Recuperado a partir de <https://revistasojs.utn.edu.ec/index.php/lauinvestiga/article/view/374>
- Hornquist, J. (1982). The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine. 10*, 57-61.
- Huenchuan, S. y Rodriguez Piñero, L. (2010). *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*. CEPAL.
- González- González, C., (2013), Los determinantes: los cambios demográficos, en Envejecimiento y Salud. Una propuesta para el plan de acción, México.
- Huppert, F. A. (2003). *Evidence for the independence of positive and negative well-being: implications for quality of life assessment*. Obtention de British journal of health psychology, 8(Pt 1), 107–122.: <https://doi.org/10.1348/135910703762879246>

- INDEC.IPEC. (2010). *CENSO NACIONAL*. Obtenido de INDEC.GOB:  
Recuperado de <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>
- INDEC (2012). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores. Argentina. Recuperado en <http://www.algec.org/biblioteca/ENCAVIAM%20-2012.pdf>
- Lawton M, P. (1999). *Quality of life in chronic illness*. Obtenido de *Gerontology*, 45(4), 181–183.: <https://doi.org/10.1159/000022083>
- Leturia Arrázola, F. J. (1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 34(2), 105-112. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatriagerontologia-124-articulo-el-proceso-adaptacion-centros-residenciales-13011672>
- Loredo-Figueroa, M.T. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enferm. univ [online].*, vol.13, n.3,159-165. ISSN 2395-8421. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>.
- Maldonado Guzmán, Gabriela & Mendiola Infante, Susana Virginia. (2009). *Autopercepción De La Calidad De Vida En Adultos Mayores*. Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.pdf>.
- Martin, A. J., & Stockler, M. (1998). Quality-of-life assessment in health care research and practice. *Evaluation & the health professions*, 21(2), 141–156. <https://doi.org/10.1177/016327879802100202>.
- Massa, F. (2018). La estrategia de Gran Bretaña y otros países para vencer la epidemia de la soledad. *La Nación*, págs. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/la-estrategia-de-gran-bretana-y-otros-paises-para-vencer-la-epidemia-de-la-soledad-nid2150308/>.
- Moreno Jiménez, B.; Ximénez Gómez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En M. J. otros, *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (págs. 1045-1070).
- OMS. (2017). *Aumenta el maltrato a las personas de edad: según la OMS, afecta a uno de cada seis ancianos*. Obtenido de Organización Mundial de la

- Salud: <https://www.who.int/es/news/item/14-06-2017-abuse-of-older-people-on-the-rise-1-in-6-affected>
- OMS. (2018). *Envejecimiento y salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Contribución de la OMS a la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
- ONU (2019). Organización de las Naciones Unidas Noticias. Es inaceptable segregar a una persona mayor por tener una discapacidad. Recuperado de <https://news.un.org/es/story/2019/11/1464931>.
- OPS (2021). *Década del Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-2030)*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>
- Perona N., Crucella C., Rocchi G., Robin, S (2001). *Vulnerabilidad y Exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares*. Kairos 8(8).
- Pizarro Hofer, R. (febrero de 2001). *Naciones Unidas*. Obtenido de La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/3facc730-98f5-4112-9ef5-9d4892cefd74/content>
- Quality-of-life assessment in health care research and practice*. (1998). Obtention de Evaluation & the health professions, 21(2), 141–156.: <https://doi.org/10.1177/016327879802100202>
- Regazzoni, C. (2010). La Argentina y el envejecimiento poblacional. *CAEI - Centro Argentino de Estudios Internacionales*, 1-29 [https://www.files.ethz.ch/isn/145511/ES\\_02\\_Science%20&%20tech.pdf](https://www.files.ethz.ch/isn/145511/ES_02_Science%20&%20tech.pdf).
- Rodríguez Flórez, E y Rodríguez Medina, A. (2018). *Evaluación de la calidad de vida de las personas mayores de 60 años institucionalizadas en un centro de bienestar el adulto mayor de la ciudad de Bucaramanga en el año 2018*. Bucaramanga: Universidad Cooperativa de Colombia.

- Rodríguez-Fijóo, N. (2007). Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos” en *Psicología y Psicopedagogía*, VI (17).
- Rovere M. (2004) La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. Publicado en la revista electrónica. La Esquina del Sur. Recuperado de <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2013/09/la-salud-en-la-argentina-alianzas-y-conflictos-en-la-construccic3b3n-de-un-sistema-injusto.pdf>
- Rovere, M. (2016). El sistema de salud de la Argentina como campo: tensiones, estrategias y opacidades. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, artículos centrales*, N.º 12, 23-41.
- Salgado-de Snyder, V. N. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*, 49(Supl. 4), s515-s521. Recuperado en 21 de marzo de 2025, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid.OPS/OMS](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid.OPS/OMS)
- OPS/OMS (2021). COVID-19 Regional Reports and Updates [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54807/COVID-19SitRep56\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.X](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54807/COVID-19SitRep56_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.X)
- Salvarezza, L. (1998). *La vejez una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez-González Diego y Egea-Jiménez Carmen (2011) Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales: Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Revista Papeles de población*, N.º 17, 151185. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252011000300006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000300006&lng=es&tlng=es)
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2002/2003). *The concept of quality of life in human services: a handbook for human service practitioners*. Washington D.C.: American Association on Mental Retardation. [Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, de la salud y de los servicios sociales. Madrid: Alianza.

- Shen, S. & Lai, Y-. (1998). Optimally scaled quality-of-life indicators. *Social Indicators Research*. 44, 225-254.
- Soria-Romero Z., Montoya-Arce BJ. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de población (CIEAP/UAEM)*, 93, 59-93. <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2017.93.02>
- Tisnés, A., & Salazar-Acosta, L. M. (2016). Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social. *Papeles de Población*, 22(88), 209–236.
- Urzúa M, Alfonso, & Caqueo-Urizar, Alejandra. (2012). *Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto*. Obtenido de *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Verdugo Alonso MA, Gómez Sánchez LE, Arias Martínez B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La escala FUMAT*. Salamanca: Publicaciones del INICO.
- Villa, M. (2001). *Vulnerabilidad social: notas preliminares. Trabajo presentado al Seminario Internacional sobre las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe*. Chile.: CEPAL/CELADE.
- World Health Organization GROUP, -W. (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQoL). *Position Paper from the World Health Organization. Soc Sci Med.*; 41: 1403---9.
- Wrosch, C., & Scheier, M. (2003). Personality and quality of life: the importance of optimism and goal adjustment.. *Quality of life Research*, 12, 59 – 72.

### 11.1. Normativas, leyes, decretos

- *Constitución De La Organización Mundial De La Salud: celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>*
- *Ley 27.360, Aprobación de la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2017)*
- *LEY N.2669. Rio Gallegos, 27 de noviembre de 2003, Boletín Oficial, 13 de Enero de 2004. Vigente, de alcance general. Promoción y protección integral de los adultos mayores.*
- *Consejo Municipal De Rafaela (2017) Digesto Municipal. Ética Pública y Transparencia. Reglamento sobre Habilitación Y Funcionamiento de Geriátricos. Tomo 3. Registrada Bajo El N° 4.903.*
- *Resolución 753 / 2007. Ministerio De Salud (2021). Programa nacional de envejecimiento activo y salud para los adultos mayores - Recuperada de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-753-2007-129728>*
- *Resolución 1714 / 2012. Ministerio De Salud (2021). Comisión nacional asesora del programa nacional de envejecimiento activo y salud para los mayores (PRONEAS). Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1714-2012-203771>*
- *Decreto 3691-2012. Poder Ejecutivo Santa Fe (2012). Recuperado de <https://www.santafe.gob.ar/boletinoficial/resumendia.php?pdia=fecha&dia=2012-12-19>.*

- Ley 26529. Senado de la Nación Argentina (2009) de Derechos del Paciente, historia clínica y consentimiento informado. Recuperado de [https://www.uba.ar/archivos\\_secyt/image/Ley%2026529.pdf](https://www.uba.ar/archivos_secyt/image/Ley%2026529.pdf). Pag visitada abril 2021
- Ley 26.682. Senado de la Nación Argentina (2011) Marco Regulatorio de Medicina Prepaga. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/180000184999/182180/norma.htm>. pág. visitada julio 2022
- Ley Nacional 26.657. de Salud Mental; Senado de la Nación Argentina (2010). Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/salud-mental>. (pág. Visitada agosto 2021)
- Ley Provincial 9847/1985 Habilitación de Establecimientos Asistenciales Privados sin internación por el Colegio de Médicos. Senado de la provincia de Santa Fe (2021) Recuperada de <http://www.santafe.gov.ar/index.php/content/view/full/104881/>. Pag visitada julio 2021
- Ley 26742. “Muerte digna” en Argentina. Senado de la Nación Argentina (2021); Recuperada de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26742-197859>. Pag visitada julio,2021
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas (1948) documento adoptado por la en su Resolución 217 A (III). Paris. Recuperado de [https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR\\_booklet\\_SP\\_web.pdf](https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf) pág. visitada 10.10.21
- Ley N.ª 24. 430. Constitución De La Nación Argentina. (1853) con las reformas de los años 1860, 1866, 1898, 1957 y 1994. Recuperado: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/04999/804/norma.htm>.

- *Senado de la Nación Argentina (1971) Ley 19.032 Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16081/norma.htm>. pág. visitada julio 2021*
- Portal Oficial del Estado Argentino (POEA). Normativa Ley 19032/1971. Consultado en dic. 2023. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-19032-16081/normas-modifican>

## 12. Anexos

### 12.1 Anexo I: Cuestionario de la Escala FUMAT

#### ESCALA FUMAT PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR INSTITUCIONALIZADA

##### INFORMACIÓN PARA EL ENCUESTADOR

- El siguiente cuestionario, se realizará a personas de 65 años y más, institucionalizadas en el SAMCo de la ciudad de San Jorge, provincia de Santa Fe, con el objetivo de conocer su nivel y perfil de calidad.
- Por favor, realice las preguntas a cada encuestado de forma clara y amable. Si es necesario, repítala. Bríndele el tiempo que sea necesario para que piense la respuesta y la exprese. Marque cada respuesta seleccionada por el encuestado realizando un círculo alrededor del número asociado a dicha respuesta.

Nombre y apellido del encuestador: \_\_\_\_\_

##### DATOS PERSONALES Y DE HOSPITALIZACIÓN DEL ENCUESTADO

- a. Nombre y apellido: \_\_\_\_\_
- b. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_
- c. DNI: \_\_\_\_\_

a. Sexo	Femenino	a 1
	Masculino	a 2
b. Edad	Años	
c. Nivel Educativo	Sin instrucción	c 1
	Primario Incompleto	c 2
	Primario Completo	c 3
	Secundario Incompleto	c 4
	Secundario Completo	c 5
	Terciario/Universitario Incompleto	c 6
	Terciario/Universitario Completo	c 7
d. Motivo/diagnóstico de internación	[nombre del diagnóstico – CIE10]	
e. Vía de ingreso al efector	Servicio de Emergencias	e1
	Guardia	e2
	Derivación	e3
	Otro	e4
f. Tiempo de Institucionalización/ internación	Días (en número)	

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
1	En general, se muestra satisfecho con su vida presente	4	3	2	1
2	Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3	Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
4	Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
5	Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
7	Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
8	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
10	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude	4	3	2	1
11	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
12	Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
13	Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
14	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	4	3	2	1
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

<b>BIENESTAR MATERIAL</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
15	El lugar donde vive es confortable	4	3	2	1
16	Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	1	2	3	4
17	Se queja de su salario (o pensión)	1	2	3	4
18	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
19	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
20	Dispone de las cosas materiales que necesita	4	3	2	1
21	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

Fuente: Verdugo Alonso y col. (2009).

<b>DESARROLLO PERSONAL</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
22	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.)	4	3	2	1
23	Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	1	2	3	4
24	Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
25	En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	4	3	2	1
26	Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	1	2	3	4
27	Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
28	Es responsable de la toma de su medicación	4	3	2	1
29	Muestra escasa flexibilidad mental	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

<b>BIENESTAR FÍSICO</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
30	Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31	Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32	Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	1	2	3	4
33	Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
35	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

<b>AUTODETERMINACIÓN</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
36	Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
37	Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	1	2	3	4
38	Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
39	Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	1
40	Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
41	Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

Fuente: Verdugo Alonso y col. (2009).

<b>INCLUSIÓN SOCIAL</b>		<b>Siempre o Casi siempre</b>	<b>Frecuente mente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o Casi Nunca</b>
44	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	4	3	2	1
45	Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
46	En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita	1	2	3	3
47	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
48	Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	1	2	3	4
49	Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
50	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	4	3	2	1
51	Su red de apoyos no satisface sus necesidades	1	2	3	4
52	Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

<b>DERECHOS</b>		<b>Siempre o Casi siempre</b>	<b>Frecuente mente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o Casi Nunca</b>
53	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
54	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
55	Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
56	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
57	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

*Fuente:* Verdugo Alonso y col. (2009).

## RESUMEN

Escala de Calidad de Vida Fumat			
1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones 2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles 3. Introducir el Índice de Calidad de Vida			
Dimensiones de calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar Emocional			
Relaciones Interpersonales			
Bienestar Material			
Desarrollo Personal			
Bienestar Físico			
Autodeterminación			
Inclusión Social			
Derechos			
Puntuación Estándar TOTAL (suma)			
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b> (Puntuación estándar compuesta)			
Percentil del Índice de Calidad de Vida			

Perfil de Calidad de Vida										
Rodea la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de Vida. Después una los círculos de las dimensiones con una línea para obtener el perfil										
Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20		99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	>122	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-122	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	115-117	85
80									112-114	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									107-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	105-106	65
60									103-104	60
55									102	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	99-101	50
45									98	45
40									95-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	90-91	25
20									87-89	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	83-86	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	78-82	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	71-77	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<71	1

Fuente: Verdugo Alonso y col. (2009).

## 12.1. Anexo II: Tabla de Baremos

Puntuaciones directas									
Puntuación estándar	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DE	Percentil
20									>99
19									>99
18									>99
17									99
16									98
15				32		31-32	36		95
14	32			30-31	24	29-30	34-35	20	91
13	30-31	23-24		27-29	22-23	26-28	31-33	18-19	84
12	27-29	21-22	28	25-26	21	23-25	29-30	17	75
11	25-26	20	27	22-24	19-20	21-22	26-28	15-16	63
10	23-24	18-19	25-26	20-21	18	18-20	24-25	13-14	50
9	21-22	16-17	24	17-19	16-17	16-17	22-23	12	37
8	19-20	14-15	23	15-16	15	13-15	19-21	10-11	25
7	16-18	13	22	12-14	13-14	10-12	17-18	9	16
6	14-15	11-12	21	10-11	12	8-9	14-16	7-8	9
5	12-13	9-10	20	8-9	10-11		13	6	5
4	10-11	8	18-19		9		9-12	5	2
3	8-9	6-7	17		6-8				1
2			16						<1
1			7-15						<1

*Nota:* BE= Bienestar emocional; RI= Relaciones interpersonales; BM= Bienestar material; DP= Desarrollo personal; BF= Bienestar físico; AU= Autodeterminación; IS= Inclusión social; DE= Derechos.

Fuente: Verdugo Alonso y col. (2009).

## 12.2. Anexo III: Tabla de Índice de Calidad de Vida

**Tabla para obtener el Índice de Calidad de Vida y el percentil del Índice de Calidad de Vida**

Total (suma de las PE)	Índice CV	Percentil	Total (suma de las PE)	Índice CV	Percentil	Total (suma de las PE)	Índice CV	Percentil
109	123	94	83	102	56	57	82	11
108	122	93	82	102	54	56	81	10
107	122	92	81	101	52	55	80	9
106	121	92	80	100	50	54	79	8
105	120	91	79	99	48	53	78	8
104	119	90	78	98	46	52	78	7
103	118	89	77	98	44	51	77	6
102	118	88	76	97	42	50	76	6
101	117	87	75	96	40	49	75	5
100	116	86	74	95	37	48	74	4
99	115	84	73	94	35	47	74	4
98	114	83	72	94	34	46	73	4
97	114	82	71	93	32	45	72	3
96	113	80	70	92	30	44	71	3
95	112	79	69	91	28	43	71	2
94	111	77	68	90	26	42	70	2
93	110	76	67	90	24	41	69	2
92	110	74	66	89	23	40	68	2
91	109	72	65	88	21	39	67	1
90	108	70	64	87	20	38	67	1
89	107	68	63	86	18	37	66	1
88	106	66	62	86	17	36	65	1
87	106	65	61	85	16	35	64	1
86	105	63	60	84	14	34	63	1
85	104	60	59	83	13	33	63	1
84	103	58	58	82	12	32	62	1

Nota. PE = Puntuaciones estándar; ICV = Índice de Calidad de Vida

Fuente: Verdugo Alonso y col. (2009).

### 12.3. Anexo IV: Consentimiento Informado



UNR



**Universidad Nacional De Rosario Centro De Estudios**

**Interdisciplinarios**

**Maestría En Salud Pública**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO:**

Título del Proyecto: Vulnerabilidad social en adultos mayores institucionalizados en el SAMCo de la ciudad de San Jorge (Santa Fe)  
Investigador Principal: *Mosmann Margarita (DNI 23801964)*

Yo, \_\_\_\_\_  
 (Nombre y apellido)

Declaro que:

- He leído la hoja de información que me han facilitado.
- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.
- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:
  - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
  - Los beneficios e inconvenientes del proceso.
  - Que mi participación es voluntaria y altruista
  - El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.
  - Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.
  - Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

Consiento en la participación en el presente estudio :(marcar lo que corresponda)

SÍ

NO

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

Fecha .....

Firma.....

Nombre y firma del investigador

.....