

**DISCRIMINACIÓN HACIA LOS ADULTOS MAYORES EN LOS SERVICIOS DE
HOSPITALIZACIÓN**

Julieth Andrea Cárdenas Hoyos
Cristina Isabel Garza Tatis

**Maestría en Salud Pública
Universidad Santo Tomas
Bogotá
Mayo de 2019**

**DISCRIMINACIÓN HACIA LOS ADULTOS MAYORES EN LOS SERVICIOS DE
HOSPITALIZACIÓN**

Julieth Andrea Cárdenas Hoyos

Cristina Isabel Garza Tatis

Asesora:

Magnolia del Pilar Ballesteros

Maestría en Salud Pública

Universidad Santo Tomas

Bogotá

Mayo de 2019

Dedicado a Dios, a nuestros padres: Oveida Hoyos, Isabel Tatis y Omar Garza.

Por ser el viento debajo de nuestras alas...

En memoria a nuestros abuelos, Rebeca Tatis y Segundo Cárdenas.

Amalia Beltrán Cárdenas la alegría de un amor a ciegas.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por llenarnos de vida y sabiduría para llevar a feliz término este trabajo de investigación.

A nuestros padres, Oveida Hoyos, Isabel Cristina Tatis y Jesús Omar Garza, por creer en nosotras y darnos la oportunidad de cursar la maestría y ser nuestro apoyo en los momentos de dificultad.

A la doctora Magnolia Ballesteros, a la Doctora Deisy Arrubla, y al Doctor Saúl Franco, por creer en la transversalidad de la disciplina de la Salud Pública y darle la oportunidad a la Ciencia Política de aportar sus conocimientos. Gracias por sus valiosos e importantes aportes para nuestra formación como salubristas y permitir que nuestra investigación fuera un hecho.

A Alejandro Molina, quien con su prodigiosa inteligencia dio orden y estilo a este trabajo.

A los participantes y colaboradores de esta investigación, por sus valiosos aportes.

A todos... infinitas gracias...

RESUMEN

El aumento de la esperanza de vida ha provocado en los últimos años el crecimiento del grupo poblacional de adultos mayores en todo el mundo. Por encontrarse en la última etapa del ciclo de vida se presentan cambios significativos en la salud, los cuales requieren atención especial humana y de calidad, que promueva la garantía de sus derechos, debido a que, en ocasiones se presentan diversas situaciones de discriminación producto del prejuicio social que considera que el adulto mayor es inútil y que sus capacidades son nulas. Dicha situación evidencia limitaciones en el conocimiento para la atención óptima en la salud de una población que va en aumento, que merece respeto por su integridad.

Este estudio pretende mostrar los tipos de discriminación que experimentan los adultos mayores en los servicios de hospitalización, con el fin de promover la igualdad y el respeto en los servicios de salud. El presente proyecto de investigación se enmarca en un enfoque cualitativo, ya que busca respuesta al interrogante plasmado, bajo un paradigma fenomenológico desarrollado por análisis Fenomenológico Interpretativo (IPA), que permitió describir, interpretar y comprender a través de las narraciones de las personas la percepción que tienen respecto a las situaciones de discriminación.

Dentro de los resultados se pudo establecer las categorías de discriminación, discriminación por edad y tipos de discriminación, las cuales los participantes expresaron que dentro de esta se da la exclusión, el rechazo, abandono y la vulneración de los derechos de los adultos mayores por su condición de ser viejo, por la variable edad. A su vez emergieron las categorías de agencia, que la capacidad que tiene el adulto mayor de participar en su proceso de salud y el autocuidado.

en conclusión, se logró determinar los tipos de discriminación en los servicios de hospitalización y como esto repercuten en la vulneración de los derechos.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

CAPÍTULO 1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Pregunta problema	9
1.3 Justificación	9
1.4 Objetivos	11
1.4.1 General	11
1.4.2 Específicos	11
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE	12
2.1 Marco teórico	12
2.2 Revisión del estado del arte	17
CAPÍTULO 3. DISEÑO METODOLÓGICO	21
CAPÍTULO 4. ASPECTOS ÉTICOS	26
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS Y RESULTADOS	28
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES	46
REFERENCIAS	51
ANEXOS	57
Anexo 1	57
Anexo 2. Instrumento	60
Anexo 3. Consentimiento Informado	63
Anexo 4. Matriz: Profesionales de la salud y adulto mayor	65
Anexo 5. Cronograma de actividades	92

CAPÍTULO 1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

El aumento de la población de adultos mayores genera importantes cambios demográficos que repercuten de manera directa en el desarrollo social, económico, político y cultural de la dinámica social. Estos cambios plantean importantes retos en la elaboración y programación de políticas públicas y recursos orientados a suplir y cubrir las necesidades propias de los habitantes, especialmente en lo relacionado con el ámbito de la salud que es inherente al ser humano ⁽¹⁾. “En el presente, el 60% de personas mayores de 60 años habitan en países sub desarrollados y la expectativa poblacional para 2025 asciende a un 75%, de modo que tres de cada cuatro adultos mayores vivirán en estos países” ⁽¹⁾.

Por consiguiente, según la OMS “entre 2000 y 2050, la cantidad de los habitantes del mundo mayores de 60 años se aumentará, pasando del 11% al 22%. En cifras absolutas, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el lapso de medio siglo” ⁽²⁾. Estas variaciones demográficas se observan más en países de ingresos bajos y en desarrollo; por ejemplo, en Brasil, el aumento de la población ocurrió en menos de 25 años, respecto a Francia, donde transcurrieron 100 años para que los grupos de edades de 65 años en adelante se duplicaran pasando del 7% al 14% ⁽²⁾.

Estas transformaciones se deben al crecimiento de la expectativa de vida que se ha venido presentado desde el año 2000 gracias a los avances tecnológicos, científicos, médicos y a las políticas de prevención. El informe *World Health Statistics: Monitoring Health* indica que la esperanza de vida ha aumentado a nivel mundial de tal manera que en el 2015 esta era de 71,4 años, mientras que para el año 2000 fue de 66.5 años. ⁽³⁾.

En Colombia para el año 2013, la población de adultos mayores de 60 años era de 4.962.491 (10,53% del total de la población), de tal manera que entre 1985 y 2013

[...] la población de 60 años y más transitó de 2.143.109 a 3.815.453 en el 2005 y para el 2010 se calculó en 4.473.447 de personas mayores, con un ritmo de aumento del 3.18% promedio anual en ese ciclo. Para el 2015 se proyectó un crecimiento de la población en un 3.51% y del 3.76% para el 2020” ⁽⁴⁾.

En la proyección realizada por el DANE en 2018, los habitantes de mayores de 59 años se concentran en Bogotá con un total de 995.029, Antioquia con 818.096, Valle del Cauca con 609.176, Cundinamarca con 318.757 y Atlántico con 278.748 personas ⁽⁵⁾. El envejecimiento determinado como un importante índice de control demográfico de la población reflejó en los últimos años un aumento significativo de adultos mayores pasando de 10 a 34 adultos mayores por cada 100 personas menores de 15 años desde 1964 hasta 2010; se estima que esta tendencia se acrecentará de manera progresiva hacia el futuro ⁽⁴⁾. La siguiente tabla relaciona la distribución de la población por grupo de edad y las variaciones de esta desde 1985 hasta el 2010.

Tabla 1. Distribución de la población por grupos de edad: 1985-2010 en Colombia.

Años	Menores de 15 años (%)	15 a 64 años de edad (%)	65 y más años de edad (%)	Relación de dependencia (%)
1985	36,7	58,9	4,4	69,8
2005	31,0	62,7	6,3	59,5
2010	28,5	64,8	6,7	54,3

Fuente: DANE, 2015

Los seres humanos durante el transcurso de la vida están inmersos en diversos procesos, en los cuales interactúan como parte de su desarrollo, diferentes factores que generan constantes cambios en todos los ámbitos (trabajo, escolaridad, vida reproductiva), en esta investigación en particular se trabajará con adultos mayores y cómo el llegar a esta condición promueve manifestaciones de discriminación al considerarlos eslabones débiles dentro de la dinámica de la sociedad. Los seres humanos envejecen a partir de la concepción hasta el momento de la muerte, por lo que la transición a ser un adulto mayor, “crea referencia a cambios de posición, situación y estado, no necesariamente predeterminados o absolutamente previsibles” ⁽⁶⁾.

Diferentes investigaciones han evidenciado la marcada discriminación que experimentan las personas que han asistido a servicios de hospitalización por diferentes condiciones, ya sea por raza, por sexo, por aspectos religiosos o por condiciones de edad. Hurtado, Rosas-Vargas y Valdés-Cobos ⁽⁷⁾, en su investigación Servicios de Salud,

Discriminación y Condición Étnica/Racial: Un Estudio de Caso de la problemática en México y Colombia, hallaron que al interior de los servicios de salud en Colombia y México se presentan condiciones de discriminación basadas en condiciones étnico raciales, de manera que esta investigación evaluó y comparó la relación entre raza, nivel de ingreso y uso de los servicios médicos de la muestra, con sectores sociales, teniendo en cuenta los diferentes aspectos étnico raciales, es decir, las minorías presentan peores condiciones de salud y acceso a los servicios por diferentes formas de discriminación socio-económicas.

Para López et al.⁽⁸⁾, en el estudio “La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información”, las actitudes y prejuicios sociales hacia las personas que padecen enfermedades mentales son un factor negativo y discriminatorio que configura una barrera para el acceso a los sistemas tradicionales de atención en salud que trae como consecuencia la disminución permanente de oportunidades que les provea calidad de vida entendida como sostener relaciones de pareja, salud, laborales, entre otras.

Por su parte, el profesor Mario Pecheny⁽⁹⁾, de la Universidad de Buenos Aires, describió las modalidades y la discriminación de las que son víctimas las trabajadoras sexuales en los servicios de salud en América Latina y el Caribe; mediante entrevistas colectivas semidirigidas analizó la percepción de discriminación que sienten estas mujeres durante la visita ginecológica. Los resultados de este estudio registraron que, si bien en algunas ocasiones han experimentado discriminación en alguna proporción, en general consideran que la atención es buena o aceptable. Es por esto que los grupos de población vulnerables establecidos e identificados socialmente son percibidos de manera diferente e injusta debido a su pertenecía a este, como es el caso de los adultos mayores, los cuales experimentan formas la discriminación⁽¹⁰⁾.

Dentro del curso biológico de la vida, los seres humanos atraviesan diferentes etapas que traen consigo cambios fisiológicos, físicos y psicológicos. La vejez es una etapa más dentro del curso de vida, a la cual se espera y se procura que todas las personas lleguen. Por tratarse de la última etapa del de vida curso se estigmatiza a la persona asumiendo el debilitamiento total de todas sus funciones cognitivas, motoras, de autovalencia y de capacidad de agencia. Generalmente en las esferas sociales a los adultos mayores se les priva de ejercer sus derechos⁽¹¹⁾ y por ende son marginados al crearse “estereotipos despreciativos,

donde el “viejo” es un miembro disfuncional de la vida activa y productiva, un ser decadente en edad de deterioro sin crecimiento ni desarrollo”⁽¹¹⁾. Este escenario de repudio puede llevar a que se les considere personas no competentes, cuando quizás lo que han perdido es la capacidad de realizar actividades cotidianas; sin embargo, sigue predominando su capacidad y competencia para la toma de decisiones sobre los aspectos relacionados con su vida. Estas situaciones de aislamiento ponen en riesgo su integridad y su salud, al verse afectada la adherencia al tratamiento de farmacoterapia y la asistencia a servicios de salud por temor a ser discriminados por el personal asistencial.

La falta de prevención y atención oportuna de patologías propias de los adultos mayores desencadena un importante problema de salud pública al afectar de manera negativa su bienestar, lo cual puede provocar respuestas fisiológicas que desaten procesos de enfermedad y/o la muerte, por esta razón el objeto de esta investigación se realizará en el contexto de la atención a los adultos mayores en los servicios de hospitalización ⁽¹¹⁾.

Según la Asociación colombiana de empresas de medicina integral, en Colombia, se observó que durante el 2015 la mayoría de consultas en los servicios de salud ocurrieron con personas mayores de 60 años utilizando el servicio 7.5 veces/año respecto de los adultos de 45 años quienes lo usaron 6.3 veces/año y los menores de 4 años con 3.8 veces/año, por lo tanto se demuestra que los adultos mayores hacen uso de los servicios de salud con más frecuencia debido a que este grupo poblacional concentran la mayoría de patologías crónicas y de alto costo, es de esperarse que la frecuencia y la intensidad del uso aumenten⁽¹²⁾.

Según la Sala Situacional de Población Adulta Mayor 2018, “en promedio cada año se realizan 54.667.326 atenciones en salud, de las cuales 2.954.008 pertenecen a personas mayores de 59 años de edad, es decir que el 46% de afiliados a salud se encuentra dentro de este grupo etario. Respecto al porcentaje de afiliación según el régimen, se observa que el 47,4% pertenece al régimen subsidiado, el 46,5% al contributivo y el 6,1% al especial 2,2% no pertenecen a ningún régimen o sistema ⁽⁵⁾.

De acuerdo con la encuesta SABE de 2015, respecto al uso de los servicios de salud 55,7% de las personas mayores considera que la atención que recibieron fue muy buena o buena ⁽⁸⁾. Sin embargo, el 44,3% del resto de la población no encuentra satisfacción en la atención recibida en los servicios de salud.

Las patologías prevalentes en las personas mayores de 65 años, asociadas a obesidad, tabaquismo y sedentarismo, se relacionan con las enfermedades cardiovasculares, enfermedades del sistema óseo, trastorno del sueño, hipertensión y diabetes, haciendo la salvedad, que dichas patologías aparecen en cualquiera de las fases del transcurso del ciclo de vida, sin embargo, con el aumento de la edad, las dolencias se acentúan, disminuyendo así la calidad de vida⁽¹⁴⁾.

De hecho, durante la atención en los servicios de hospitalización, los adultos mayores experimentan situaciones de discriminación, ya que, de manera generalizada se considera a todos los viejos como enfermos o discapacitados⁽¹¹⁾, dicha situación evidencia limitaciones en el conocimiento de los profesionales en salud para la atención óptima de adultos mayores, que merece respeto por su integridad, y que debe abordarse de acuerdo con las enfermedades crónicas que esta etapa trae consigo, y que a su vez se manifiesta en una escasez de intervenciones efectivas en la atención⁽¹⁵⁾.

En América Latina y el Caribe, se evidencian deficiencias en los servicios de salud a nivel general como lo es la sobrecarga laboral, la poca o nula capacitación del personal en cuidado del adulto mayor, el deterioro de las instalaciones y la mala atención, aspectos que generan interacciones difíciles entre el personal y las personas mayores promoviendo situaciones de discriminación⁽¹⁶⁾. Esta problemática se hace más compleja cuando la discriminación se exagera por el aumento de la longevidad que trae consigo el desarrollo de patologías físicas y mentales que generen algún tipo de discapacidad, lo cual, predispone situaciones de vulnerabilidad y riesgo para los adultos mayores; a su vez, la suma de otras condiciones como la marginación social prejuiciosa, la falta de apoyo familiar y la pobreza hacen que sean más proclives a sufrir diferentes tipos de violencia⁽¹⁶⁾.

La mayor problemática de los adultos mayores en el área de la salud, hace referencia los requerimientos de recursos tecnológicos, humanos y materiales apropiados para el cuidado de esta población, incluyendo su intervención en la toma de decisiones en los servicios de salud, así como que el profesional de salud esté capacitado para la asistirlo de manera integral⁽¹⁷⁾.

Así pues, este proyecto de investigación pretende conocer qué tipo de discriminación se ejerce en los servicios de hospitalización hacia los adultos mayores en la localidad de Chapinero, es importante recalcar que los antecedentes encontrados hacen poca referencia a este tema y las estadísticas son escasas, por tales motivos surge la necesidad de indagar sobre esta problemática, ya que el adulto mayor no debería ser discriminado por razón de edad, porque, cuenta con los mismos derechos y oportunidades que le permiten sostener su autonomía y calidad de vida.

En la localidad de Chapinero, se presenta un fenómeno importante a considerar y es que se presenta una población sólida que es económicamente activa y se espera que la población entre 65 años y más, aumente debido a los cambios generacionales producto de las políticas de sexualidad responsable. La esperanza de vida para el año 2014 se estimó que es de 77,9 años de vida en general; de manera discriminada es de 74,7 años para los hombres y de 81,3 años para las mujeres.

Esta localidad presenta la mayor heterogeneidad en la ciudad de Bogotá, porque cuenta con una porción de cada uno de los estratos de tal manera que el 35% se ubica en estrato alto (estrato 6), el 31,7% medio (estrato 4), y el 14,3 bajo (estrato 2). La estratificación social influye directamente en el acceso a servicios de salud y adherencia al tratamiento, por lo que las personas que se encuentran en estrato 3 y superiores tienen la oportunidad de acceder a terapias no incluidas, mejor alimentación, condiciones de vivienda especiales y educación. De acuerdo con el índice (NBI) de 2014, chapinero cuenta con el puntaje más bajo respecto a las otras localidades con 0.9 y no presenta hogares en condición de miseria, sin embargo, la localidad cuenta con una población numerosa de hogares que no poseen los mínimos de satisfacción de las necesidades básicas y se encuentran asentados en la ladera de la montaña tal como lo demuestra el NBI de 1.3%. En la localidad de Chapinero se concentra una parte importante de la actividad empresarial de la ciudad por lo que tiene la tasa de desempleo más baja situada en un 4.5% estimada para el año 2011, para el mismo año, las personas ocupadas eran 76.044 frente a 3.554 desocupados⁽¹⁸⁾.

Las estadísticas expuestas por la Secretaria de Planeación de Bogotá, confirman el aumento de la población de adultos mayores en la localidad de Chapinero durante el año 2017. En Chapinero los grupos de adultos y adultos mayores son los únicos que cada vez tienen un peso mayor dentro del total de población, en contraste con las personas menores de 25 años que cada vez son un grupo poblacional menor, debido a la reducción de la fecundidad que experimenta la localidad; es decir que los adultos constituyen uno de los grupos más visibles en cantidad, así mismo, la localidad de Chapinero concentra una parte importante de la actividad empresarial de ciudad, por lo que se encuentran gran cantidad de instituciones prestadoras de servicios de salud que cuentan con servicios de hospitalización. De allí nace el interés por realizar la investigación en esta localidad de Bogotá ⁽¹⁸⁾.

A continuación, se relaciona la tabla de población por grupo etario de la localidad de chapinero, en la cual se evidencia el aumento de la población de adultos que repercute directamente en el incremento de adultos mayores a mediano y largo plazo.

Tabla 2. Grupo poblacional Chapinero

Grupo poblacional	Total
Primera infancia (0-5 años)	5.3111
Infancia (6 a 12 años)	10.995
Adolescencia (13-17 años)	6.976
Jóvenes (18. 24 años)	13.218
Adultos (25-59 años)	70.115
Adulto mayor (60 años y más)	19.003
Total	126.591

Fuente: Secretaria Distrital de Población, 2017

1.2 Pregunta problema

¿Cuáles son los tipos de discriminación hacia los adultos mayores, identificados a partir de sus vivencias en los servicios de hospitalización; teniendo en cuenta la percepción de los profesionales en medicina y enfermería que los asisten en la localidad de chapinero?

1.3 Justificación

El aumento de la esperanza de vida, ha provocado en los últimos años el crecimiento del grupo poblacional de adultos mayores en todo el mundo. Por encontrarse en la última etapa del ciclo de vida se presentan cambios significativos en la salud, los cuales requieren atención especial humana y de calidad, que promueva la garantía de sus derechos, debido a que, en ocasiones se presentan diversas situaciones de discriminación producto del prejuicio social que considera que el adulto mayor inútil y que sus capacidades son nulas⁽¹¹⁾.

Esta investigación tiene por finalidad, evidenciar los tipos de discriminación hacia el adulto mayor en el campo de los servicios en salud, en particular, en el servicio de hospitalización, ya que se observa que con frecuencia las decisiones referentes a los procedimientos terapéuticos que conciernen al adulto mayor son tomadas por los familiares, cuidadores y el personal médico, anulando por completo su competencia para decidir por sí mismo sobre condiciones que afectan su propia integridad; esta situación se configura como discriminación por razón de edad, siendo esta una forma de violencia⁽¹¹⁾.

Para empezar a hablar de cómo las formas de discriminación en los servicios de hospitalización contra de los adultos mayores desencadenan un grave problema de salud pública, se debe acudir a la mención de los derechos especiales que gozan los adultos mayores por su condición de edad, así como por ser usuarios de los servicios de salud.

La garantía y el goce del derecho a la salud repercuten directamente en el cumplimiento de los derechos humanos como el derecho a la alimentación, al trabajo, la vivienda y a no ser discriminado, especialmente si trata de un adulto mayor; es por ello que la OMS (2017) ha considerado que “el derecho a la salud abarca libertades y derechos por lo que especifica que, las personas están en plena libertad de controlar su salud y su cuerpo sin injerencias, torturas, tratamientos y experimentos médicos no consensuados; así mismo, el

acceso al sistema de protección de la salud debe ofrecer igualdad con las mismas oportunidades para el disfrute del grado máximo de salud”⁽¹⁹⁾.

Adentrándonos en el contexto colombiano, en el artículo 49 de la Constitución Política (1991) está establecido que la atención en salud debe ser universal y se garantizará el acceso a los servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud; a su vez, el artículo 46 consagra que, los adultos mayores deben gozar de especial protección y asistencia y deben promover su integración a la vida activa⁽²⁰⁾.

De acuerdo con la Ley 1251 de 2008 del Congreso de la Republica de Colombia, el Estado está en la obligación de transmitir a los profesionales en salud cuales son las formas de discriminación, violencia, abuso y abandono contra los adultos mayores, así como, instaurar servicios para los adultos mayores que han sido víctimas de alguna clase de abuso⁽¹⁹⁾. En consecuencia, el hecho de ejercer algún tipo de discriminación hacia un adulto mayor por parte de un médico o enfermero (a) dentro de un servicio de salud representa una grave violación al derecho a la salud.

Las minorías, en este caso puntual, los adultos mayores, tienen un riesgo más alto de ser marginados y de que se vulneren sus derechos al estar expuestos a formas de discriminación. En esta investigación nos centraremos en las situaciones de discriminación que viven los adultos mayores cuando acuden a los servicios de hospitalización debido a prácticas injustas en la atención por razón de su edad⁽¹¹⁾.

Es importante mencionar, que gran parte de los adultos mayores que asisten a los servicios de hospitalización presentan enfermedades crónicas que por lo general se empiezan a manifestar durante en los últimos ciclos del curso de vida, por lo que en la actualidad se consideran las múltiples enfermedades como manifestaciones geriátricas donde tener un paciente pluripatológico es normal⁽¹⁵⁾, es por ello que, diversos estudios se enfocan en las enfermedades y la obtención de un tratamiento, desde el punto de vista netamente biológico, considerando la enfermedad como una respuesta fisiológica como consecuencia del transcurso del ciclo de vida, sin embargo, es importante destacar que el proceso de salud y enfermedad debe ser abordado de manera holística⁽²¹⁾.

Este estudio pretende mostrar los tipos de discriminación que experimentan los adultos mayores en los servicios de hospitalización, con el fin de promover la igualdad y el respeto en los servicios de salud⁽¹¹⁾. Por esta razón, el aporte de esta investigación al campo

de la salud pública al develar los tipos de discriminación, es manifestar la existencia latente un grave fenómeno que impacta de manera negativa la última etapa del ciclo de vida y sentar un precedente para que se tomen las acciones necesarias que garanticen los derechos fundamentales y el disfrute de una vida con bienestar.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Determinar los tipos de discriminación hacia los adultos mayores, identificados a partir de sus vivencias en los servicios de hospitalización; teniendo en cuenta la percepción de los profesionales en medicina y enfermería que los asisten en la localidad de chapinero entre junio y septiembre de 2018.

1.4.2 Específicos

1. Recopilar las experiencias vividas por los participantes con respecto a situaciones de discriminación hacia el adulto mayor en la atención ofrecida en el servicio de hospitalización.
2. Comparar las vivencias de discriminación que refieren los adultos mayores y los profesionales de medicina y enfermería.
3. Describir los tipos de discriminación que se ejercen hacia el adulto mayor en los servicios de hospitalización.
4. Realizar recomendaciones que permitan disminuir las situaciones de discriminación hacia los adultos mayores en los servicios de hospitalización.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

2.1 Marco teórico

Para comprender porque se ejerce discriminación en los adultos mayores en los servicios de hospitalización, es necesario relacionar la discriminación por edad y la vejez dentro del proceso de ciclo de vida, así como en el contexto de la salud pública como se expone a continuación.

La discriminación se ejerce cuando los individuos que pertenecen a un grupo establecido e identificado socialmente, son vistos de manera desigual e injusta debido a su pertenencia a ese grupo⁽¹⁰⁾, esta forma de tratar a las personas de manera injusta nace de “creencias sociales que cada grupo tiene acerca del otro”⁽¹⁰⁾ y de la configuración de opresión y dominación, entendida como expresión de poder y privilegios.

En cuanto al termino edaismo, se puede decir que es una agrupación de acciones u omisiones que tiende a enmarcar a la personas o colectivo con normas inferiores en comparación con otros que no pertenecen a este grupo de edad⁽¹⁷⁾. Al respecto, Robert Butler habló por primera vez de la discriminación por edad en 1969, por lo cual aún no se tiene conciencia absoluta del concepto y del impacto que provoca; según Butler el termino *ageism* o *edaismo* hace referencia a la discriminación por edad ejercida principalmente a los viejos por el prejuicio de vejez como sinónimo de pérdida de capacidades⁽²²⁾.

La organización Argentum¹ define que *edaismo* o discriminación por edad es una forma de discriminación y perjuicio, particularmente experimentada por los adultos mayores. La mayoría de adultos mayores son mental y físicamente activos independientemente de la edad. Sin embargo, las normas sociales los marginan, les faltan el respeto, los hacen sentir molestos y los generalizan como si fueran todos iguales. El edaismo les quita la oportunidad

¹ “Founded in 1990, Argentum is the leading national trade association serving companies that own, operate, and support professionally managed senior living communities in the United States. Through a network of state partners, Argentum represents over 7,000 communities that provide independent living, assisted living, and memory care services for seniors. Argentum is expanding senior living through its comprehensive national and state advocacy program; workforce development, training, and certification tools; and industry-leading publications, events, education, and research”⁽¹⁸⁾.

a las personas mayores de ser independientes, y afecta negativamente su dignidad y calidad de vida. A continuación, se relacionan ejemplos de discriminación por edad:

- El personal de salud suele hablarles a los adultos mayores como si fueran un niño o como si no estuvieran en la habitación.
- Los adultos jóvenes se burlan de los adultos mayores por ser lentos⁽²³⁾.

Lena Gan introduce un significado importante de *ageism* o *edaismo* con el cual establece que es la forma más comúnmente aceptada de discriminación y prejuicio a nivel social por razón de edad, de tal manera que el envejecimiento se ha transformado de un proceso natural a un problema social por integrar los siguientes tres aspectos que relegan al adulto mayor por razón de edad: actitudes prejuiciosas, prácticas discriminatorias y prácticas discriminatorias institucionales y políticas⁽²⁴⁾.

Por su parte, Maggie Kunh (2011) configura el *edaismo* como una oportunidad tanto para jóvenes como para viejos de unificar intereses comunes en pro de mitigar la discriminación negativa a la que están en riesgo. La discriminación negativa o *edaismo negativa* tiene un impacto perjudicial a nivel la salud física y mental de quienes lo padecen; ahora bien, el *ageism* se puede manifestar de dos maneras: *edaismo explícito*, se presenta cuando existe una percepción consiente de provocar sentimientos, pensamientos y/o acciones por parte de una institución o individuo en lo que respecta a la relación con un adulto mayor; y *edaismo implícito*, cuando no existe una percepción consiente de provocar sentimientos o pensamientos respecto de las relaciones con los adultos mayores, este tipo de discriminación se evidencia cuando al interior de una cultura se adoptan y apropian conductas de *ageism* considerándolo como un comportamiento natural dentro de la dinámica social⁽²²⁾.

Para el caso colombiano, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, establece que los adultos mayores son sujetos con responsabilidades de sí mismos, con el entorno y futuras generaciones, socialmente activos y con garantía de los derechos. El envejecimiento se da de acuerdo a las experiencias vividas, generando procesos de deterioro físico, mental, psicológico y social durante el ciclo de vida⁽²⁵⁾. Así mismo, la vejez está simbolizada socialmente con la edificación social y en la historicidad de la persona,

recopilando limitaciones, cambios, pérdidas, oportunidades, capacidad y fortalezas humanas⁽²⁵⁾.

Por otra parte, para Dulcey y Uribe, la vejez es la condición de ser viejo, denominación que se le da a las personas que han vivido por mucho o más tiempo que otras y que en general tienen experiencias superiores a las de los demás; sin embargo es importante anotar que dentro de la vejez se debe incluir el contexto, la historia, la cultura, la posición social y económica del grupo de personas que se pretenda estudiar, y que estas condiciones están ligadas con el ciclo de vida de cada ser humano⁽²⁶⁾.

Dulcey y Uribe explican que por medio del enfoque de ciclo de vida se puede comprender que las experiencias, fragilidades y oportunidades acumuladas a lo largo de la vida repercuten en las generaciones venideras:

El ciclo vital puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo, aunque no deben tomarse en forma absoluta y recordar que existe diversidad individual y cultural. La siguiente clasificación es un ejemplo: in útero y nacimiento, primera infancia (0-5 años), infancia (6 -11 años), adolescencia (12-18 años), adultez (18 - 59 años) y vejez (60 años y más)⁽²⁶⁾.

Esta investigación trabajó según la perspectiva de la concepción de ciclo de vida del psicólogo alemán Paul Baltes, que representa un hito en la psicología por consolidar el paradigma del ciclo vital o *lifespan developmental psychology*, respecto al desarrollo y el envejecimiento del ser humano, entendiéndolo como un proceso inmerso dentro del transcurso de la vida humana, sin necesidad de implicar pérdida irreversible⁽²¹⁾.

Para la comprensión de este paradigma, Baltes se refiere al desarrollo durante toda la vida como un proceso de cambio, la habilidad para adaptarse a las distintas situaciones de la vida, donde cada periodo es afectado por el pasado y este repercutirá en lo que está por venir. Sin embargo, cada ciclo tiene sus características y valores únicos. Además, el desarrollo es multidireccional y multidimensional ya que ocurre en diferentes dimensiones (sociales, psicológicas y biológicas) todas se relacionan entre sí. El proceso del desarrollo es intervenido por lo cultural y biológico, pero la influencia biológica es debilitada a medida que los individuos envejecen y es aquí donde la cultura juega un papel importante, pues puede contribuir a compensar esta etapa de la vida⁽²⁷⁾.

La relación de la vejez y transcurso de vida, con la perspectiva del ciclo vital se convierte en referencia considerando la vida como una constante de cambios, destacando aspectos socioculturales, históricos de los acontecimientos cotidianos e individuales, y también como prevalentes de clasificación etaria o en la que prevalece la edad como criterio⁽²⁷⁾.

En ese orden de ideas, se puede considerar que las problemáticas principales que aquejan a los adultos mayores es que sufren situaciones en las cuales son discriminados por razón de su edad y por su situación socioeconómica⁽²⁸⁾.

Figura 1. Los riesgos asociados a la vejez y sus expresiones



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas; 2011

Norman Daniels, en su obra “Solo la salud: satisfacer las necesidades de salud de manera justa”, afirma que el envejecimiento mundial se está configurando como la dificultad más importante de siglo XXI en lo que a salud pública se refiere, debido a que las grandes injusticias e inequidades en la distribución de los factores afectan la salud y provocan la aceleración en el envejecimiento de la sociedad, reduciendo significativamente la tasa de natalidad a nivel mundial; el perfil de las necesidades en salud pública de cada nación ha cambiado y requiere de respuesta gubernamental de manera inmediata para afrontar los requerimientos especiales que tiene esta etapa de la vida en la cual se debe contemplar el incremento y manejo de las enfermedades crónicas, y cuidados a largo plazo⁽²⁹⁾.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) considera que los servicios de salud son un sector fundamental para la economía y la sociedad, que se encargan de velar por la garantía de la protección social y el acceso a una atención integral, efectiva y asequible⁽³⁰⁾.

Se entiende por servicio de hospitalización, los cuidados básicos y especializados seguros en ambientes intrahospitalarios garantizando la prestación de servicios asistenciales con altos estándares de calidad para la atención integral de los usuarios, en donde se desarrollan actividades sanitarias encaminadas al tratamiento y la recuperación de las personas hospitalizadas⁽³⁰⁾.

Ahora, para caracterizar los tipos de discriminación que se ejerce hacia el adulto mayor en los servicios de hospitalización, este trabajo de investigación se abordará desde el enfoque de interseccionalidad propuesto por la abogada afroestadounidense Kimberlé Crenshaw en 1989, quien hizo evidente las múltiples formas de opresión que la compañía estadounidense General Motors ejercía sobre las trabajadoras afrodescendientes, y recalcar que las mujeres negras en los Estados Unidos experimentaban situaciones de violencia y discriminación por razones de raza y género⁽³¹⁾.

Es importante aclarar que si bien el enfoque de interseccionalidad emergió dentro de la teoría feminista, Crenshaw ha enfatizado en que la aplicación de este enfoque es contextual y práctico, y busca analizar omisiones jurídicas y desigualdades concretas. Según la filósofa Elsa Dorlin, el enfoque de interseccionalidad tiene dos aproximaciones de dominación: una analítica y una fenomenológica.

Desde la primera perspectiva, toda dominación es, por definición, una dominación de clase, de sexo y de raza, y en este sentido es en sí misma interseccional, ya que el género no puede disociarse coherentemente de la raza y de la clase. Para la segunda perspectiva, lo que es interseccional es la experiencia de dominación⁽³¹⁾.

En ese orden de ideas, esta investigación analizará las omisiones y desigualdades que se presentan en los servicios de hospitalización hacia los adultos mayores traducidas en dinámicas de discriminación por edad, entendiéndolas como relaciones de dominación y poder entre individuos que conviven dentro de una sociedad específica (servicios de hospitalización).

2.2 Revisión del estado del arte

Se revisaron artículos en formato digital que abordan la discriminación en adultos mayores al interior de los servicios de salud; para ello se realizó una búsqueda sistematizada en bases de datos como ScienceDirect, Scielo, Scopus, Embase y Scimago. Fueron seleccionados los documentos publicados en el periodo comprendido entre 2001 y 2017; por lo que es importante mencionar que se evidenció un mayor número de investigaciones relacionadas con la temática mencionada en países como Brasil, Estados Unidos, Inglaterra, México y Portugal.

Así las cosas, autores como García⁽³²⁾, OPS y OMS⁽³³⁾, Ruelas-González, Pelcastre-Villafuerte y Reyes-Morales⁽³⁴⁾, Malheiros y Reppetto⁽³⁵⁾, Vieira et al.⁽³⁶⁾ y Souza, Meira y Menezes⁽³⁷⁾ concuerdan al mencionar que los servicios de salud no cuentan con personal capacitado para atender de manera humana, segura y eficaz a los adultos mayores, grupo que se encuentra en aumento, lo que deriva en discriminación por razón de la edad. Adicionalmente, concluyen que es necesario implementar nuevos modelos de atención que incluyan protocolos, capacitación al recurso humano y mejoramiento a la infraestructura lo que permitiría una mejora en el bienestar de la persona de la tercera edad. Malheiros y Reppetto⁽³⁵⁾ enfatiza en que es fundamental que el Estado propenda mejoras significativas en la atención y asistencia de los ancianos por medio de la elaboración y ejecución de políticas públicas, así como debe revisar minuciosamente lo relacionado a las jubilaciones.

En cuanto a los derechos que deben ser garantizados a los adultos mayores se encontró que los autores Barrantes, Rodríguez y Lama⁽¹¹⁾, Sedrez⁽³⁸⁾, Pires y Silva⁽³⁹⁾, Cardona y Segura⁽⁴⁰⁾ describen la autonomía como un derecho que favorece la toma de decisión y esta a su vez favorece aumentar las condiciones de calidad de vida; demostrando que están en la capacidad de tomar sus propias decisiones aun cuando tenga alguna enfermedad crónica, contribuyendo así, al mantenimiento de su salud; así mismo se concluyó, que los ancianos se encuentran desprotegidos y vulnerables dentro de la dinámica social aun cuando actualmente las normas que especifican los derechos puntuales de los grupos menos favorecidos o socialmente excluidos se ha acrecentado considerablemente.

2.3 Discriminación

Para esta investigación se depuraron los estudios que abordan la discriminación y sus formas, seleccionando los que trabajan la discriminación por razones de edad. Nelson ⁽⁴¹⁾, la Fundación Saldarriaga Concha ⁽⁷³⁾, Golbal AgeWatch ⁽⁷⁴⁾ y, la Asociación Colombiana de Gerontología y geriatría analiza en su investigación como la discriminación por edad ha ganado especial atención en el último tiempo al manifestarse un aumento significativo de la población de los adultos mayores en América, de tal manera que se pronostica que los adultos mayores de 65 años para 2030 se dupliquen. En consecuencia, estos estudios hacen énfasis en la influencia de la discriminación por edad en el entorno laboral y en la asistencia sanitaria ⁽⁴¹⁾.

Igualmente, Barrantes, Rodríguez y Lama ⁽¹¹⁾ mencionan que la discriminación por edad se presenta en distintas áreas, una de ellas la de la salud. Por otra parte, Marques ⁽⁴²⁾ expone en su libro *Discriminação da terceira idade* que la discriminación por edad muestra los valores culturales más profundos y prácticos de las instituciones; comenta, que una encuesta realizada en Portugal evidenció que el edaísmo ocupa un (17%), sobrepasando la discriminación por razón de sexo (13%) o etnia (11%). El 31,6% de los individuos de más de 80 años ya se han sentido discriminados por la edad. “A menudo, los comportamientos de ayuda excesiva y sobreprotección de las personas mayores, aunque bien intencionados, pueden ser edaísta (discriminación por razones de edad) y perjudiciales porque tienden a promover la incapacidad y la dependencia” ⁽⁴²⁾.

Ferreira y Ferreira ⁽⁴³⁾ rescatan el término *professional ageism*, referido a la discriminación que se presenta en la interacción con profesionales de la salud, quienes asumen que los adultos mayores no escuchan o no entienden bien. Lo mencionado, pone de manifiesto el sesgo que permea de manera negativa la percepción existente sobre el proceso de envejecimiento y la influencia negativa que ejerce sobre sus tratamientos.

Al mismo tiempo, los investigadores Franco et al. ⁽⁴⁴⁾, Sampen et al. ⁽⁴⁵⁾, Sousa et al. ⁽⁴⁶⁾, Phibbs y Hooker ⁽⁴⁷⁾ coinciden en sus investigaciones en que las actitudes y estereotipos negativos del profesional de la salud hacia los adultos mayores hacen parte de las prácticas cotidianas del servicio de salud en general, lo cual genera preocupación, ya que son ellos quienes están en contacto directo con el paciente, prestando una inadecuada atención.

Los estudios realizados por Chande y González⁽⁴⁸⁾, Rippon, Zaninotto y Steptoe⁽⁴⁹⁾, concuerdan en que los adultos mayores están padeciendo circunstancias de discriminación por su condición de ancianos. El estudio sobre discriminación en las edades avanzadas en México⁽⁴⁸⁾ aborda en la primera encuesta nacional sobre discriminación en México las percepciones y conceptos que tienen los adultos mayores sobre ellos mismos, la discriminación y conocer si han sido objetos de situaciones de discriminación por su condición de ancianos⁽⁴⁸⁾. Paralelamente, al comparar los datos de dos estudios representativos del envejecimiento, el Estudio de Salud y Retiro de los Estados Unidos (The U.S. Health and Retirement Study [HSR]) y el Estudio Longitudinal Inglés del Envejecimiento (English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)⁽⁴⁹⁾, se sugiere que las circunstancias sociales y políticas en ambos países deben ser un componente fundamental que se debe explorar para la correcta formulación e implementación de políticas antidiscriminatorias para proteger a los ancianos.

Espitas y Sáenz⁽⁵⁰⁾ y Sun y Smith⁽⁵¹⁾ afirman que la discriminación afecta la búsqueda de programas de prevención por parte de las personas mayores, quienes manifiestan que la existencia de retrasos en la atención, la entrega de medicamentos, exámenes y asignación de citas interfiere su asistencia voluntaria a los servicios de salud.

Por otra parte, Branco y Cavalcanti⁽⁵²⁾ y Kydd y Flemming⁽⁵³⁾ resaltan la importancia de incluir dentro de los programas académicos de formación médica asignaturas que traten las especificidades de la atención a la salud del anciano, de tal forma que los profesionales de la salud cuenten con las competencias necesarias abordar la atención y asistencia de las personas mayores de manera holística, ya que los estudios demuestran que si bien los adultos mayores han percibido discriminación en los servicios de salud, las razones no están del todo claras. En consecuencia, se puede afirmar que la ausencia de buenas prácticas geriátricas aumenta la posibilidad de que la discriminación se perpetúe.

Dentro de las investigaciones de Samra et al.⁽⁵⁴⁾ Ribera et al.⁽⁵⁵⁾, evidenciaron que, pese a las directrices constitucionales, el personal médico o profesionales del área de la salud contribuyen a la discriminación directa e indirecta, y promueven situaciones de disparidad en el trato hacia los ancianos que acuden a los servicios médicos.

Con respecto a la metodología, en la literatura revisada se encontraron estudios cualitativos y cuantitativos; sin embargo, la mayoría de las investigaciones son de tipo

cualitativo, para la evidencia de ello, a continuación se relacionan los artículos que este estudio considera que son los más relevantes de acuerdo a su metodología e instrumentos de recolección de información utilizados, los cuales fueron de gran aporte para la elección del instrumento de esta investigación. Varios estudios^(32,34,35,40,45,46,48,50,53,56) coinciden en que sus investigaciones son cualitativas de tipo descriptivo. En general, estos estudios utilizaron como instrumento de recolección de información cuestionarios de preguntas para realizar entrevistas estructuradas y semiestructuradas. Así mismo, algunas investigaciones^(35,46,49,53,56) recolectaron los datos de bases de datos especializadas y de instituciones académicas, oficiales y organismos multilaterales.

Sedrez⁽³⁸⁾ enmarca su estudio dentro de un enfoque mixto de tipo transversal prospectivo. Como método de recolección de información utilizó la encuesta WHOQOL-OLD que es un módulo específico de medición de calidad de vida en ancianos de la Organización Mundial de la Salud, que ya ha sido validado para portugués. Varias investigaciones^(44,47,49,51,55) concuerdan en enfoques cuantitativos; sin embargo, el trabajo de Sedrez⁽³⁸⁾ es de tipo transversal prospectivo; por su parte Franco et al.⁽⁴⁴⁾ hacen su investigación de tipo transversal descriptivo, y para la recolección de información empleó el cuestionario CENVE (Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez), Phibbs y Hooker⁽⁴⁷⁾ y Rippon, Zaninotto y Steptoe⁽⁴⁹⁾ la realizan de tipo retrospectivo aplicando el Análisis de datos mediante regresión logística multivariada. y Rippon Zaninotto y Steptoe⁽⁴⁹⁾ aplicaron la encuesta ELSA y el segundo autor respectivamente, analizó los datos mediante de regresión logística multivariable. Sun y Smith⁽⁵¹⁾ aplicaron una encuesta y analizaron los datos por medio de regresión logística binominal negativa para el análisis de datos (anexo 1).

CAPÍTULO 3. DISEÑO METODOLÓGICO

El presente proyecto de investigación se enmarca en un enfoque cualitativo, ya que busca respuesta al interrogante plasmado sobre los tipos de discriminación que se ejerce en los servicios de hospitalización hacia el adulto mayor, teniendo como propósito descubrir e interpretar los significados y comportamientos de los seres humanos, evidenciando una realidad social y generado así nuevos conocimientos⁽⁵⁷⁾. Está enmarcado en un *paradigma* fenomenológico debido a que comprende los significados de las acciones humanas y de lo que ocurre en un contexto establecido. También, se basa en las narraciones y así comprender las experiencias de las personas.

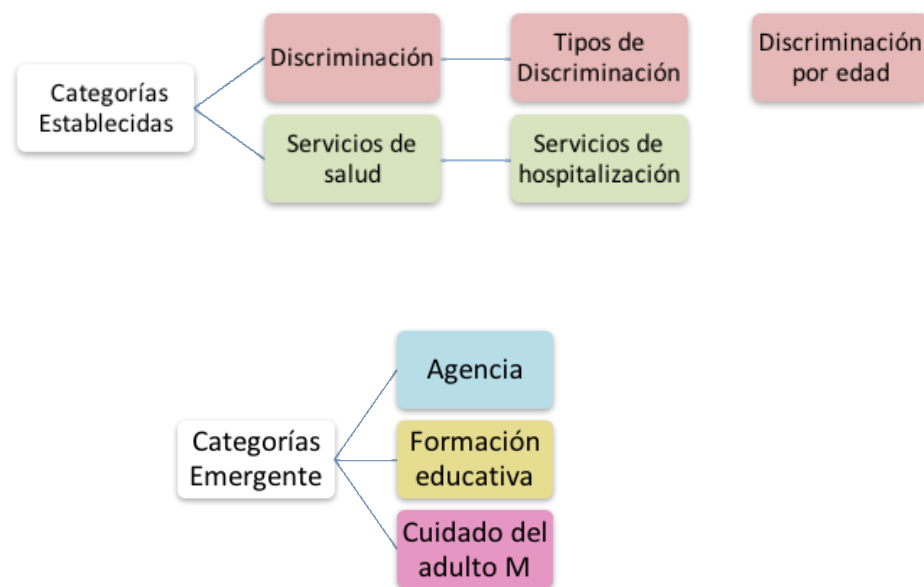
Las acciones, decisiones y las prácticas en el ámbito de los servicios de hospitalización constituyen un marco interpretativo, donde cada actor (adulto mayor, médico y enfermera), tiene su interpretación y percepción subjetiva de la existencia de discriminación hacia el adulto mayor, la cual surge de la experiencia, las acciones o comportamientos. Para ello, se utilizaron técnicas flexibles en profundidad, comparando los resultados obtenidos con las perspectivas de los otros participantes, buscando experiencias similares y diferentes que pudieran explicar y evidenciar que tipos de discriminación se ejercen en los servicios de hospitalización⁽⁵⁸⁾.

El *diseño* es **análisis Fenomenológico Interpretativo (IPA)**. Estos estudios, se centran en como las personas perciben y hablan de los eventos, “en lugar de describir fenómenos de acuerdo con un sistema categórico predeterminado, criterios conceptuales y científicos, lo que implica ‘agrupar’ las preconcepciones y así permitir que los fenómenos hablen por sí mismos”⁽⁵⁹⁾. Este intenta comprender las experiencias desde la perspectiva de los participantes, además, sintetiza ideas de fenomenología y hermenéutica⁽⁵⁹⁾.

Esto se logró mediante las grabaciones (audio), expresiones verbales y no verbales. Las narraciones orales se transcribieron y los datos se organizaron mediante las categorías establecidas del marco teórico y categorías que emergieron de las entrevistas, se tuvo en cuenta la comparación, la similitud y la diferencia entre las unidades de análisis, para lo cual se realizó una matriz (ver anexo 4)⁽⁵⁹⁾. El análisis se realizó de esta manera:

1. Obtención de la información a través de la revisión documental y aplicación de entrevista semiestructuras.
2. Transcripción de los audios y procesamiento de la información a través de la elaboración de una matriz, la cual se organizó de acuerdo categorías
3. Para la aplicación de la entrevista con respecto a la información de los participantes, no se dio su nombre, por tanto se codificaron las entrevistas alfa numérica así: inicial del entrevistado en mayúscula, seguido la edad, y finalmente el género en Mayúscula.
4. Análisis e integración de la información con respecto a marco teórico / estado del arte, preguntas de investigación y los objetivos establecidos.

Figura 2. Categorías



Fuente: Elaboración propia.

El objetivo de la investigación es la profundidad, el enriquecimiento y calidad de la información, no la cantidad ni la homogenización. La investigación fenomenológica explica los fenómenos a partir de la conciencia, lo que implica una intencionalidad; se describe y se exploran los significados vividos a partir de las experiencias que están inmersas en la vida cotidiana. Las experiencias vividas dan significados a las percepciones. El corolario de una

investigación fenomenológica es un escrito que diseña, es una guía, un detalle de las experiencias⁽⁶⁰⁾.

Este proyecto tiene un alcance descriptivo-interpretativo, ya que, pretende describir y entender los puntos de vista de cada participante con respecto a la discriminación hacia los adultos mayores en los servicios de hospitalización y así descubrir los elementos frecuentes de las experiencias vividas, a través de la perspectiva construida colectivamente⁽⁶⁰⁾.

3.1 Instrumentos

La información fue recolectada mediante entrevista semiestructurada, como técnica de levantamiento de información, dado que, permite a los participantes expresar pensamientos y acciones de forma natural. La entrevista es un mecanismo de acercamiento con el cual se profundiza el conocimiento sobre un asunto determinado⁽⁶⁰⁾. Con la entrevista semiestructurada se realizan preguntas orientadoras, las cuales pueden ser modificadas y adaptadas según los hallazgos (anexo 2). Para esto se grabaron en audio las entrevistas y se realizó análisis Fenomenológico Interpretativo (IPA).

Se llevó a cabo un muestreo de participación voluntaria, a partir de sus vivencias, los actores fueron identificados de acuerdo a los perfiles de interés, adultos mayores de 60 años, que consulten los servicios de hospitalización. También, profesionales en medicina y enfermería, debido a que son los que tienen mayor contacto con el paciente (adulto mayor), generan diagnóstico, tratamientos, cuidados entre otros. Y, por tanto, existe mayor comunicación interpersonal entre el paciente, médico y enfermera⁽⁶⁰⁾, siempre y cuando estos laboren en los servicios de hospitalización con la población mencionada. Se efectuó en la localidad de Chapinero, Bogotá en el periodo comprendido junio - septiembre 2018, tiempo en el cual se realizó el levantamiento de la información.

Esta investigación no contó con instituciones de salud o con grupos organizados, en consecuencia, a la complejidad del tema, la discriminación es la acción u omisión que favorece las desigualdades e inequidades, por lo que las instituciones a las cuales se dio a

conocer el proyecto no dieron su consentimiento para abordarlo en su organización, quizás por temor recibir críticas o perder prestigio aun cuando la confidencialidad se les haya informado.

Respecto al personal asistencial, médicos y enfermeras, no pertenecen a ninguna institución en particular, para evitar es sesgo producido por la confidencialidad de la información de la organización en la que trabajan y por temor a perder sus trabajos debido a los datos que suministren a este estudio. La muestra poblacional por ser vulnerable, se obtuvo de personas cercanas a los investigadores que cumplieron con el perfil, luego se le pidió identificar a otras personas que tuvieran rasgos similares, y se continuo de la misma forma hasta obtener el número suficiente de colaboradores.

A continuación, se relacionan los criterios de inclusión que se establecieron para obtener los datos de la muestra poblacional de la investigación:

Tabla 3. Criterios de selección

Criterio de inclusión	
Adultos mayores	60 años en adelante, que hayan visitado en los últimos 6 meses servicio de hospitalización. Que vivan en Chapinero. Capacidad de juicio, raciocinio. Autovalentes.
Profesionales en medicina y enfermería	Que trabajen en el servicio de hospitalización con adultos mayores. Que tenga experiencia laboral de 1 año con la población o que tengan especialización en el área. Que laboren en un servicio de hospitalización de la localidad de Chapinero.

Fuente: elaboración propia

El criterio de exclusión aplicará para adultos mayores que tengan alguna enfermedad cognitiva o mental diagnosticada; médicos y enfermeras que no laboren en las áreas mencionada o que no tengan contacto con este grupo poblacional. Se recolectará la información hasta lograr la saturación y entendimiento de la misma; la muestra será recogida mediante bola de nieve, participación voluntaria, y muestras diversas o de máxima variación,

esta “busca mostrar distintas perspectivas y representar la complejidad del fenómeno estudiado, o bien documentar la diversidad para localizar diferencias y coincidencias, patrones y particularidades”⁽⁵⁵⁾.

CAPÍTULO 4. ASPECTOS ÉTICOS

En este proyecto de investigación la base fundamental es la confianza, la dignidad y el bienestar de cada uno de los participantes, teniendo en cuenta la autonomía, la cual hace referencia a la capacidad que tiene el individuo de auto determinarse, capaz de aportar de manera eficaz y voluntaria a la investigación; el mecanismo más apropiado utilizado para respaldar la autonomía de los participantes es el consentimiento informado (Ver anexo 3) con la información clara y comprensible sobre los objetivos de la investigación. Se dará trato confidencial a la información para preservar la identidad de los participantes, también la posibilidad del retiro voluntario cuando cada colaborador lo quiera hacer. Del mismo modo en los resultados, cuando se describen testimonios se usará codificación alfanúmerica para proteger su identidad. Así mismo, el respeto es un valor que tendremos en cuenta, porque es una de las bases sobre la cual se sustenta la ética y la moral en cualquier campo y en cualquier época, el respeto lo aplicamos al aceptar a los demás tal cual, y como son, comprendiendo y valorando su forma de pensar, sus puntos de vista, y aportes a la investigación⁽⁶¹⁾.

Esta investigación se rige por el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, que establece que las

[...] investigaciones sin riesgo son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta⁽⁶²⁾.

Esta investigación se basa en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos relacionado con el principio de dignidad humana, puesto que los adultos mayores son sujetos de derechos, tienen autonomía y por tanto no deben ser discriminados, en cuanto a este último UNESCO menciona que las personas deben ser protegidas de la discriminación y la estigmatización. “En las investigaciones científicas deben respetarse la autonomía, la responsabilidad individual con el consentimiento previo, libre, informado y expreso de la persona interesada”⁽⁶³⁾.

Cabe mencionar que la integridad científica es de una de las estrategias para generar respeto a los participantes, el tratamiento adecuado de los datos, la elaboración y el flujo de los datos; la validez y la confiabilidad de la investigación dependen de la integridad en la investigación, por tanto, nos basamos en la declaración de Singapur, donde ponemos en praxis los principios de honestidad, responsabilidad, cortesía profesional e imparcialidad y buena gestión. Dentro del marco de la responsabilidad se llevará cabo la honradez e integridad de los participantes, el cumplimiento de las normas. El documento será claro y preciso de estas maneras terceras podrán verificar las fuentes del trabajo, también se mencionará cualquier situación en la cual los investigadores tengan algún conflicto de interés y por último será sometido bajo comité de ética⁽⁶⁴⁾.

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS Y RESULTADOS

Para la elaboración del capítulo de análisis y resultados, primero se caracterizó la población consultada, es decir, los profesionales de la salud (médicos y enfermeros) y los adultos mayores; segundo se llevó a cabo el respectivo análisis con base en las categorías encontradas y seleccionadas en la investigación. Para tal propósito, se recurrió al análisis fenomenológico Interpretativo (IPA), debido a que este intenta comprender las experiencias desde la perspectiva de los participantes, además, sintetiza ideas de fenomenología y hermenéutica, lo que resulta en un método descriptivo porque le preocupa cómo aparecen las cosas y dejar que las cosas hablen por sí mismas, e interpretativo porque realiza un adecuado punto de vista sobre las experiencias de los entrevistados y las teorías encontradas en la investigación⁽⁵⁹⁾.

5.1 Caracterización de la población

Se realizaron 15 entrevistas, así:

- Adultos mayores: 8 entrevistas
- Profesionales de salud: 3 entrevistas a las enfermeras y 4 entrevistas a los médicos

Tabla 4. Códigos que identifican a los entrevistados

Nombre, edad, género	Población
D30M	Médico internista
M59F	Enfermera
O33F	Enfermera
C56M	Médico geriatra
A74F	Adulto mayor
O29M	Médico
D68M	Adulto mayor
R62F	Adulto mayor
J65M	Adulto mayor

O63M	Adulto mayor
M56F	Enfermera
O80F	Adulto mayor
J54M	Médico
L76M	Adulto mayor
R68M	Adulto mayor

Fuente: elaboración propia.

En el caso de los 8 adultos mayores, 3 son mujeres, 4 hombres y 1 de los participantes se identificó con el género homosexual. Pertenecen a régimen contributivo y 1 adulto mayor a régimen especial; en cuanto al nivel de escolaridad, 2 participantes son bachilleres, 1 técnico y 5 profesionales, las viviendas en las que habitan son propias. Tres adultos mayores pertenecen al estrato socioeconómico 2, estrato 3 y 4 pertenecen cuatros adultos mayores y uno al estrato 6. El rango de edad de los participantes fue entre 62 y 80 años. Los cuales viven en la localidad de chapinero de la ciudad de Bogotá.

Por su parte, los profesionales de medicina y enfermería son personas que han trabajado en el servicio de hospitalización con adultos mayores, en las instituciones de salud de la localidad de chapinero. En lo que respecta a los médicos consultados el rango de edad esta entre 30 años y 56 años, de los cuales uno es internista, un geriatra, un urgenciólogo y un médico general.

Mientras las enfermeras entrevistadas la edad oscila entre 33 años y 59 años de edad, y han trabajado por más de 10 años en los servicios de hospitalización con adultos mayores. A continuación, aparece el análisis de la información con base en la entrevista semi estructurada aplicada a los profesionales de la salud y a los adultos mayores, al respecto se desarrolló las siguientes categorías de análisis:

5.2 Discriminación

Para efectos de esta investigación la categoría discriminación hace referencia cuando las personas son vistas de forma desigual e injusta debido a su pertenencia a un grupo o algún

rasgo específico ⁽¹⁰⁾. A continuación, se relacionan los extractos de las entrevistas que corresponden a la definición de discriminación, de la siguiente manera:

C56M: “Es el rechazo, es excluir a alguien de un derecho” (línea 801).

O29M: “Yo creo que discriminar es tratar a una persona diferente por una condición especial y que eso genere algún tipo de conflicto con esa persona, y que esa atención le vulnera algún tipo de derecho” (líneas 1267-1270).

O33F: “Discriminar es apartar a una población que no se quiere, o no cumple las cualidades que la persona que está discriminando quiere. (líneas, 529 -530).

A74F: “Sería no darle la atención puntual, pero a nivel general, como dejarlo un poquito al lado, menospreciarlo, ya por su decadencia, falta de paciencia, vamos a dejarlo a un lado” (líneas, 964-966).

J65M: “Rachar alguien por su condición, social, racial, sexual, económica y de cualquier índole” (líneas, 1635-1637).

Para los profesionales de salud (medico-enfermera) la discriminación corresponde a rechazar, excluir, trata a una persona diferente por cualquier condición, generando conflictos y vulnerado sus derechos, que no se le asegure el sentido de equidad en el trato, de igual forma, y los adultos mayores perciben la discriminación como el rechazo a una condición específica.

En correspondencia con lo anterior, se encontró en el Glosario de epidemiología social de la revista panamericana de la salud que la autora Nancy Krieger⁽¹⁰⁾ define que la discriminación se ejerce cuando los individuos pertenecen a un grupo establecido e identificado socialmente y son vistos de forma desigual e injusta debido a su pertenencia a ese grupo⁽¹⁰⁾, la forma de tratar a las personas de manera injusta nace de “creencias sociales que cada grupo tiene acerca del otro”⁽¹⁰⁾ y de la configuración de opresión y dominación, entendida como expresión de poder y privilegios.

En resumen, la discriminación para médicos, enfermeras, adultos mayores y la revisión de la literatura, implica que discriminar a una persona hace referencia a cualquier rasgo o condición que vulnera el derecho a ser tratado dignamente, en ese sentido, otra categoría establecida corresponde a la discriminación por edad.

5.3 Discriminación por edad

La discriminación por edad, será entendida como la agrupación de acciones u omisiones que tiende a enmarcar a la personas o colectivo con normas inferiores en comparación con otros que no pertenecen a este grupo de edad⁽¹⁷⁾. Acto seguido se relacionan los extractos de las entrevistas que corresponden a la categoría discriminación por edad, así:

C56M: “Es cuando esa variable se utiliza para ser rechazado o no estar incluido dentro de un beneficio, se debe exclusivamente a una cuestión de edad, es decir al ser mayor no se le va a brindar ese derecho, solo por tener edad mayor” (líneas 803-805).

M56F: “Discriminación por edad sería cuando yo no tengo en cuenta las condiciones básicas del paciente mayor, que por el paso de los años ya ha perdido la vista, ha perdido el oído y ha perdido el equilibrio, ya el paciente no escucha bien entonces yo en un momento que no le tenga paciencia que no lo escuché y que no tenga en cuenta la parte afectiva que para ellos es bien importante la parte afectiva de un paciente mayor, el paciente requiere afecto requiere cariño requiere que yo le tenga paciencia que le repita las veces que sea necesario para que el paciente me entienda y me comprenda y esté atenta a seguir su tratamiento” (líneas, 1949-1955).

O33F: “por razón de edad, se entiende que el adulto mayor no hace bien su labor, no hace bien su ejercicio, su actividad, porque ya no tiene la edad para realizar cualquier actividad, entonces se discrimina” (líneas, 533-535).

J65M: “Que las personas mayores de pronto no son dignas de prestarles atención porque ya están viejos” (líneas, 1640-1641).

D68M: “Es muy marcado aquí en nuestro medio en las personas mayores, pues son como ya marginadas y la sociedad los considera como inútiles” (líneas, 706- 799).

Como se observa, el médico (C56M), manifestó que la discriminación por edad se relaciona con una vulneración al derecho que tiene el adulto mayor; mientras para la enfermera (O33F) la discriminación por edad corresponde al momento en el que no se tiene en cuenta su condición, se le exige al adulto mayor que desarrolle sus actividades como si fuera una persona joven, no se le tiene paciencia, no se le escuche, que no se tenga en cuenta por su edad y sus condiciones patológicas como no es el escuchar o ver bien.

A su vez, el adulto mayor expresó que la discriminación por edad presupone una marginación en el ámbito social. Al respecto, Robert Butler hace referencia a la discriminación por edad ejercida principalmente a los viejos por el prejuicio de vejez como sinónimo de pérdida de capacidades⁽²²⁾. Nelson⁽⁴¹⁾ analiza en su investigación como la discriminación por edad ha ganado especial atención en el último tiempo al manifestarse un aumento significativo de la población de los adultos mayores en América, En consecuencia, su trabajo hace énfasis en la influencia de la discriminación por edad en el entorno laboral y en la asistencia sanitaria⁽⁴¹⁾.

Igualmente, Barrantes, Rodríguez y Lama⁽¹¹⁾ mencionan que la discriminación por edad se presenta en distintas áreas, una de ellas la de la salud. Por otra parte, Marques⁽⁴²⁾ afirma que la discriminación por edad muestra los valores culturales más profundos y prácticos de las instituciones; comenta, que una encuesta realizada en Portugal evidenció que el edaísmo ocupa un (17%), sobrepasando la discriminación por razón de sexo (13%) o etnia (11%). El 31,6% de los individuos de más de 80 años ya se han sentido discriminados por la edad. “A menudo, los comportamientos de ayuda excesiva y sobreprotección de las personas mayores, aunque bien intencionados, pueden ser edaísta (discriminación por razones de edad) y perjudiciales porque tienden a promover la incapacidad y la dependencia”⁽⁴²⁾.

En ese orden de ideas, la discriminación por edad podría hacer énfasis a la invisibilidad, la escasez, la fragilización, de las personas que pertenecen a un grupo etario con sus respectivas expresiones de esa etapa de la vida⁽²⁸⁾, dado que se le ve al adulto mayor como una persona débil, inútil e invisible. A su vez, la organización Argentum, alude que *ageismo* o discriminación por edad en muchos casos se comprende cuando el personal de salud suele hablarles a los adultos mayores como si fuera un niño o como si no estuviera en la habitación⁽²³⁾; de manera que no se respetan los ciclos de vida del paciente y no se tiene en cuenta el derecho que tiene el adulto mayor a ser atendido conforme a las implicaciones físicas y psicológicas que trae la edad en su proceso de hospitalización.

Lo anterior trae como consecuencia que se vulneren los derechos del adulto mayor y esto se convierte en una de los tipos de discriminación como aparece en la siguiente categoría.

5.4 Tipos de discriminación

Los tipos de discriminación, para este apartado serán entendidas, como situaciones desfavorables en las cuales se genera un prejuicio hacia una persona o un colectivo de acuerdo a alguna condición específica, sea por edad, condición socioeconómica, religión, orientación sexual y raza. Concebida como las conductas, actitudes, palabras que se da en la interacción cotidiana entre profesionales (médico-enfermero) y adultos mayores o entre cualquier persona y un adulto mayor.

Dichas expresiones, se enmarcan dentro de la *interseccionalidad* como discriminación múltiple haciendo referencia a la interacción de más de dos formas de discriminación, abordando así de manera integral las situaciones discriminatorias que experimentaron los adultos mayores que asistieron a servicios de hospitalización⁽⁶⁵⁾.

A continuación, se relacionan los fragmentos de las entrevistas relacionada con esta categoría:

D30M: “Algunas veces uno se da cuenta que ciertos profesionales al ver que es una persona que ya está en una etapa final de su vida, no tienen el mismo empeño diagnóstico, tampoco el mismo empeño en cuanto a tratamiento, tomando digamos la decisión por el paciente que no se debe hacer más allá de lo que necesite el paciente y que por su edad lo va a condicionar, darle el tratamiento que no se va a tomar, u ofrecerle una cirugía que no le va a favorecer por su edad, por su condición de adulto mayor. Pero yo creo que esos son casos escasos los que yo he visto” (líneas 160-166).

O54M: “El respeto hacia ellos, muchas veces llegan y sin querer dicen este viejo ya tiene tantos años, ya no hay nada que hacer conviva con eso” (líneas 2112-2113).

O33F: “El tiempo que uno les da, la mala comunicación, la paciencia” (línea 372).

O33F: “yo pienso que se les vulnera la opinión de ellos, la opinión, uno le habla y yo lo he hecho, pero le hablo directamente al familiar y mira es al familiar, en vez de mirar al paciente que es el que tiene que responder y dar su opinión” (líneas 410-413).

O33F: “La poca tolerancia y el no ser perceptivos, no conocerlos, entonces ya los estamos discriminando por todo... como él no timbra, o no puede timbrar muy bien, entonces lo dejamos de ultimas para atenderlo, como el no llama mucho, entonces lo

dejamos de ultimas para el baño...si hay que cambiarlo siempre se deja de ultimo el adulto mayor” (líneas 565-570).

029M: “Lo del cambio de EPS, lo de los requerimientos para ingresar a una propagada es mucho más costoso” (líneas 1256-1257).

D68M: “Una discriminación, digamos, la básica, la de la edad, lo van marginando, no lo tienen en cuenta ni para empleos ni para ciertas cosas” (líneas 1408-1409).

J65M: “No es que no me preguntaron nada, yo trataba de explicarle al médico, pero éste no me puso atención” (líneas 1629-1630).

J65M: “El rechazo y la falta de atención y en algunos casos, bueno, la burla” (línea 1644).

J65M: “La falta de ética y de valores en el personal que lo atiende a uno” (línea 1718).

O63M: “Fui a las 9 de la noche porque tenía dolor en el pecho, dolor de cabeza ósea me sentía mal, fui por mis propios medios a la clínica hice la cola para que me atendieran para pedir mi cita y cuando estaba esperando cuando ya iba a pasar vi que llegó un muchacho joven de aproximadamente 20 o 22 años que tenía como un dedo o un brazo torcido algo así por un accidente que al parecer no era tan grave y cuando veo que el médico lo pasa primero a él y yo entonces cuando veo que el cierra la puerta me voy y le tocó durísimo con los puños le dije: doctor cómo va pasar primero a este muchacho sí prácticamente no le pasa nada y yo estoy haciendo mi turno, usted se imagina lo que puede pasar si a mí me pasa algo, usted se imagina lo que puede pasar, eso es prácticamente una amenaza, entonces el médico no dijo nada, sacó al paciente joven y me atendió a mí” (líneas 1758-1767).

O63M: “Al día siguiente se me quería cobrar más cosas de lo que me habían hecho, es decir, por más servicios, porque pensaron que por qué yo era mayor de 60 años entonces ya no me acordaba de las cosas” (líneas 1798-1800).

O63M: “Me cambiaron de una habitación a otra y me parece que me sentí discriminado porque, me quitaron la sábana o la cobija con la que yo estaba tapado de manera abrupta y me dijeron: tiene que cambiarse de aquí vamos para otro lado y me la raparon. Yo me sentí muy asustado y empecé a llamar a mi familiar con angustia y las enfermeras le dijeron que por favor me calmara o si no debían amarrarme a lo cual mi madre, me dijo cálmate por favor Cálmate o si no te amarran” (líneas 1823-1828).

J65M: “En que, me he podido morir y a nadie le habría importado. Me metieron a un cuarto, un hombre sólo me miró el ojo y me dijo “fulano” usted está hipertenso, tómese esto y acuéstese ahí... No volví a ver a nadie más del personal asistencial sino hasta las 6 de la mañana que entró una enfermera y me dijo usted ya está bien se puede...” (líneas, 1710- 1712).

L76M: “La doctora una vez no me formulo los medicamentos porque no me sabia el nombre de las pastillas esa vez se puso delicada” (líneas 2223-2225).

L76M: “Por razón de color de piel, si he visto, a veces llegan otros pacientes de otro color de piel y le hablan diferente, lo miran de otra forma, a veces las enfermeras no se ponen guantes para tomarme la tensión a mí, pero a los otros que tiene el color de piel diferente si se ponen guantes” (líneas 2244-2247)

R68M: “Existe discriminación que se observa y es evidente como, por ejemplo, cuando las personas mayores vamos en el Transmilenio y nos empujan, nos pellizcan; cuando los familiares abandonan a su padre o madre por creer que son una carga y otra forma es cuando indirectamente no lo escuchan por ser mayor, lo aíslan, cuando el sistema de salud no autoriza algún procedimiento por ser una persona mayor, cuando se demoran en darle las citas médicas en fin un sin números de situaciones” (líneas 2309-2314).

En cuanto a los tipos de discriminación mencionadas por el personal de salud (médico-enfermera) encontramos: el poco empeño que tienen algunos colegas para el diagnóstico, cuidado y tratamiento de pacientes mayores, muchos se expresan de una forma despectiva hacia el adulto mayor, faltándoles el respeto, los condicionan por su edad y refieren que ya no hay nada que hacer, el tiempo que el sistema de salud les permite por paciente limita una atención adecuada, la comunicación asertiva entre los profesionales y el paciente (adulto mayor), la poca tolerancia, el no mirarlo directamente, el no escucharlos, estos son algunos de los tipos de discriminación que expresaron los participantes. Por tanto, los adultos mayores refieren: que se han sentido marginados, burlados, que no los tiene en cuenta, que nos los escuchan ni los miran, tratos inhumanos, refieren que prefieren atender a personas jóvenes, las largas esperas, la falta de valores del personal que los atienden.

En ese orden de ideas y respecto la discriminación hacia los adultos mayores, la edad y el envejecimiento, a pesar de ser condiciones inherentes al ser humano, naturales e irreversibles, suscitan a lo largo de la historia y el curso de vida circunstancias dentro de las

interacciones sociales en las cuales se relega y limita a ciertos integrantes por considerarlos obsoletos y faltos de capacidad para producir y tomar decisiones relevantes que aporten significativamente al desarrollo de la interacción.

Por esta razón, algunas investigaciones⁽⁶⁶⁻⁷⁰⁾ coinciden en que los tipos de discriminación hacia los adultos mayores en los servicios de hospitalización se traducen en comportamientos que los aíslan por su condición de personas viejas, por su orientación sexual y su nivel socio económico; es así como los participantes de estos estudios manifiestan haber experimentado alguna de estas formas de descremación: No ser llamados por su nombre, no tener en cuenta su opinión respecto a la administración de farmacoterapia y procedimientos y recibir insultos y tratos violentos por parte de los profesionales de salud y cuidadores.

Dentro de los tipos de discriminación se encuentra la vulneración de *los derechos a los adultos mayores*, a continuación, aparecen los segmentos que se relacionan con esta expresión de discriminación, así:

O29M: “Te diría que el sistema de salud trabaja siempre con los estratos, si lo considero como un tipo de discriminación, si tú tienes un estrato, te tratan mejor y si vas a una institución de más prestigio que la que te pueden brindar en otra institución, o en un hospital público, eso si cambia del cielo a la tierra, si es subsidiado o contributivo también, porque obviamente pagan o no pagan el hospital, entonces los usuarios también se ven afectados” (líneas 1307-1310).

O33F: “yo pienso que de todos modos a los ancianos mayores de edad no les dan una atención suficiente, porque son gente que no produce” (líneas 917- 919).

C56M: “Quizás una de las situaciones que con más frecuencia ve uno es en la proporcionalidad de la intervención, es decir cuando están relacionadas con la edad, entonces cada vez se ve menos, eso es cierto, pero es una problemática real donde por cuestiones de edad, miran cierto tipo de servicios o de situaciones” (líneas 785-788)

C56M: “Primero, no entenderlos como grupo etario, es decir, no saber que ellos tienen unas problemáticas distintas, unas situaciones que los hacen más vulnerables, como por ejemplo, la percepción de la temperatura, les da más frio que a otros, entonces en los triages, por ejemplo de los servicios de urgencias no existe una prelación a la población adulta mayor; sino a problemáticas de enfermedades y de situaciones clínicas y no se le da una relevancia, entonces eso nos hace tener personas

adultas mayores que al final vienen por una problemática, que el triage quizás no sea tan relevante, pero que al tener que esperar 24 o 36 horas para resolver una enfermedad, pues se convierten en una patología adicional a la que consultaban, muchas veces caídas, muchas veces hipotermias, muchas veces alteraciones hemodinámicas, cosas que son inherentes a las largas esperas como lo son en los servicios de urgencias” (líneas 718-728).

C56M: “Yo creo que la problemática de la discriminación tiene que ver, más puntualmente con la percepción subjetiva de respuesta o no respuesta a una intervención y eso es uno de los problemas académicos graves, que piensan que por ser viejo no responde a una neumonía, o por ser viejo no responde a una asepsia, o por ser viejo no responde a una problemática específica de salud” (líneas 793-797).

M56F: “Una situación en que se vulneraría el derecho que no se atienda oportunamente que la clínica no cuente con los recursos necesarios para darle seguridad al paciente O sea que no tenga insumos necesarios que no tenga planta física adecuada que no tenga un baño adecuado que no tenga una cama con barandas en esa situación consideraría que se estarían vulnerando los derechos de los pacientes adultos” (líneas 1921-1925)

L76M: “Cuando no me formularon los medicamentos” (línea 2232)

Según lo expresado por los médicos (O29M y C56M), se encontró que la vulneración de los derechos se evidenció en el sentido que en muchos casos se clasifica al adulto mayor para acceder a los servicios de salud, cuando se entiende que el derecho a la salud debe ser para todos, sin condiciones, con un trato digno y equitativo. En el caso de la enfermera (O33F), ella manifestó que muchas veces no se les da un adecuado trato al adulto mayor, porque ellos no son productivos para la sociedad; y, en lo que respecta a lo expresado por el adulto mayor (L76M), se constató que se vulneran los derechos de esta población cuando no se les da los medicamentos; en esa dinámica se comprende que la vulneración de los derechos del adulto mayor conlleva según la OMS “la sobrecarga laboral, la poca o nula capacitación del personal en cuidado del adulto mayor, el deterioro de las instalaciones y la mala atención, generan interacciones difíciles entre el personal y las personas mayores promoviendo situaciones de discriminación”⁽¹⁶⁾.

Por eso, la mala atención al adulto mayor se convierte en un aspecto de vulneración de los derechos de los adultos mayores, a su vez también se encuentra el abandono del adulto

mayor, del cual se evidencia que esta población experimenta situaciones de abandono, ya que, de manera generalizada se considera a todos los viejos como enfermos o discapacitados⁽¹¹⁾, en esa dinámica, aparecen algunos segmentos relacionados con el abandono del adulto mayor. Así:

D30M: “La primera y lo que más nos preocupa a todos los médicos es el abandono, porque muchas veces uno nota que la familia trae al paciente porque no lo puede cuidar en la casa; o porque no tienen forma de estar pendiente de él, entonces lo traen al hospital” (líneas, 1599- 1602).

J65M: “no me prestaron atención y me pusieron como un bulto en un cuarto ahí en una cama que ni siquiera tenía sábanas” (líneas, 1624- 1626).

En este apartado se encontró que en el caso del médico el tema del abandono del adulto mayor se da porque la familia no se hace responsable del proceso del ciclo de vida de esta población; mientras en lo que respecta al adulto mayor consultado, éste expuso que el abandono se da por una situación de indiferencia de parte de los profesionales de la salud; de esto se evidencia que el abandono del adulto mayor se da porque en muchos casos las familias no se hacen cargo de esta población; en contraste, Barrantes, Rodríguez y Lama⁽¹¹⁾ explica que los adultos mayores experimentan situaciones de abandono, ya que, de manera generalizada se considera a todos los viejos como enfermos o discapacitados.

En resumen, se evidenció que dentro de los tipos de discriminación de los adultos mayores aparece la vulneración de los derechos que se da por un maltrato de parte de los profesionales de la salud; y el abandono que se ocasiona por la falta de responsabilidad de las familias, esto trae como consecuencia que en muchos casos el adulto mayor se sienta desorientado y por ende él no pueda tomar buenas decisiones al momento de ser hospitalizado.

5.5 Agencia

Dorotea Orem introduce el concepto de la *capacidad de agencia de autocuidado*, como “la cualidad, aptitud o habilidad de la persona que le permite realizar una acción intencionada para participar en el autocuidado; habilidad que es desarrollada en el curso de la vida diaria por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje, que incluye: atender, entender, regular, adquirir conocimientos, tomar decisiones y actuar”⁽⁷¹⁾. Esto lleva a que el adulto mayor participe en la toma de decisiones sobre su salud, mientras que cuando el adulto mayor no participa en la toma de decisiones se podría decir que existe la vulneración de los derechos; por ende, la agencia tiene que ver con el poder decisión que tiene el adulto mayor de participar activamente en cuestiones de su salud; a continuación aparecen algunos fragmentos que hacen alusión a esta categoría.

D30M: “uno debe ser consciente que la persona es dueña de su cuerpo y así tenga más de sesenta años si tiene capacidad de razonar, entender y tomar decisiones debe ser incluida en las decisiones y en las conductas que se tomen con respecto a lo que se vaya a hacer” (línea 204-106).

O33F: “Yo pienso que se les vulnera la opinión de ellos, la opinión, uno le habla y yo lo he hecho, pero le hablo directamente al familiar y mira es al familiar, en vez de mirar al paciente que es el que tiene que responder y dar su opinión” (líneas 1192-1195).

J65M: “No, es que no me preguntaron nada, yo trataba de explicarle al médico, pero éste no me puso atención” (líneas 2100-2102).

En estos fragmentos se encontró que en el caso del médico (D30M), se reafirma que el adulto mayor es un sujeto con derechos y capacidad de decisión sobre su vida; mientras la enfermera (O33F), expresó que en muchos casos el profesional de la salud no tiene en cuenta la opinión del adulto mayor, sino que se concentra en el punto de vista de la familia, que si bien es importante, se le debe dar cuidado a lo qué piensa el adulto mayor; por su parte, el adulto mayor (J65M), expresó que el profesional de la salud no le ponía atención al requerimiento del paciente; con lo cual se puede entrever que la mirada del médico es reconocer que el adulto mayor tiene capacidad de decisión sobre su salud; sin embargo el

profesional de salud en ocasiones no tienen en cuenta la opinión del adulto mayor, esta posición va de la mano con la percepción del adulto mayor al expresar que no fue tenido en cuenta en el servicio de hospitalización.

En esa dinámica la agencia es vista como la capacidad que tiene el sujeto de decidir sobre sí mismo, en este caso sobre su salud, ya que es un sujeto con derechos que tiene la capacidad cognitiva de dar a conocer su punto de vista sobre su estado de salud; no obstante, de acuerdo a la teoría del autor Moore James⁽⁷²⁾, el concepto de *agencia*, se define como la capacidad que tienen los seres humanos de controlar las cosas que les suceden, por ende, existen dos tipos de agencia: el primero es el sentimiento de agencia- ser agente de la acción, el cual es un nivel bajo no conceptual de sentimiento de control sobre las cosas cuando no pensamos en ellas de manera explícita; y, el segundo es el juicio de agencia, el cual representa un nivel elevado que se da en situaciones explícitas de agencia sobre uno mismo o sobre otros. De esta manera, para los consultados la agencia corresponde a la capacidad de razonar y de decisión del adulto mayor, en cambio para el autor la agencia corresponde a un sentimiento de ser agente de la acción⁽⁷²⁾.

En esa dinámica, se requiere equilibrar las relaciones del profesional de la salud con el adulto mayor, y para lograr esta sincronía se necesita de un proceso de formación a través del cual el profesional de la salud brinde a los adultos mayores cómo genera el cuidado de sí y la capacidad de la agencia en su proceso de vida; en ese sentido, a continuación, se desarrolla la categoría percepción de necesidades de formación educativa.

5.6 Percepción de necesidades de formación educativa

Algunos de los profesionales de la salud hicieron referencia que en su formación profesional carece de elementos sobre el adulto mayor, de ahí la necesidad de una formación educativa en el acompañamiento profesional que se requiere a esta población, así lo comunica uno de los profesionales de la salud consultados:

O54M: “Aquí en Bogotá la secretaría de salud se ha preocupado mucho por eso y han implementado cursos, charlas y visitas, y esto ha mejorado bastante, de hecho, en las universidades de mi época poco enseñaron el cuidado especial hacia el adulto mayor pero si considero que sería bueno” (línea, 2089)

O33F: “yo pienso que iniciando por el respeto, aprender a conocerlos, aprender tomando cursos, educándonos nosotros mismos para poder aprender a entenderlos a ellos, pues entenderlos a veces es complicado, yo pienso eso, pero es porque no tenemos las herramientas necesarias para hacerlo, pienso que el respeto, la educación y la normatividad” (líneas 447-452).

A74F: “Nunca y no creo que exista, de que vamos a invitar a los de la tercera edad tal día, que vamos a tener una charla con ellos para digamos los de la tensión que precauciones tengan, o digamos los de la gastritis, o que se yo, azúcar” (líneas 1037-1039).

De acuerdo a lo expresado por el médico (054M) y la enfermera (O33F) se encontró que se ha avanzado en materia de formación de talleres y charlas a los profesionales de salud sobre cómo cuidar y velar por los adultos mayores; sin embargo, en la percepción del adulto mayor (A74F), éste constató que no ha participado en charlas que inviten a que el adulto mayor tenga una calidad de vida.

Por consiguiente, se requiere formación educativa a los profesionales de salud en la medida que esto contribuye a que se preste un mejor servicio de salud a los adultos mayores. Branco y Cavalcanti⁽⁵²⁾, Kydd y Flemming⁽⁵³⁾ resaltan la importancia de incluir dentro de los programas académicos de formación médica asignaturas que traten las especificidades de la atención a la salud del anciano, de tal forma que los profesionales de la salud cuenten con las competencias necesarias abordar la atención y asistencia de las personas mayores de manera holística.

5.7 Servicio de salud

El acceso al sistema de protección de la salud debe ofrecer igualdad las mismas oportunidades para el disfrute del grado máximo de salud⁽⁶⁶⁾. Al respecto, los profesionales de salud y los adultos mayores, expresaron:

D30M: “Acá un adulto mayor nos decía que tiene setenta años y le dio apendicitis y la EPS, no le autorizaba el procedimiento por laparoscopia, digamos que ese fue

como un ejemplo de que él sintió que el sistema, pues ya no era culpa de la clínica, ni de los médicos” (líneas 113-115).

O33F: “El tiempo que uno les da, la mala comunicación, la paciencia y yo pienso que eso va desde el ingreso al hospital que es por la parte de urgencias, está muy discriminado eso, pues puede que vaya una persona de 70 años, pero no lo demuestra, pero ella tiene su dificultad por decirlo así, y la hacen ingresar solo” (líneas 372-375).

A74F: “A veces se siente uno pues solo, y si los viejos generalmente nos sentimos un poquito desplazaditos, porque es que los viejos somos feos” (Líneas, 99-102).

En relación al servicio de salud el médico consultado (D30M), expresó que en algunos casos este servicio no presta la debida autorización; mientras la enfermera (O33F), comentó que en cuanto al servicio de salud se presenta en algunos casos mala comunicación al momento de atender al adulto mayor; por su parte, el adulto mayor (A74F), manifestó que en el servicio de salud se sentía algo desplazado, pues no sentía que le prestaran adecuada atención. De esta manera, situaciones como la mala comunicación, la no adecuada prestación del servicio al adulto mayor, y la falta de atención de los profesionales de la salud a los adultos mayores son algunos aspectos que se encontraron en el tema de los servicios de salud. Esto está en correspondencia con lo que argumenta la Organización Internacional del Trabajo que considera que los servicios de salud son un sector fundamental para la economía y la sociedad, que se encargan de velar por la garantía de la protección social y el acceso a una atención integral, efectiva y asequible⁽³⁰⁾. De manera que un adecuado servicio de salud trae como consecuencia una mejor atención en el servicio de hospitalización como aparece en la siguiente categoría.

5.8 Servicios de hospitalización

Esta categoría se entiende como el lugar donde se recibe cuidados especializados, garantizando la seguridad del paciente. Durante la atención en los servicios de hospitalización se pueden experimentar situaciones de discriminación hacia el adulto mayor, considerando de manera generalizada a todos los viejos como enfermos o discapacitados ⁽¹¹⁾. A continuación, algunas frases:

C56M: “Injusticia social, inequidad, falta de compromiso con nuestra misión como profesionales, las consecuencias son terribles, pero las más graves son sobre el propio individuo, sobre ese individuo que tiene que sufrir las consecuencias de ser separado, simplemente por el hecho de tener una edad mayor que otros; así que las consecuencias son dramáticas” (líneas, 840-843).

M56F: “Una situación que consideraría discriminante es que al paciente adulto mayor se le haga esperar en los servicios por ejemplo de urgencia. Yo pienso que se le da prioridad al paciente adulto mayor teniendo en cuenta su edad, su patología y sus falencias que ya tiene por el paso de los años” (líneas, 1913-1917).

O63M: “Porque fui a las 9 de la noche porque tenía dolor en el pecho, dolor de cabeza ósea me sentía mal fui por mis propios medios a la clínica hice la cola para que me atendieran para pedir mi cita y cuando estaba esperando cuando ya iba a pasar vi que llegó un muchacho joven de aproximadamente 20 o 22 años que tenía como un dedo o un brazo torcido algo así por un accidente que al parecer no era tan grave y cuando veo que el médico lo pasa primero a él y yo entonces cuando veo que el cierra la puerta me voy y le tocó durísimo con los puños le dije: doctor cómo va pasar primero a este muchacho sí prácticamente no le pasa nada y yo estoy haciendo mi turno” (líneas 1758-1762).

Con relación a lo expresado por los participantes se encontró que en el caso del médico (C56M), en muchos casos el adulto mayor es separado de la habitación por ser mayor que los demás, adicionalmente situaciones de injusticia y falta de compromiso en los servicios de hospitalización se dan en los centros de salud; en lo que respecta a la enfermera (M56F), ella comentó que en los servicios de urgencia por lo general a los adultos mayores se les atiende muy tarde, es decir, no se les da prioridad ni una adecuada atención. Por su parte, el adulto mayor (O63M), manifestó al respecto que la atención de los servicios de hospitalización es demorada y por ende no se brinda una adecuada atención al adulto mayor; con lo cual en lo expresado por los entrevistados se encontró que una constante en los servicios de hospitalización es precisamente la falta de eficiencia y prioridad en la atención a los adultos mayores. Esto va en sincronía con lo que argumentan los autores Hurtado-Saa, Rosas-Vargas y Valdés-Cobos⁽⁷⁾ para quienes a través de diversas investigaciones han evidenciado la marcada discriminación que experimentan las personas que han asistido a los servicios de hospitalización por diferentes condiciones, ya sea por raza, por sexo, por

aspectos religiosos o por condiciones de edad. Marques ⁽⁴²⁾, expone en su libro la discriminación por edad como la muestra de los valores culturales no solo de los profesionales de la salud, sino también de las prácticas de las instituciones prestadora de salud.

Por consiguiente, una inadecuada atención de los servicios de hospitalización va en contravía de la protección de la salud de los adultos mayores, y por su puesto del cuidado de esta población. A continuación, se desarrolla la categoría del cuidado del adulto mayor que es producto de lo encontrado en las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud y los adultos mayores seleccionados.

5.9 Cuidado del adulto mayor

La mayor problemática de los adultos mayores en el área de la salud, hace referencia los requerimientos de recursos tecnológicos, humanos y materiales apropiados para el cuidado de esta población, incluyendo su intervención en la toma de decisiones en los servicios de salud, así como que el profesional de salud esté capacitado para la asistirlo de manera integral⁽¹¹⁾. Por eso, que el profesional de la salud tenga la capacidad de atender de manera integral al adulto mayor presupone que comprende la importancia de cuidar y velar por la integridad del adulto mayor, evitando todo tipo de agresión física y psicológica, al respecto los consultados expresaron:

C56M: “Son múltiples, la primera es poder hacer un diálogo de comunicación, que yo le pueda entender a la persona y la persona me pueda entender a mí, si eso está con muchas barreras y muchas imposibilidades por ejemplo si la persona tiene, por decir algo hipoacusia o perdida de la audición, o si la persona tiene una demencia y no puede entender lo que está diciendo o no puede expresarlo, o si la persona tiene algún otro problema médico que en su estado neurológico o de conciencia no permite esa comunicación” (líneas, 665-670).

O33F: “El tiempo que uno les da, la mala comunicación, la paciencia y yo pienso que eso va desde el ingreso al hospital que es por la parte de urgencias, está muy discriminado eso, pues puede que vaya una persona de 70 años, pero no lo demuestra, pero ella tiene su dificultad por decirlo así, y la hacen ingresar sola, entonces se han

caído dentro del hospital, no solamente aquí, en muchos sitios, se han caído y no dejan ingresar al familiar”.

A74F: “A pues es que intento regañarme, yo le dije no, ¿por qué llego tarde? y yo pedí cambio de él, pero no me lo dieron, pues generalmente le asignan a uno un médico, entonces, yo le dije a él voy a pedir cambio suyo, le dije los mayores de mi edad, tenemos dignidad y gobierno, el gobierno lo tendrá usted por ser médico mío, yo tengo más edad y se más cosas que usted” (líneas, 922-932).

Respecto a lo expresado por los profesionales de la salud, el médico (C56M) comentó que el tema del cuidado del adulto mayor tiene que ver con la necesidad de que exista una comunicación asertiva entre el profesional de la salud y el adulto mayor para poder brindar una adecuada atención integral a esta población; mientras la enfermera (O33F), manifestó que la falta de comunicación y paciencia con los adultos mayores afecta el tema del cuidado de esta población; finalmente el adulto mayor (A74F), expresó que en muchos casos se presenta mal trato a los adultos mayores, con poca tolerancia de parte de los adultos mayores y esto afecta la calidad de vida de esta población. Al mismo tiempo, los investigadores Franco et al.⁽⁴⁴⁾, Sampen et al.⁽⁴⁵⁾, Sousa et al.⁽⁴⁶⁾, Phibbs y Hooker⁽⁴⁷⁾ coinciden en sus investigaciones en que las actitudes y estereotipos negativos del profesional de la salud hacia los adultos mayores hacen parte de las prácticas cotidianas del servicio de salud en general, lo cual genera preocupación, ya que son ellos quienes están en contacto directo con el paciente, prestando una inadecuada cuidado para la oportuna recuperación del paciente.

Para los participantes la mala comunicación, la poca tolerancia de los profesionales de la salud afecta el cuidado del adulto mayor; en contraste con esto, se encontró que el tema del cuidado implica una relación típicamente interpersonal cuyo impacto ha de ser un cambio positivo. En tal sentido, cuidar es —o al menos se espera que sea— un acto terapéutico basado en un compromiso afectivo que, en lo posible, debe ser recíproco⁽²⁸⁾.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

Esta investigación se enmarcó bajo el enfoque de Ciclo vital, expuesto por Baltes, afirmando que el envejecimiento del ser humano es un proceso natural e irreversible que está inmerso dentro del transcurso de la vida ⁽²⁷⁾, desarrollando dentro de este proceso la habilidad para adaptarse a las diferentes circunstancias de la vida, teniendo en cuenta que cada periodo se ve afectado por el pasado y este repercute directamente en el futuro de ser.

Nos permitimos referir un aparte del capítulo de marco teórico, para recordar que cada ciclo tiene sus características y valores únicos. Además, el desarrollo es multidireccional y multidimensional ya que ocurre en diferentes dimensiones (sociales, psicológicas y biológicas) todas se relacionan entre sí. El proceso del desarrollo es intervenido por lo cultural y biológico, pero la influencia biológica es debilitada a medida que los individuos envejecen y es aquí donde lo cultura desempeña un papel importante, pues puede contribuir a compensar esta etapa de la vida ⁽²⁷⁾.

A partir de las vivencias y experiencias de los adultos mayores en los servicios de hospitalización en conjunto con los médicos y enfermeras que los asistieron en su proceso, se logró determinar que, si bien existe una marcada discriminación por su condición de persona vieja, esta se manifiesta y se expresa en diferentes formas.

En el caso de los médicos se expresó que la discriminación por edad se relaciona con una vulneración al derecho que tiene el adulto mayor a ser atendido de manera pronta, oportuna e integral, debido a que el profesional no dedica el mismo empeño y dedicación en la atención por considerar que la persona está cercana al momento de la muerte y por lo tanto los esfuerzos deben ser menores; mientras que para enfermería la discriminación por edad corresponde al momento en el que se le exige al adulto mayor que desarrolle sus actividades como si fuera una persona joven, no se le tiene paciencia y el trato puede llegar a ser agresivo utilizando lenguaje ofensivo y humillante al referirse al paciente, de igual manera utilizan sobrenombres que para el adulto mayor resultan peyorativos como “hermanito”, “viejito” o “abuelito”; por su parte, el adulto mayor expresó que la discriminación por edad presupone una marginación en el ámbito social.

Adicionalmente, aparece otro tipo de discriminación correspondiente al abandono del adulto mayor, por considerar a todos los viejos como enfermos o discapacitados; por ejemplo, en el caso del médico el tema del abandono del adulto mayor se da porque la familia no se

hace responsable del proceso del ciclo de vida de esta población; mientras en lo que respecta al adulto mayor consultado, éste expreso que el abandono se da por una situación de indiferencia de parte de los familiares, cuidadores y profesionales de la salud, de manera que en muchos casos se sienten desplazados y aislados en los servicios de hospitalización.

Tras la depuración de la información extraída de la entrevista semiestructurada y en concordancia con investigaciones consultadas, se evidenció que los principales tipos de discriminación hacia los adultos mayores en los servicios de hospitalización son los siguientes:

1. El poco empeño diagnóstico de algunos profesionales de salud, ya que piensa que por ser viejo no responde a una problemática de salud.
2. Utilizar términos despectivos para referirse al adulto mayor, ejemplo: “ya tiene tantos años, no hay nada que hacer, conviva con eso”
3. Dificultad para autorización de procedimientos, cambios de EPS y dificultades para ingresar a medicina prepagada.
4. Abandono familiar.
5. Limitación del tiempo para una adecuada atención.
6. No establecer una comunicación asertiva entre el profesional y el adulto mayor.
7. No mirar al adulto mayor a los ojos, no llamarlos por su nombre, no escuchar sus necesidades, no tener en cuenta su opinión, el rechazo, trato especial de la persona por una condición diferente, exclusión, y situaciones de injusticia
8. Demora en la asignación de citas, procedimientos, despacho de medicamentos y que se le deje de ultimo para su atención provocando largas esperas.
9. No incluirlo en la toma de decisiones.

Autoras como Nancy Krieger⁽¹⁰⁾ señalan que la discriminación se ejerce cuando al interior de una interacción social los individuos son vistos de manera diferente y excluyente, esta investigación hace énfasis en la edad como factor preponderante de discriminación y exclusión de un determinado grupo de individuos por ser diferentes. La discriminación se expresa cuando los adultos mayores son rechazados en virtud del prejuicio socialmente establecido de ser inútiles e incapaces, por lo que se les excluye de ciertos beneficios, no se

les tiene paciencia, y no se tiene en cuenta su opinión para la toma de decisiones sobre su cuerpo y su salud.

Así mismo, el hecho de considerar a la persona obsoleta genera que en algunos casos que los profesionales de salud desarrollen su labor de manera despectiva, desinteresada y grosera refiriendo que por su edad ya no hay nada que hacer para mejorar su salud y su calidad de vida, por lo que los entrevistados afirman que los médicos y en las enfermeras no los llaman por su nombre, en cambio, utilizan expresiones que pueden llegar a ser despectivas y ofensivas, no tienen en cuenta su opinión para la administración de farmacoterapia. Así mismo, la existencia de estereotipos y prejuicios discriminatorios juegan un papel fundamental a la hora de entrevistar un adulto mayor omitiendo algunas preguntas rutinarias por considerarlas inútiles, siendo un claro ejemplo la dimensión de salud sexual y relación con el aumento de diagnóstico de ITS.

De igual manera, en ocasiones sienten vulnerados sus derechos aludiendo que el sistema de salud opera de acuerdo con estratos socioeconómicos; así las cosas, la capacidad de pago del paciente es directamente proporcional con la institución, el trato y a atención que reciben, cuando lo que debe primar es su derecho constitucional a la salud. En consecuencia, estas situaciones de discriminación provocan que el adulto mayor sienta temor de asistir a los servicios de salud, y se acrecenta de manera significativamente cuando debe ser hospitalizado, lo cual repercute en la correcta toma de decisiones respecto a su salud y la adherencia al tratamiento.

Ahora bien, es importante recalcar un importante concepto que emergió en la depuración de los datos obtenidos a lo largo del estudio, nos referimos entonces, al concepto de *capacidad de agencia de autocuidado*. La agencia es la capacidad o habilidad que tiene un ser para gestionar, ejercer control y tomar decisiones con el objetivo de ocasionar un efecto⁽⁷¹⁾. La capacidad de agencia de autocuidado sostiene que el ser humano de manera biológica y a lo largo del curso de vida desarrolla la habilidad de tomar acción racional sobre su autocuidado a través de un proceso espontaneo de aprendizaje en el que esta inmersos el atender, aprender, tomar decisiones y actuar. Por lo tanto, al anular la capacidad de decisión consciente del adulto mayor se está cercenando su derecho a la intimidad personal y familiar, a su buen nombre (art 15, CP), al libre desarrollo de su personalidad (art 16, CP), a la libertad de conciencia y difusión de su pensamiento (art 20, CP), y a la honra (art 21, CP)⁽²⁰⁾.

En la descripción de los tipos de discriminación en los servicios de hospitalización se pudo evidenciar que la capacidad de Agencia de Autocuidado del adulto mayor se vulnera cuando se considera de manera generalizada a los adultos mayores como enfermos o discapacitados, por lo que no se les brinda una atención adecuada para las necesidades propias de su edad al no ser efectiva, tardarse demasiado y considerar que ya los esfuerzos por salvaguardar su vida y su integridad no son necesarios por estar supuestamente cercanos al momento de morir. Este tipo de circunstancia obedece a la falta capacitación específica en el cuidado al adulto mayor de la que adolecen los médicos y enfermeras, y a la cual hacen referencia los profesionales que participaron en la investigación afirmando que no cuentan con el entrenamiento necesario para comprender y asimilar que la asistencia al adulto mayor requiere comunicación asertiva, tolerancia y paciencia, ya que para poder establecer un diálogo que permita entender las dolencias del paciente, el profesional debe crear una atmósfera en la cual él pueda entender a la persona y esta lo logre entender a él.

Esta investigación se enmarcó en un enfoque cualitativo, bajo un paradigma fenomenológico desarrollado por medio de análisis Fenomenológico Interpretativo (IPA), la cual resultó ser adecuada para el abordaje del problema.

Los alcances y limitaciones de esta investigación se relacionan a continuación:

- A. Alcance: adultos mayores desde los 60 años, residentes en la ciudad de Bogotá que hayan sido atendidos en un servicio de hospitalización de la localidad de Chapinero en el último año y que tuvieran capacidad de juicio – raciocinio y auto valencia.
- B. Limitaciones: 1. Escasa literatura científica que aborde la discriminación hacia en el adulto mayor en los servicios de salud específicamente. 2. Las instituciones prestadoras de servicios de salud de la localidad de Chapinero se negaron a participar en la investigación por temor a enlodar su nombre si se llegaba a demostrar que en efecto se ejerce discriminación a una minoría.

Para finalizar, como salubristas ofrecemos las siguientes recomendaciones encaminadas a disminuir de manera significativa las situaciones de discriminación hacia los adultos mayores en los servicios de hospitalización:

- Insertar dentro de las mallas curriculares de los programas de formación en ciencias de la salud, una cátedra orientada a la atención y al cuidado del adulto mayor.
- Capacitación constante del personal asistencial sobre nuevas tecnologías biomédicas y cuidado especial del adulto mayor en los servicios de hospitalización.
- Capacitación constante al personal asistencial sobre la humanización del servicio.
- Fortalecer los protocolos para dar cumplimiento a las pausas activas, para evitar la fatiga de los profesionales de salud.
- Creación en los servicios de salud, pabellones especiales para los adultos mayores.

Las entidades distritales deben liderar campañas de concientización sobre las etapas del curso de vida, enfatizando en que la vejez es una etapa natural del ciclo de vida y debe ser abordado como tal con el fin de evitar situaciones de discriminación por razón de edad, como se relacionan a continuación:

- Ofrecer charlas informativas en los servicios de salud, para el personal asistencial, administrativo, así como para familiares y cuidadores.
- Realizar conversatorios y congresos en instituciones académicas y prestadoras de servicios de salud en donde se involucren cuidadores.
- Promoción entre el personal asistencial y cuidadores de protocolos que expliquen cuales son las formas de discriminación hacia el adulto mayor y como se puede evitar.

REFERENCIAS

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo general 2005. República de Colombia. Población adulta mayor [internet]. 2005 [citado 2017 feb. 18]. Disponible en: <https://bit.ly/2Dpi4Ot>
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida [internet]. 2015 [citado 2016 ago. 29]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
3. Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. París: autor; 2016.
4. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales [internet]. Bogotá: autor; 2013 [citado 2016 ago 29]. Disponible en: <https://bit.ly/2wKpoCH>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Sala situacional de la población adulta mayor [internet]. 2018 [citado 2018 dic. 20]. Disponible en: <https://bit.ly/2VYvk3R>
6. Blanco M. El enfoque del curso de la vida: orígenes y desarrollo. Revista Latinoamericana de Población. 2001;5(8):5-31.
7. Hurtado-Saa T, Rosas-Vargas R, Valdés-Cobos A. Servicios de salud, discriminación y condición étnica/racial: Un estudio de caso de la problemática en México y Colombia. Ra Ximhai. 2012;9(esp.1):145-51.
8. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Almudena M. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2008;27;28(101):43-83.
9. Pecheny M. Estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe. Gazeta de Antropología. 2014;30(3):1-16.
10. Krieger N. Glosario de epidemiología social. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health. 2002;11(5-6):480-90.
11. Barrantes M, Rodríguez E, Lama A. Relación médico-paciente: derechos del adulto mayor. Acta Bioeth. 2009;15(2):216-21.
12. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina integral. Cifras e indicadores del sistema de salud [internet]. 2017 [citado 2017 mar. 16]. Disponible en: <https://bit.ly/2W5pRZ2>

13. Encuesta SABE 2015 [internet]. 2015 [citado 2017 mar. 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>
14. Pérez-Fuentes MC, Molero MM, Mercader I, Soler Flores, Barragán A, Calzadilla y Gázquez JJ. Salud percibida y salud real: prevalencia en las personas mayores de 60 años. *Enferm Univ.* 2015;12(2):56-62.
15. Martínez Velilla N. Multimorbilidad: el último de los síndromes geriátricos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45(4):177-8.
16. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. Washington: OMS/OPS; 2009.
17. Peláez M, Ferrer M. Salud pública y los derechos humanos de los adultos mayores. *Acta Bioeth.* 2001;7(1):144-55.
18. Secretaria de Planeación. Monografía 2017. Diagnóstico de los principales aspectos territoriales, infraestructura, demográficos y socioeconómicos. Bogotá: Alcaldía de Bogotá; 2018.
19. Organización Mundial de la Salud. Salud y derecho [internet]. 2017 [citado 2019 jul 25]. Disponible en: <https://bit.ly/ORrbvM>
20. Constitución Política de Colombia [internet]. 1991. [citado 2019 feb. 28]. Disponible en: <https://bit.ly/2E13Ox2>
21. Formiga F, Fort I, Robles MJ, Barranco E, Espinosa MC, Riu S. Aspectos de comorbilidad en pacientes ancianos con demencia. Diferencias por edad y género. *Rev Clin Esp.* 2007;207(10):483-537.
22. Ageism Hurts Organization. What is ageism? [internet]. 2011 [citado 2017 jun. 2]. Disponible en: <http://ageismhurts.org/what-is-ageism>
23. Argentum. Ageism. Definición de discriminación por edad [internet]. 2015 [citado 2018 nov. 1]. Disponible en: <http://www.alfa.org/alfa/Ageism.asp>
24. Gan L. Ageing in the 21st. Reflections on the current context [internet]. Melbourne: Melbourne School of Population and Global Health-The University of Melbourne; 2018 [citado 2019 ene. 25]. Disponible en: <https://bit.ly/2VWglrb>

25. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Envejecimiento y vejez. Definición de vejez [internet]. 2016 [citado 2018 sep. 30]. Disponible en: <https://bit.ly/2le5QPe>
26. Dulcey E. Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Rev Latinoam Psicol.* 2002;34(1-2):17-27.
27. Rodríguez K. Vejez y envejecimiento. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2010.
28. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas; 2011.
29. Daniels N. Just health, meeting health needs fairly. Nueva York: Cambridge University Press; 2008.
30. Organización Internacional del Trabajo. Servicios de salud [internet]. S. f. [citado 2017 nov. 7]. Disponible en: <https://bit.ly/2IycMV4>
31. Viveros M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista.* 2016;52:1-17.
32. García S. La exclusión social del adulto mayor en los servicios de salud de Guatemala [tesis de maestría]. Ciudad de Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
33. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas, Washington, D. C.: autor; 2013.
34. Ruelas-González G, Pelcastre-Villafuerte BE, Reyes-Morales H. Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos. *Salud Pública Méx.* 2014;56(6):631-7.
35. Malheiros R, Repetto M. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2007;9(1):251-60.
36. Vieira T, Moreira R, Saliba C, Moimaz S. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. *Saúde Soc.* 2010;19(4):866-77.
37. Souza A, Meira E, Menezes M. Violência contra pessoas idosas promovida em instituição de saúde. *Mediações, Londrina.* 2012;17(2):57-72.

38. Sedrez K. Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos da terceira idade [tesis de posgrado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.
39. Pires ZR, Silva MJ. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [internet]. 2001;3(2). Disponible en: <https://bit.ly/2Grajs7>
40. Cardona D, Segura A. Políticas de salud pública aplicadas al adulto mayor en Colombia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46(2):59-116.
41. Nelson T. The age of ageism. *Journal of Social Issues*. 2016;72(1):191-8.
42. Marques S. Discriminação da terceira idade. Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2016.
43. Ferreira J, Ferreira R. Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *Int J Clin Health Psychol*. 2016;6(1):65-77.
44. Franco M, Villareal E, Vargas E, Martínez L, Galicia L. Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un Hospital de la Ciudad de Querétaro, México. *Rev Med Chile*. 2010;138:988-93.
45. Sampen J, Varela L, Díaz C, Tello T, Ortiz P. Validación de la Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan y evaluación de las actitudes hacia el adulto mayor por parte del personal de salud del primer nivel asistencial. *Acta Med Peruana*. 2012;29(3):148-54.
46. Sousa J, Filipe C, Ilinca S, Buttigieg S, Taghizadeh A. Ageism in health care: a systematic review of operational definitions and inductive conceptualizations. *Gerontologist*. 2019;59(2):e98-108.
47. Phibbs S, Hooker K. An exploration of factors associated with ageist stereotype threat in a medical setting. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2017;73(7):1160-5.
48. Chande R, González C. Discriminación en las edades avanzadas en México. *Papeles de Población*. Pap Poblac. 2008;14(55):35-58.
49. Rippon I, Zaninotto P, Steptoe A. Greater perceived age discrimination in England than the United States: Results from HRS and ELSA. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2015;70(6):925-33.

50. Espitas H, Sáenz H. Percepción del adulto mayor sobre la calidad de atención en servicios de medicina especializada del hospital Santa Rosa de Tenjo durante los meses junio y julio del año 2015 [trabajo de investigación]. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.
51. Sun J, Smith, J. PhD; Self-perceptions of aging and perceived barriers to care: reasons for health care delay. *Gerontologist*. 2017;57(supl. 2):S216-26.
52. Branco L, Cavalcanti A. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(2):363-72.
53. Kydd A, Fleming A. Ageism and age discrimination in health care: Facto or fiction? A narrative review of the literatura. *Maturitas*. 2015;81(4):432-8.
54. Samra R, Griffiths A, Cox T, Conroy S, Gordon A, Gladma J. Medical students' and doctors' attitudes towards older patients and their care in hospital settings: a conceptualization. *Age and Ageing*. 2015;44(5):776-83.
55. Ribera J, Bustillos A, Guerra A, Huici C, Fernández-Ballesteros R. ¿Se discrimina a los mayores en función de su edad? *Visión del profesional. Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51(5):249-306.
56. Gendron T, Welleford A, Inker J, White J. The language of ageism: why we need to use words carefully. *Gerontologist*. 2016;56(6):997-1006.
57. Ulin P. Investigación aplicada en Salud Pública. Métodos cualitativos. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2006.
58. Ghiso A. Métodos de la investigación cualitativa. En: Rodríguez G et al. *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe; 1996. p. 39-59.
59. Pietkiewicz I, Smith JA. A practical guide to using interpretative phenomenological analysis in qualitative research psychology. *Psychological Journal*. 2014;20(1):7-14.
60. Hernández R, Fernández C, Baptista M. *Metodología de la investigación*. 6ª. ed. México: McGraw-Hill; 2014.
61. Sánchez C. Dilemas éticos de la investigación educativa. *Revista de Educación*. 1997;(312):271-80.
62. Resolución 8430 de 1993 (4 de octubre), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud.

63. Unesco. Cartas al editor. Declaración universal sobre bioética y derechos humanos de Unesco. Rev Med Chile. 2005;133:1120-22.
64. Declaración de Singapur sobre la integridad en la investigación [internet]. 2005 [citado 2018 mar. 10]. Disponible en: http://www.singaporestatement.org/Translations/SS_Spanish.pdf
65. Orlich ZC, Serrano HC, Camacho Map, Rodríguez, CEU. Guía para acompañar procesos de sensibilización sobre inclusión social y equidad desde la perspectiva interseccional. Calid Educ Super Género en América Lat. : 99.
66. Solis G. Percepción de los adultos mayores frente a los cuidados de enfermería en el área de medicina interna en el establecimiento de salud “A” de la ciudad de Esmeraldas. Esmeraldas, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
67. Alvarez AM, Sandri JVA. Population aging and the Nursing commitment. Rev Bras Enferm. 2018;71(supl. 2):722-3.
68. Schuck L, De Antoni C. Resiliência e Vulnerabilidade nos sistemas ecológicos: Envelhecimento e políticas públicas. Psic: Teor e Pesq. 2018;34:e3442.
69. Alcaldía de Medellín. Política pública de envejecimiento y vejez. Plan gerontológico 2017-2027 [internet]. Medellín: autor; 2017 [citado 2019 feb. 28]. Disponible en: <https://bit.ly/2GcbkFT>
70. Lázaro del Nogal, M. Detección y seguimiento de malos tratos en personas mayores un hospital terciario: experiencia de 3 años. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018;53(1):15-18.
71. Rodríguez M. Arredonde E. Salamanca Y. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardiaca de la ciudad de Medellín (Colombia). Enferm Glob. 2013;12(30):183-95.
72. Moore J. What is the sense of agency and why does it matter? Front Psychol. 2016;7:1272.
73. Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá: una ciudad mayor que se prepara para el envejecimiento de su población [internet]. S. f. [citado 2019 may. 12]. Disponible en: https://www.saldarriagaconcha.org/wpcontent/uploads/2019/01/VejezZBogotaZW_eb_1_1.pdf
74. Golbal AgeWatch. AgeWatch report card. Colombia [internet]. S. f. [citado 2019 may. 12]. Disponible en: <http://www.globalagewatch.org/countries/country-profile/?country=Colombia>

ANEXOS

Anexo 1

Investigación	Cualitativo	Cuantitativo	Alcance	Instrumento	Tipo de instrumento
La exclusión social del adulto mayor en los servicios de salud de Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Zucelly ⁽²⁶⁾	X		Exploratorio, descriptivo	Propio	Cuestionarios, entrevistas estructuradas y semiestructuradas
Maltrato Institucional hacia el adulto mayor: Percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos. Ruelas y cols ⁽²⁸⁾	X			Propio	Entrevista semiestructurada organizada con apoyo de software para análisis cualitativo Atlas-ti v.6.
Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos da terceira idade. Sedrez ⁽²⁹⁾	X	X	Transversal, prospectivo	Método teórico de Jane Loevinger, adaptado por Souza	Encuesta WHOQOL-OLD es un módulo específico de medición de calidad de vida en ancianos de la Organización Mundial de la Salud, que ya ha sido validado para portugués
Esteretipos negativos de la vejez en personal de salud de un Hospital de la Ciudad de Querétaro, México. Franco ⁽³⁰⁾ .			X	Transversal descriptivo	CENVE (Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez)
Validación de la Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan y evaluación de las	X		Transversal descriptivo	Cuestionario Lickert	Escala Psicométrica utilizada en cuestionarios

Actitudes hacia el adulto mayor por parte del personal de salud del primer nivel asistencial. Sampen y cols ⁽³²⁾ .					
Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. Malheiros y cols ⁽³³⁾	X		Descriptivo	Propio	Levantamiento de información en bases LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)
Percepción del adulto mayor sobre la calidad de atención en servicios de medicina especializada del hospital santa rosa de Tenjo durante los meses junio y julio del año 2015. Espitas y Sáenz ⁽³⁵⁾ .	X		Transversal, descriptivo, observacional, prospectivo	Encuesta PECASUSS (Percepción de Calidad Según Usuarios de Servicios de Salud)	Hoja de preguntas
Ageism in Health Care: A Systematic Review of Operational Definitions and Inductive Conceptualizations. Sousa, Ilinca, Buttigieg, S, Taghizadeh ⁽⁴⁰⁾ .	X		Descriptivo	Propio	Levantamiento de información de artículos científicos de bases de datos electrónicas entre enero de 1995 y junio de 2015
The Language of ageism: Why We Need to Use Words Carefully. Gendron, Welleford, y cols ⁽⁴¹⁾	X		Descriptivo	Propio	Levantamiento de información por medio de la recopilación de información de 354 tweet analizados cualitativamente
An Exploration of Factors Associated With Ageist Stereotype Threat in a		X	Retrospectivo	Propio	Análisis de datos mediante regresión logística multivariada

Medical Setting. Phibbs, y Hooker ⁽⁴²⁾ .						
Ageism and age discrimination in health care: Factor or fiction? A narrative review of the literatura. Kydd, y Fleming ⁽⁴³⁾ .	X		Descriptivo	PRISMA	Levantamiento de información de artículos científicos de bases de datos electrónicas entre abril de 2005 a abril de 2015.	
Discriminación en las edades avanzadas en México. Papeles de Población. Chande, y González ⁽⁴⁵⁾ .	X		Descriptivo	Encuesta Nacional sobre Discriminación en México	Cuestionario	
Perceived age discrimination in older adults, <i>Age and Ageing</i> . Rippon, Kneale, De Oliveira y cols ⁽⁴⁶⁾ .		X	Transversal	Encuesta ELSA	Encuesta	
Self-Perceptions of Aging and Perceived Barriers to Care: Reasons for Health Care Delay. Sun y Smith ⁽⁴⁷⁾ .			X		Estudio de Salud y Retiro	Encuesta. Se utilizó regresión logística binominal negativa para el análisis de datos.
Greater Perceived Age Discrimination in England than the United States: Results from HRS and ELSA. Rippon, Zaninotto y Steptoe ⁽⁴⁸⁾ .		X	Transversal	HRS Y ELSA	Encuesta. Se analizaron los datos mediante regresión logística multivariable.	
Políticas de Salud Pública aplicadas al adulto mayor en Colombia. Cardona y Segura ⁽⁴⁹⁾ .	X		Descriptivo	Propio	Levantamiento de información de consignada en instituciones oficiales y organismos multilaterales.	
¿Se discrimina a los mayores en función de su edad? Ribera, Bustillos y cols ⁽⁵¹⁾ .			X		Cuestionario EVE de discriminación	Cuestionario

Anexo 2. Instrumento

Instrumento: Entrevista semiestructurada.

El formato puede ser modificado según los hallazgos encontrados en las entrevistas, antes de iniciar esta se firmará el consentimiento informado

Preguntas Orientadoras entrevista semiestructurada: Dirigida a la persona mayor

El presente formato pretende indagar algunos aspectos importantes para identificar los tipos de discriminación hacia los adultos mayores en los servicios de salud, por lo que anticipadamente se les agradece las respuestas brindadas, las cuales servirán de base para la investigación que se realiza como parte de la tesis de maestría en salud pública. Sus respuestas son confidenciales y no le comprometen en nada

- **Datos generales**

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: M _____ F _____

Género: _____

¿Con quién/es vive? _____

¿A qué EPS se encuentra afiliado? _____

¿Cuál es o fue su ocupación?

¿Cuáles son sus problemas de salud?

¿Conoce usted sus derechos como adulto mayor?

- **Servicios de hospitalización**

¿Cuántas veces ha estado hospitalizado en el último año?

¿Cómo fue su experiencia durante la hospitalización?

¿En que contribuyó la atención prestada durante la hospitalización para mejorar su calidad de vida?

¿Qué comportamientos del personal que lo atendió en el servicio de hospitalización lo hicieron sentir incomodo?

¿Durante la hospitalización tuvieron en cuenta su opinión para tomar decisiones sobre su estado de salud, tratamiento y exámenes médicos? Si, No y ¿Por qué?

- **Discriminación**

¿Qué entiende usted por discriminación?

¿Qué entiende por discriminación por edad?

¿Qué formas de discriminación conoce?

¿Se ha sentido discriminado por su edad durante la hospitalización?

¿Se ha sentido discriminado por razón de género durante la hospitalización? Si la respuesta es afirmativa cite un ejemplo, de lo contrario continúe con la siguiente pregunta.

¿El personal que lo atendió, utilizó lenguaje despectivo o no lo llamo por su nombre para referirse hacia usted?

¿Las instalaciones físicas del servicio de hospitalización eran apropiadas para sus necesidades?

¿Durante las valoraciones médicas que situaciones lo hicieron sentir discriminado?

¿Durante el cuidado de enfermería que situaciones lo hicieron sentir discriminado?

¿En qué situaciones considera que sus derechos han sido vulnerados durante hospitalización?

¿Qué tipo de circunstancias le generan temor cuando ha estado hospitalizado?

¿Cuáles considera usted que son las causas de discriminación en los servicios de hospitalización?

Gracias por atención y colaboración.

Preguntas Orientadoras entrevista semiestructurada: Dirigida al profesional de salud

- Datos generales

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: M _____ F _____

Profesión _____

¿En qué servicio labora? _____

- Servicios de hospitalización

¿Hace cuánto tiempo ejerce su profesión?

¿Con qué población trabaja frecuentemente?

¿Cuál es el rango de edad de la población con la que trabaja?

¿Con qué grupo etario trabaja más a gusto?

¿Describa un día en su trabajo con atendiendo adultos mayores?

¿Cuáles son sus principales preocupaciones cuando atiende al adulto mayor?

¿Considera que tiene la capacitación adecuada para atender adultos mayores? Si/No y por qué.

¿Ha recibido algún tipo de capacitación o entrenamiento para la atención del adulto mayor?

¿Considera usted que la infraestructura hospitalaria es adecuada para la atención del adulto mayor?

¿Cree que es necesario contar con una capacitación específica para la atención integral del adulto mayor?

¿Qué situaciones de la atención en los servicios de salud considera que son discriminantes con los adultos mayores?

¿En qué situaciones considera que se vulneran los derechos de los adultos mayores?

¿Cómo incorpora el principio de la no discriminación en la atención que les brinda a sus pacientes mayores de 60 años y más?

¿En qué medida considera que la discriminación afecta la adherencia al tratamiento de sus pacientes mayores de 60 años y más?

¿En qué situaciones considera usted que el sistema de salud influye en la discriminación de los adultos mayores?

- Discriminación

¿Qué entiende por discriminación?

¿Qué entiende por discriminación por edad?

¿Qué tipo de discriminación por razón de género ha presenciado hacia el adulto mayor en los servicios de hospitalización?

¿Qué formas de discriminación hacia el adulto mayor conoce?

¿Cuáles considera usted que son las consecuencias de discriminar a un adulto mayor en los servicios de hospitalización?

Gracias por atención y colaboración.

Anexo 3. Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

Nombre del Proyecto de Investigación: Discriminación hacia los adultos mayores en los servicios de hospitalización.

Investigadores: Julieth Andrea Cárdenas Hoyos y Cristina Isabel Garza Tatis

Nombre del participante:

Estimado participante,

Nos encontramos realizando un proyecto de investigación cualitativo, sobre los tipos de discriminación hacia los adultos mayores, identificados a partir de sus vivencias en el servicio de hospitalización y los profesionales en medicina y enfermería que están en contacto con esta población en la localidad de Chapinero durante julio- septiembre 2018.

El objetivo del estudio es analizar qué tipo de discriminación se ejerce en los servicios de hospitalización hacia el adulto mayor; se realizará a través de entrevista semiestructurada donde se proveerá a los participantes una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Julieth Cárdenas, y Cristina Garza maestras de la universidad santo tomas del programa de maestría en salud pública. Si usted accede a participar en este estudio, se le aplicara una entrevista, la cual tomará aproximadamente 30 minutos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Este estudio no presenta riesgo alguno según lo establecido en el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud. Ya que no tiene procedimientos o técnicas que pudieran afectar a los individuos en sus aspectos orgánicos o psicológicos.

Los beneficios del presente estudio se respaldan con uno de los principios de Budapest (1999) donde el saber científico ha dado lugar a notables innovaciones sumamente beneficiosas para la humanidad y es aquí donde es valiosa su participación en este estudio, para así dar a conocer a la comunidad científica y en general sobre la discriminación en los servicios de salud hacia el adulto mayores.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas durante su participación. De igual forma puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique. Si algunas de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Los resultados de la investigación serán dados a conocer en primera instancia a la universidad Santo Tomas sede Bogotá en el trabajo de tesis para la obtención del título de Magister en Salud Pública, posterior a su aprobación será publicado a la comunidad científica y a la sociedad Colombia en general.

Yo, _____ con CC _____ de _____, manifiesto que deseo participar en el proyecto de investigación cuyo nombre es Discriminación hacia los adultos mayores en los servicios de hospitalización. Y que he

recibido la información necesaria sobre el Objetivo del proyecto y Consiento el uso de la información oral a través de audio y de archivo que he compartido con la investigadora principal del proyecto con fines exclusivos de investigación científica.

Para ello, las investigadoras me han aclarado los siguientes aspectos:

- Puedo manifestar mi deseo de no participar en la investigación en cualquier fase del

Proyecto.

- Se asegura la confidencialidad de mis datos personales, los datos de la organización que represento y de los archivos que sean por ella consultados.

Firma del participante

Fecha

Firma de testigo

Anexo 4. Matriz: Profesionales de la salud y adulto mayor

Matriz 1. Profesionales de la salud

Temas establecidos	Teorías	Testimonios	Interpretación
<p>Derechos del adulto mayor</p>	<p>En el artículo 49 de la Constitución Política está establecido que la atención en salud debe ser universal y se garantizará el acceso a los servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud; a su vez, el artículo 46 consagra que, los adultos mayores deben gozar de especial protección y asistencia y deben promover su integración a la vida activa ⁽⁶⁵⁾.</p>	<p>D30M: en la institución donde yo laboro ellos tienen derecho a la atención en salud, así sea por médico general, pero obviamente lo principal es el derecho a estar en un sitio cómodo tranquilo que no tenga ningún impase con respecto a su patología de base, ni tampoco a su condición mental u orgánica (Líneas 82-84).</p>	<p>De acuerdo al artículo 49 de la Constitución Política de Colombia el adulto mayor tiene el derecho a que se le garantice el acceso a la salud, con la recuperación de la misma.</p> <p>En este testimonio se evidencia cómo es fundamental el derecho que tiene el adulto mayor a recibir un buen trato en el centro de salud, de manera que se garantice su salud mental y física en el servicio de salud.</p>
<p>Vulneración de los derechos del adulto mayor</p>	<p>Estereotipos despreciativos, donde el “viejo” es un miembro disfuncional de la vida activa y productiva, un ser decadente en edad de</p>	<p>M59F: El amarrar a un paciente, amarrar como dice mi mamá, e inmovilizar a un paciente pero dado el visto que tenía hemoglobina en 7 se transfundió y todo eso, eso es vulnerar a un paciente, y es algo que ella dice, en el hospital me</p>	<p>Uno de los problemas que se presentan con gran frecuencia según lo expresado por los profesionales de la salud en los hospitales y clínicas del país tiene que ver precisamente con atentar física o psicológicamente con la salud del paciente, de hecho, los</p>

	<p>deterioro sin crecimiento ni desarrollo”⁽⁶⁾</p>	<p>amarraron y siente vulnerado su derecho (Líneas, 398- 400)</p> <p>O29M: Yo creo que los adultos mayores deberían de tener habitaciones unipersonales, la mayoría son inmunocomprometidos, tienen polifarmacia, tienen grandes riesgos de caídas, entonces yo creo que habitaciones compartidas no sería lo ideal y lo ideal sería habitaciones unipersonales, (Líneas, 1192-1195).</p> <p>M56F: Una situación en que se vulneraría el derecho que no se atiende oportunamente que la clínica no cuente con los recursos necesarios para darle seguridad al paciente O sea que no tenga insumos necesarios que no tenga planta física adecuada que no tenga un baño adecuado que no tenga una cama con barandas en esa situación consideraría que se estarían vulnerando los</p>	<p>consultados expresaron que en algunos casos fueron maltratados físicamente; y también la mayoría de ellos cuando son hospitalizados les toca compartir habitación con varias personas, y por ende se vulnera el derecho a la privacidad. A su vez los consultados expresaron que en muchos casos los centros médicos no cuentan con baños limpios, ni habitaciones aseadas para atender a los adultos mayores.</p> <p>Y además se insistió que en algunos casos los adultos mayores son maltratados física y psicológicamente.</p>
--	---	--	---

		<p>derechos de los pacientes adultos (Líneas, 1921-1925).</p> <p>O54M: el respeto a su experiencia porque como ya se cree que son puede que suene feo, pero como ya está viejo ya no lo respetan. Hay personas que los maltratan verbalmente y psicológicamente, por lo cual ese tipo de tratos los deprimen mucho (Líneas, 2100-2102).</p>	
Discriminación	<p>La discriminación se ejerce cuando los individuos pertenecen a un grupo establecido e identificado socialmente y son visto de forma desigual e injusta debido a su pertenencia a ese grupo ⁽¹⁶⁾.</p>	<p>D30M: Entiendo por discriminación, que por x o y razón se ofrece un servicio de forma inadecuada debido a su condición ya sea de género, de edad, o de físico, o cultural, no se da la misma calidad de la atención debido a alguna de estas características, se discrimina al paciente no ofreciéndole lo mismo que se ofrece a las otras personas (Líneas 172-175).</p> <p>O33F: por razón de edad, lo que estábamos ahoritica hablando porque es adulto mayor y la persona de pronto no hace bien</p>	<p>Discriminar a alguien conlleva realizar un trato desigual e injusto con la persona bien sea por su sexo, religión, y entre otras manifestaciones de su identidad.</p> <p>Según lo expresado por lo consultados la discriminación es cuando se ofrece un servicio de forma inadecuada debido a la condición de género, raza o religión, y obviamente esto afecta la calidad de la atención del paciente.</p> <p>También los profesionales de la salud expresaron que en muchos casos se discrimina por edad al</p>

		<p>su labor, no hace bien su ejercicio, su actividad porque ya no tiene la edad para realizar cualquier actividad, entonces se discrimina (Líneas, 533-535).</p> <p>O29M: Yo creo que discriminar es tratar a una persona diferente por una condición especial y que eso genere algún tipo de conflicto con esa persona, y que esa atención le vulnera algún tipo de derecho (Líneas, 1267 - 1270).</p> <p>J65M: Rechazar a alguien por su condición social racial económica sexual y de cualquier índole (Líneas, 1636-1637).</p>	<p>paciente, es decir, se cree que porque es de una edad mayor no necesita la importancia del caso.</p>
<p>Discriminación de adultos mayores</p>	<p>La sobrecarga laboral, la poca o nula capacitación del personal en cuidado del adulto mayor, el deterioro de las</p>	<p>gD30M: Situaciones específicas que sean discriminatorias, digamos en lo que yo he podido notar, discriminar es que de pronto</p>	<p>Cuando se habla de discriminación del adulto mayor se remite a la falta de cuidado de esta población, la mala atención de los adultos mayores, aspectos que hacen parte de la discriminación.</p> <p>Al respecto, los profesionales de salud expresaron que en muchos casos el adulto mayor es</p>

	<p>instalaciones y la mala atención, generan interacciones difíciles entre el personal y las personas mayores promoviendo situaciones de discriminación⁽¹⁰⁾.</p>	<p>ellos tengan la dificultad de no poder tener un acompañante permanente, no porque el hospital no lo permita; sino porque la familia no se hace cargo de la custodia del paciente (Líneas 69- 72).</p> <p>C56M: Es cuando esa variable para ser rechazado o no estar incluido dentro de un beneficio al que tiene derecho, se debe exclusivamente a una cuestión de edad, es decir al ser mayor no se le va a brindar ese derecho, solo por tener edad mayor (Líneas, 803-805).</p> <p>O29M: No, te diría que el sistema de salud trabaja siempre con los estratos, si lo considero como un tipo de discriminación, si tú tienes un estrato, te tratan mejor y si vas a una institución de más prestigio que la que te pueden brindar en otra institución, o en un hospital público, eso si cambia del cielo a la tierra, si es subsidiado o contributivo también, porque obviamente</p>	<p>discriminado porque no puede tener alguien que lo acompañe. Adicionalmente, los consultados expresaron que se da mucho la discriminación por edad sería cuando yo no tengo en cuenta las condiciones básicas del paciente mayor, que por el paso de los años ya ha perdido la vista, ha perdido el oído y ha perdido el equilibrio, ya el paciente no escucha bien entonces el profesional no le tenga paciencia que no lo escuché y que no tenga en cuenta la parte afectiva que para ellos es bien importante para ellos.</p>
--	---	--	--

		<p>pagan o no pagan el hospital , entonces los usuarios también se ven afectados (Líneas, 1307-1310).</p> <p>M56F: Discriminación por edad sería cuando yo no tengo en cuenta las condiciones básicas del paciente mayor, que por el paso de los años ya ha perdido la vista, ha perdido el oído y ha perdido el equilibrio, ya el paciente no escucha bien entonces yo en un momento que no le tenga paciencia que no lo escuché y que no tenga en cuenta la parte afectiva que para ellos es bien importante (Líneas, 1948- 1952).</p>	
--	--	--	--

<p>Servicio de salud</p>	<p>Así mismo, el acceso al sistema de protección de la salud debe ofrecer igualdad las mismas oportunidades para el disfrute del grado máximo de salud” (69).</p>	<p>D30M: Acá un adulto mayor nos decía que tiene setenta años y le dio apendicitis y la EPS, no le autorizaba el procedimiento por laparoscopia, digamos que ese fue como un ejemplo de que él sintió que el sistema, pues ya no era culpa de la clínica, ni de los médicos (Líneas 113-115). O33F: El tiempo que uno les da, la mala comunicación, la paciencia y yo pienso que eso va desde el ingreso al hospital que es por la parte de urgencias, está muy discriminado eso, pues puede que vaya una persona de 70 años pero no lo demuestra, pero ella tiene su dificultad por decirlo así, y la hacen ingresar sola (Líneas, 372-375)</p> <p>M59F: esa es la cosa triste que si la familia o algo no sabe, entonces la entidad de salud hace lo que le conviene a ella, y porque uno va subiendo la cuesta, entonces ya se le van apagando a uno las oportunidades, porque se va haciendo mayor, mayores de</p>	<p>El servicio de salud es un derecho fundamental de los adultos mayores, en ese sentido los profesionales de la salud y los centros médicos tienen la responsabilidad de brindar las condiciones necesarias para el bienestar de los adultos mayores. Sin embargo se presentan situaciones adversas en las cuales no se presta un adecuado servicio de salud a los adultos mayores según lo comentado por los consultados.</p>
---------------------------------	---	--	---

		<p>sesenta años y entonces ya lo van catalogando a uno de viejo (Líneas 498-501).</p> <p>C56M: Quizás una de las situaciones que con más frecuencia ve uno es en la proporcionalidad de la intervención, es decir cuando están relacionadas con la edad, entonces cada vez se ve menos, eso es cierto, pero es una problemática real donde por cuestiones de edad (Líneas, 785-788).</p> <p>O29M: Hay una dificultad muy grande con ellos, y yo creo que eso es una limitación para ellos, sobre todo en el sistema de salud actual, es por ejemplo generar un cambio de EPS, si yo soy un paciente de 70 años tengo muchas enfermedades y me voy a pasar a otra EPS, no me cubre muchas preexistencias o el costo cada vez es mayor (Líneas, 1181-1184).</p>	
--	--	---	--

		<p>O54M: Sí, yo pienso se trata de cómo de tratarlos, cómo entenderlos a ellos, es la parte como más de pronto psicológico psiquiatra porque uno va por urgencias y atiende el problema que tienen, pero ellos ven por ejemplo la situación distinta, al momento de hospitalizarlos si hay necesidad, hay que saberlos manejar porque ellos se deprimen con mucha facilidad (Líneas, 2094-2098).</p>	
Calidad en el servicio	<p>La encuesta SABE de 2015 en el estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, respecto al uso de los servicios de salud 55,7% de las personas mayores considera que la atención que recibieron fue muy buena o buena ⁽⁸⁾.</p>	<p>D30M: calidad en el servicio que estén más atendidos y pendientes de él, que los medicamentos se le administren a la hora que debe ser, que se le hagan los exámenes pronto y de que también estén un poco más atentos en la parte de enfermería, que no vayan a tener algún evento adverso como caídas o mala administración de algún medicamento (Líneas 94-96).</p>	<p>De acuerdo a los datos de la encuesta SABE por lo general la calidad del servicio de salud es bueno, en ese sentido, para los profesionales de la salud la calidad del servicio radica en la capacidad del médico y de la enfermera de suministrar correctamente los medicamentos a los adultos mayores ya que esto es necesario para brinda un servicio médico de calidad.</p>

<p>Infraestructura hospitalaria</p>	<p>En el Caribe y América Latina, se evidencia deficiencias en los servicios de salud como lo es la sobrecarga laboral, la poca o nula capacitación del personal en cuidado del adulto mayor, el deterioro de las instalaciones y la mala atención, generan interacciones difíciles entre el personal y las personas mayores promoviendo situaciones de discriminación⁽¹⁰⁾.</p>	<p>D30M: No, desafortunadamente los servicios de urgencia tanto por la parte de los usuarios y de los pacientes, como por parte de las mismas instituciones, no hay unas adecuadas instalaciones para atender la población mayor (Línea 57-59).</p> <p>O33F: No, no son adecuadas, primero tenemos que observar la movilidad de ellos y no tenemos una buena movilidad, los pasillos son largos para ellos, se cansan somos malos informantes, no damos una información para que ellos lleguen a punto, puntual, para que ellos no gasten su tiempo y evitar que se cansen (Líneas, 344-346).</p> <p>O29M: Hay unas zonas que sí, y hay unas zonas que no, yo diría que todavía falta mucho se ha implementado mucho por normas y por ley el acceso, por ejemplo los accesos peatonales,</p>	<p>Es evidente que el una malas instalaciones físicas de los centros médicos promueven situaciones de discriminación a los adultos mayores en la medida que no se brindan las condiciones necesarias para atender a esta población.</p> <p>En este testimonio el profesional de la salud menciona que el servicio de urgencias, por lo general no ofrece un servicio de calidad, tanto en su atención como eficiencia para atender las necesidades del adulto mayor, además de esto en muchos casos las instalaciones físicas no son las adecuadas para prestar un buen servicio de calidad.</p> <p>Otro aspecto que influye en la infraestructura hospitalaria tiene que ver que en muchos los centros médicos no tienen la capacidad física para atender muchos pacientes, por tanto, la prestación</p>

		<p>escaleras, ascensores, rampas, pero como tal en un consultorio pienso que no se ha visto un cambio significativo en este aspecto, digamos que las camillas son las mismas (Líneas, 1166-1169).</p> <p>O54M: Yo creo que la infraestructura, sí, lo que pasa es que los servicios están muy congestionados y hay unos ciertos valores, como por ejemplo que siempre tienen prioridad para niños y mujeres embarazadas, entonces al final el adulto mayor queda de últimas pero pienso que un punto que afecta la infraestructura de los hospitales es la incapacidad del gobierno y de la empresa privada para hacer crecer a los hospitales para la atención en general (Líneas, 2082-2086).</p>	<p>del servicio es demorado; con lo cual se enfatizó en lo que expresaron los consultados que el gobierno tiene la responsabilidad moral de mejorar la infraestructura hospitalaria en el país.</p>
--	--	---	---

<p>Servicios de hospitalización</p>	<p>La atención en los servicios de hospitalización, los adultos mayores experimentan situaciones de discriminación, ya que, de manera generalizada se considera a todos los viejos como enfermos o discapacitados⁽⁶⁾.</p>	<p>C56M: Injusticia social, inequidad, falta de compromiso con nuestra misión como profesionales, las consecuencias son terribles, pero las más graves son sobre el propio individuo, sobre ese individuo que tiene que sufrir las consecuencias de ser separado, simplemente por el hecho de tener una edad mayor que otros; así que las consecuencias son dramáticas y creo que de todas maneras este tipo (Líneas, 840. 843).</p> <p>M56F: Una situación que consideraría discriminante es que al paciente adulto mayor se le haga esperar en los servicios por ejemplo de urgencia. Yo pienso que se le da prioridad al paciente adulto mayor teniendo en cuenta su edad, su patología y sus falencias que ya tiene por el paso de los años (Líneas, 1913- 1917).</p>	<p>Frente a los servicios de hospitalización los profesionales de salud expresaron que en muchos casos falta una responsabilidad de los médicos y enfermeras con la misión del profesional de la medicina; de hecho, se evidencia en muchos casos que la atención médica no es la mejor cuando el adulto mayor esta en hospitalización, por una lado el tema de estar pendiente del adulto mayor, y por otro lado, se presenta que muchas veces se demora al paciente para atenderlo y realizar su respectivo diagnóstico médico.</p>
--	--	---	---

Temas emergentes	Teorías	Testimonios	Interpretación
<p>Abandono del adulto mayor</p>	<p>Los adultos mayores experimentan situaciones de abandono, ya que, de manera generalizada se considera a todos los viejos como enfermos o discapacitados⁽⁶⁾,</p>	<p>D30M: La primera y lo que más nos preocupa a todos los médicos es el abandono, porque muchas veces uno nota que la familia trae al paciente porque no lo puede cuidar en la casa; o porque no tienen forma de estar pendiente de él (Línea 29-31).</p> <p>Si conozco que se vulneran muchos derechos y deberes en personas adultas cuando son de abandono que las dejan en el hospital y no hay familia, no hay nada entonces digamos que si limitan muchos procedimientos para esas personas porque saben que nadie les va a responder, o nadie les va a cuidar, o nadie va a estar atento del tratamiento (Líneas, 1226-1229).</p>	<p>Uno de los aspectos que más preocupa a los profesionales de la salud es el abandono de adulto mayor, ya que esto se presenta con frecuencia, es decir, por lo general el adulto mayor lleva su proceso de recuperación de la enfermedad en soledad, y esto se da porque la familia no hace parte del proceso de la enfermedad del adulto mayor.</p>

<p>Autonomía del paciente</p>	<p>se encontró que los autores Barrantes ⁽⁶⁾, Sedrez ⁽²⁹⁾, Res ⁽³⁷⁾, Cardona y Segura ⁽⁴⁹⁾ describen la autonomía como un derecho que favorece la toma de decisión y esta a su vez favorece aumentar las condiciones de calidad de vida; demostrando que están en la capacidad de tomar sus propias decisiones aun cuando tenga alguna enfermedad crónica</p>	<p>D30M: uno debe ser consciente que la persona es dueña de su cuerpo y así tenga más de sesenta años si tiene capacidad de razonar, entender y tomar decisiones debe ser incluida en las decisiones y en las conductas que se tomen con respecto a lo que se vaya a hacer (Línea, 204-106).</p>	<p>La autonomía del paciente es un aspecto central de los derechos del adulto mayor en la medida que éste tiene la capacidad de decidir sobre su salud, y asumir las responsabilidades cuando se encuentra enfermo; es necesario que el paciente desarrolle una capacidad autónoma en la medida que esto contribuye a que mejore su calidad de vida.</p> <p>En este aspecto el profesional de la salud destaca que es fundamental reconocer la autonomía que tiene el adulto mayor en la capacidad de decisión y de razonar sobre su enfermedad.</p>
<p>Formación en el cuidado del adulto mayor</p>	<p>Branco y Cavalcanti ⁽³⁸⁾, Kydd y Flemming ⁽⁴³⁾ resaltan la importancia de incluir dentro de los programas académicos de formación médica asignaturas que traten las especificidades de la atención a la salud del anciano, de tal forma que los profesionales de la salud cuenten con las competencias necesarias para abordar la atención y</p>	<p>O33F: yo pienso que iniciando por el respeto, aprender a conocerlos, aprender tomando cursos, educándonos nosotros mismos para poder aprender a entenderlos a ellos, pues entenderlos a veces es complicado, yo pienso eso, pero es porque no tenemos las herramientas necesarias para hacerlo, pienso que el respeto, la educación y la normatividad. (Líneas 447-452).</p>	<p>Un aspecto que destaca el profesional de la salud es fomentar talleres, conferencias formativas sobre la atención del adulto mayor, ya que en muchos casos el médico la enfermera no tienen el adecuado trato con respeto y paciencia por la salud del adulto mayor, ya que esto favorece que se brinde una mejor calidad de vida al adulto mayor.</p>

	asistencia de las personas mayores de manera holística.	O54M: Aquí en Bogotá la secretaría de salud se ha preocupado mucho por eso y han implementado cursos, charlas y visitas, y esto ha mejorado bastante, de hecho, en las universidades de mi época poco enseñaron el cuidado especial hacia el adulto mayor pero si considero que sería bueno (Líneas, 2089-2093).	
Diálogo y cuidado del adulto mayor	El cuidado implica una relación típicamente interpersonal cuyo impacto ha de ser un cambio positivo. En tal sentido, cuidar es -o al menos se espera que sea- un acto terapéutico basado en un compromiso afectivo que, en lo posible, debe ser recíproco (22).	C56M: Son múltiples, la primera es poder hacer un diálogo de comunicación, que yo le pueda entender a la persona y la persona me pueda entender a mí, si eso está con muchas barreras y muchas imposibilidades por ejemplo si la persona tiene, por decir algo hipoacusia o pérdida de la audición, o si la persona tiene una demencia y no puede entender lo que está diciendo o no puede expresarlo, o si la persona tiene algún otro problema médico que en su estado neurológico o de conciencia no permite esa comunicación (Líneas, 665-670).	Se trata de asumir una postura resiliente y de apertura con el adulto mayor, para ello aparece el diálogo como esa herramienta que brinda confianza entre el paciente y el profesional de la salud, y que por consiguiente conlleva el respectivo cuidado del paciente, de interesarse y preocuparse por él, de charlar con él, de cómo se encuentra. En este aspecto el profesional de la salud destaca la necesidad de fomentar el diálogo y la comunicación con el adulto mayor ya que es una manera de entender y comprender la situación del adulto mayor.

Matriz 2. Adultos mayores

Temas establecidos	Teorías	Testimonios	Interpretación
<p>Discriminación de adulto mayor</p>	<p>Los adultos mayores están arriesgado a padecer la invisibilidad, la escasez, la fragilización, con sus respectivas expresiones de esta etapa de la vida ⁽²²⁾.</p>	<p>M59F: A mi mami le ordenaron quetiapina por que no estaba durmiendo se le olvida, eso es otra cosa, uno entrega turno ¿durmió?, si señora, a bueno a las 3 de la tarde durmió y responde no, yo no dormí, yo pase en vela, entonces hay un choque y es el aprender que el adulto mayor se le olvida que durmió y yo como hija de un adulto mayor estoy aprendiendo hasta ahorita. (Líneas, 467-469).</p> <p>A74F: No, para los ancianos no hay prioridad, por la misma cuestión, yo pienso que es un anciano, también considero las EPS que tienen ancianos terminales, las considero</p>	<p>La discriminación del adulto mayor se comprende como la invisibilidad de esta población ante los centros médicos y los profesionales de salud, a su vez cuando se presentan situaciones de abandono de estos pacientes se presenta la discriminación.</p> <p>En ese orden de ideas, se puede considerar que la problemática principal que aqueja a los adultos mayores es que sufren situaciones en las cuales son discriminados por razón de su edad, en consecuencia, de ello se obstaculizan el agradecimiento social, la asimetría de condiciones de la libertad y los derechos humanos</p> <p>En los testimonios de los consultados se evidencia que en muchos casos los profesionales de la salud no brindan la adecuada</p>

		<p>porque son un gasto (Líneas, 943- 94).</p> <p>D68M: Que digamos, es muy marcado aquí en nuestro medio que las personas mayores, pues son como ya marginadas y la sociedad los considera como inútiles, eso es lo que entiendo que es la actitud que las personas tienen frente a los mayores (Líneas, 1403- 1405).</p> <p>R62F: Yo entiendo de que a veces, la discriminación, en las personas En el racismo de pronto puede ser de pronto con los viejitos digamos que también a veces veo que como que ya los ven como desechables por decir así qué Por qué es viejito ya no tiene derecho a nada (Líneas, 1517- 1519).</p> <p>R62F: Las edades por la plata muchas veces por el dinero, muchas veces si una persona no tiene plata la gente dice si no hay con qué pagar no le paran ni pizca de bolas, de pronto</p>	<p>atención al adulto mayor, es más también se constató en los testimonios que no existe prioridad para el adulto mayor en el servicio de salud, ya que ellos generan un gasto económico; así mismo, otro encuestado argumentó que por lo general se ve a los adultos mayores como personas inútiles a la sociedad.</p> <p>También se argumentó que en muchos casos la atención en las habitaciones donde están hospitalizados los adultos mayores no es la mejor, se ve que las enfermeras en algunos casos no brindan un buen trato a esta población, y si le sumamos que son personas de estrato socio económico bajo esto se ve reflejado con más notoriedad</p>
--	--	--	--

	<p>personas que viejitos que te sigan como socios así yo creo como que les da como asco algo así (Líneas, 1521- 1523).</p> <p>O63M: Cuando se pasan por alto los derechos adquiridos de una persona que por cualquier motivo los tiene (Líneas, 1785. 1787).</p> <p>O63M: Bueno, como cuando en mi caso, prefirieron a la persona joven que llegó después que atenderme a mí que yo estaba haciendo mi cola y podía tener un infarto o cualquier cosa cerebrovascular (Líneas, 1785-1790).</p> <p>O63M: Me cambiaron de una habitación a otra y me parece que me sentí discriminado porque, me quitaron la sábana o la cobija con la que yo estaba tapado de manera abrupta y me dijeron: tiene que cambiarse de aquí vamos para otro lado y me y me la raparon (Líneas, 1823-1826).</p>	
--	--	--

		<p>L76M: Uno no puede ver a las personas diferentes por el color o por diferentes cosas que discrimina a la persona. (Líneas, 2203- 2205).</p> <p>L76M: La diálisis, es muy difícil muy duro se siente uno.... y la doctora una vez no me formulo los medicamentos porque no me sabia el nombre de las pastillas esa vez se puso delicada (en entrevistado refiere que esto fue en consulta externa después de que había salido de la hospitalización, fue a una cita médica y le paso (Líneas, 2223- 2226).</p> <p>R68M: Cuando llegas a los 60 años las personas creen que ya uno no es útil porque quizás es más lento, no camina o más bien ya no corre, hablamos más despacio, pensamos con calma y eso sucede porque los golpes de la vida nos hacen más sabios, pero esto los jóvenes de hoy no comprenden. (Líneas, 2305- 2310).</p>	
--	--	--	--

<p>Vulneración de derechos adulto mayor</p>	<p>Como secuela este grupo de población sienten y viven limitación en la libertad e igualdad tanto en los derechos como las situaciones, debido a que las políticas públicas no tienen en cuenta las necesidades de los adultos mayores ⁽²²⁾.</p>	<p>A74F: De pronto en no atenderlo a uno porque llego tarde, es que uno tiene derecho a llegar tarde, claro no todas las veces, pero así como un médico puede llegar tarde o puede no llegar, un paciente también puede llegar tarde o no llegar (Líneas, 997- 999).</p> <p>J65M: En que, me he podido morir y a nadie le habría importado. Me metieron a un cuarto, un hombre sólo me miró el ojo y me dijo “fulano” usted está hipertenso, tómese esto y acuéstese ahí... No volví a ver a nadie más del personal asistencial sino hasta las 6 de la mañana que entró una enfermera y me dijo usted ya está bien se puede (Líneas, 1710- 1712).</p>	<p>Uno de los problemas de vulnerar los derechos de los adultos mayores tiene que ver con que se limiten sus libertades ya que esto afecta su individualidad. Frente a este tema de los derechos vulnerados al adulto mayor se evidencia de parte de los consultados que muchas veces no se respeta a estos pacientes, es más se demuestra según lo que ellos comentaron en la entrevista el poco interés de atenderlos con respeto y responsabilidad de parte de los profesionales de la salud.</p>
--	--	---	--

<p>Servicios de hospitalización</p>	<p>Diferentes investigaciones han evidenciado la marcada discriminación que experimentan las personas que han asistido a los servicios de hospitalización por diferentes condiciones, ya sea por raza, por sexo, por aspectos religiosos o por condiciones de edad. Hurtado, Rosas-Vargas y Valdés-Cobos⁽⁵⁸⁾.</p>	<p>D68M: Sí, porque hay una encuesta previa que le hacen antes de la cirugía sobre las restricciones de los medicamentos, entonces obviamente que la entrevista previa es bien importante (Líneas, 1379- 1380).</p> <p>R62F: ¿qué le digo? No, pues bien, me ayudaron a solucionar el problema, gracia a Dios hoy puedo mover mi hombro y bien, bien, bendito sea Dios (1499-1501).</p> <p>R62F: Claro que cuando va uno por un procedimiento una cirugía o algo nuevo, pues no deja de sentir miedo por lo que ir a pasar, pero gracias a Dios le explican a uno primero que es lo que le van a hacer y cómo va a ser el procedimiento y se siente uno digamos satisfecho con lo que le explican a uno (Líneas, 1567- 1569).</p> <p>O63M: Porque fui a las 9 de la noche porque tenía dolor en el pecho, dolor de cabeza ósea me</p>	<p>En el tema de los servicios de hospitalización los consultados expresaron que en algunos casos les resolvieron la situación de salud que tenían esas personas. Por otro lado, se presentan ciertos problemas en los servicios de hospitalización, por ejemplo, alguno encuestado manifestó que no lo atendieron debidamente, ni le dieron el medicamento correcto, es más en algunos casos los que dan los diagnósticos son los estudiantes de medicina.</p>
--	--	---	---

		<p>sentía mal fui por mis propios medios a la clínica hice la cola para que me atendieran para pedir mi cita y cuando estaba esperando cuando ya iba a pasar vi que llegó un muchacho joven de aproximadamente 20 o 22 años que tenía como un dedo o un brazo torcido algo así por un accidente que al parecer no era tan grave y cuando veo que el médico lo pasa primero a él y yo entonces cuando veo que el cierra la puerta me voy y le tocó durísimo con los puños le dije: doctor cómo va pasar primero a este muchacho sí prácticamente no le pasa nada y yo estoy haciendo mi turno, (Líneas, 1758- 1762).</p> <p>J65M: Tan mal estuvo el procedimiento que duré dos años tomando pepas para la tensión y cuando hice un viaje en verano a Europa, me privé en la mitad de la calle, por lo cual me llevaron a un centro médico en donde me hicieron varios exámenes me pusieron un aparato para medir la tensión 24 horas y cuando salieron los</p>	
--	--	---	--

		<p>resultados el médico me dijo que yo no podía tomar ese medicamento porque eso me bajaba la tensión la tenía en 40 (Líneas, 1672-1675).</p> <p>O80F: para mejorar su calidad de vida pues me fue muy bien, todos me atendieron muy bien. A él todo muy bien durante la hospitalización, ya que tuvieron en cuenta su opinión para tomar decisiones sobre su estado de salud, tratamiento exámenes médicos, mis hijos estaban pendientes a todas horas, entonces todo me hicieron todos los exámenes, y todo lo que necesité; los médicos, las enfermeras tuvieron en cuenta su opinión para tomar esas decisiones (Líneas, 2011- 2014).</p> <p>L76M: pude aprender el tratamiento que me habían dado, puede saber cómo cuidarme, que medicamentos tomar, que podía comer (Líneas, 2187- 2188).</p> <p>R68M: Pues, a veces llegaban médicos y estudiantes y no le</p>	
--	--	--	--

		explican bien como era mi situación en ese momento, recuerdo un día que le pedí a la enfermera que, si podía llamar al doctor porque mi esposa y yo teníamos unas dudas, por lo que ella dijo que ya el doctor había pasado y no creí que volviera al menos que fuera urgente (Líneas, 2285- 2290).	
Servicio de salud	Respecto a los servicios de salud, la Organización Internacional del Trabajo considera que los servicios de salud son un sector fundamental para la economía y la sociedad, que se encargan de velar por la garantía de la protección social y el acceso a una atención integral, efectiva y asequible ⁽²⁴⁾ .	A74F: Sí, con frecuencia voy, estoy en consultas con Psiquiatría precisamente por la depresión, a veces se siente uno pues solo, y si los viejos generalmente nos sentimos un poquito desplazaditos, porque es que los viejos somos feos (Líneas, 888-890.).	Frente a los servicios de salud que ofrecen las clínicas y los hospitales, el consultado expresó que lo atendieron en el momento.

Temas emergentes	Teorías	Testimonios	Interpretación
Abandono del adulto mayor	Los adultos mayores experimentan situaciones de abandono, ya que, de manera generalizada se considera a todos los viejos como enfermos o discapacitados ⁽⁶⁾ ,	<p>A74F: Yo pienso que de todos modos a los ancianos mayores de edad no les dan una atención suficiente, porque ya somos gente que no produce (Líneas, 917- 919).</p> <p>J65M: No me prestaron atención y me pusieron como un bulto en un cuarto ahí en una cama que ni siquiera tenía sábanas (Líneas, 1624- 1626).</p> <p>J65M: No es que no me preguntaron nada, yo trataba de explicarle al médico pero éste no me puso atención (Líneas, 1626- 1628).</p>	Es un tema recurrente de los adultos mayores, pues por un lado los encuestados manifestaron que en algunos casos no son atendidos por sus familias, ni acompañados en el proceso de la enfermedad; y por otro lado, ellos expresaron que en los servicios de hospitalización en muchos casos no los atienden adecuadamente, y los dejan en la habitación abandonados. Además el abandono se entiende en el sentido de que no le preguntan al adulto mayor cómo está, qué necesita, requiere de algo, sino que lo dejan ahí en la habitación sin ni siquiera preocuparse por la salud del adulto mayor.
Atención del profesional de la salud	La mayor problemática de los adultos mayores en el área de la salud, hace referencia los requerimientos de recursos tecnológicos, humanos y materiales apropiados para el cuidado de esta población, incluyendo su intervención en la toma de decisiones en los servicios de salud, así como que el profesional de salud	A74F: A pues es que intento regañarme, yo le dije no, ¿por qué llego tarde? y yo pedí cambio de él, pero no me lo dieron, pues generalmente le asignan a uno un médico, entonces, yo le dije a él voy a pedir cambio suyo, le dije los mayores de mi edad, tenemos dignidad y gobierno, el gobierno lo tendrá usted por ser	En este testimonio se evidencia que el profesional de la salud no brinda una adecuada atención al adulto mayor que se encontraba enfermo, es más atenta contra su dignidad al no respetarlo, de manera que la atención del profesional de la salud radica en comprender, respetar y dignificar la vida del paciente.

	esté capacitado para la asistirlo de manera integral ⁽¹¹⁾ .	médico mío, yo tengo más edad y se más cosas que usted (Líneas, 92- 932).	
Formación en el cuidado del adulto mayor	Branco y Cavalcanti ⁽³⁸⁾ , Kydd y Flemming ⁽⁴³⁾ resaltan la importancia de incluir dentro de los programas académicos de formación médica asignaturas que traten las especificidades de la atención a la salud del anciano, de tal forma que los profesionales de la salud cuenten con las competencias necesarias abordar la atención y asistencia de las personas mayores de manera holística	A74F: Nunca y no creo que exista, de que vamos a invitar a los de la tercera edad tal día, que vamos a tener una charla con ellos para digamos los de la tensión que precauciones tengan, o digamos los de la gastritis, o que se yo, azúcar (1037- 1039).	<p>Para fomentar el cuidado del adulto mayor se requiere de promover políticas públicas en los centros médicos en las cuales se realizar charlas, conferencias y seminarios que sean orientación a los profesionales de la salud de cómo cuidar, vigilar y proteger los derechos y la salud de los adultos mayores.</p> <p>Es importante promover y fomentar en el cuidado de los adultos mayores lo relacionado a una formación de cómo cuidarlos, prestarles atención y comprender su situación de vida.</p>
Calidad de vida	Las patologías prevalentes en los adultos mayores de 60 años, asociadas a obesidad, tabaquismo y sedentarismo, se relacionan con las enfermedades cardiovasculares, enfermedades del sistema óseo, trastorno del sueño, hipertensión y diabetes,	R68M: Aliviar el dolor abdominal que persistía en esos días, no podía comer bien y me sentía indispuerto para realizar mis actividades. La administración de medicamentos y los exámenes clínicos contribuyeron a mejorarme y continuar con un	Es indispensable en el cuidado del adulto mayor que se promueva la calidad de vida del paciente, y eso pasa por que el adulto mayor se le administren adecuadamente los médicos y demás necesidades que él requiere para su calidad de vida.

	haciendo la salvedad, que dichas patologías pueden aparecer en cualquiera de las fases del transcurso del ciclo de vida, sin embargo, con el aumento de la edad las dolencias se acentúan, disminuyendo así la calidad de vida ⁽¹⁵⁾ .	tratamiento óptimo en mi casa (Líneas, 2279- 2281).	
--	--	---	--

Anexo 5. Cronograma de actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla 1. 2016 – II Periodo

N°	Actividades	Meses 2016				
		agosto	septiembre	Octubre	Nov	Dic
1	Diseños de propuesta: tema, objetivos y justificación.	■				
2	Formulación del anteproyecto			■		
3	Diseño marco teórico			■		

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. 2017

N°	Actividades	Meses 2017									
		Fe b	Marz o	Abri l	May o	Juni o	Agost o	Sep t	Oc t	No v	
4	Diseño marco teórico	■									
5	Diseño Estado del arte, metodología, aspectos éticos.		■								
6	Consentimiento informado y presentación a comité de programa.				■						
7	Diseño Estado del arte, metodología, aspectos éticos.						■				

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. 2018

N°	Actividades	Meses 2018						
		mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov
1	Presentación a comité de ética	■						
	Correcciones de comité de ética		■					
	Realización de entrevista semiestructurada.				■			
	Aprobación de comité de ética.				■			
2	Recolección de datos y análisis de la información.						■	

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. 2019

N°	Actividades	Meses -2019						
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Julio	
1	Análisis y conclusiones.	■						
2	Sustentación.					■		
3	Publicación.						■	

Fuente: elaboración propia.