

**RESIDENCIA GERONTOLÓGICA:
EL CUIDADO DE LA VEJEZ
EXTRAMUROS DEL HOGAR Y
EL DERECHO PERSONALÍSIMO A LA INTIMIDAD**

MARIANELA FERNÁNDEZ OLIVA *

Resumen: En las presentes reflexiones se analiza el derecho a la intimidad de los ancianos residentes en instituciones gerontológicas para el cuidado de larga estadía, considerando a esta última como parte de los dispositivos del modo de máxima intervención en el cuidado de la vejez y su impacto en la experiencia de aquel derecho personalísimo. Utilizamos las herramientas que nos brinda el integrativismo tridimensional trialista del mundo jurídico.

Palabras clave: Residencia gerontológica para el cuidado de larga estadía. Derecho a la intimidad. Cuidados. Intervención.

Abstract: In these reflections we discussed the right to privacy in context of Nursing Homes for the Elderly, considering the latter as part of the devices of maximum intervention in the care of elders and its impact on the experience of that utmost personal right. We use the tools provided to us by the trialist three-dimensional integrativism of the Juridical World.

Key words: Nursing Homes for the Elderly. Right to privacy. Care. Intervention.

1. Nuestro tiempo enfrenta el fenómeno global del envejecimiento y de la convivencia de múltiples generaciones (llamado el fenómeno del

* Profesora adjunta de las asignaturas Derecho Civil I (Parte General), Derecho de la Salud y Filosofía del Derecho de la carrera de Abogacía de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Rosario. Correo electrónico: mfernandez21@gmail.com.

*multigeneracionismo*¹): el creciente aumento de la expectativa de vida que provoca el envejecimiento paulatino de las sociedades y la tendencia a la inversión de la pirámide poblacional, donde los viejos representarán la mayoría de los hombres del Mundo². La progresiva desaparición de la organización familiar decimonónica y la incorporación definitiva de la mujer al mercado, han contribuido definitivamente al cambio en el abordaje del cuidado de la vejez.

En este mundo postmoderno, la residencia gerontológica para el cuidado de larga estadía se ha convertido en un elemento importante del dispositivo de organización del cuidado. Es una solución adoptada frecuentemente por los individuos, la familia, la sociedad, el Estado y el Mercado, como intento de respuesta concreta frente a la necesidad de alojamiento y asistencia de las personas mayores. La proliferación de las residencias para mayores es sin duda, conexas al poderoso desarrollo del sector de los servicios, en relación directa con el advenimiento de la figura del consumidor como figura central de la economía posmoderna.

2. La residencia gerontológica es un elemento del *dispositivo de cuidado*, en tanto dispositivo implica una red que une a un conjunto de discursos, instituciones, instalaciones, y normas³. Es decir, como un

¹ DABOVE, María Isolina, “Derecho y Multigeneracionismo: o los nuevos desafíos de la responsabilidad jurídica familiar en la vejez”, en “Revista de Derecho de Familia”, N° 40, Buenos Aires, Abeledo Perrot, Julio/Agosto de 2008, págs. 39 y ss.

² ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, “Envejecimiento de la Población Mundial: 1950-2050”, Population Division, New York, DESAUnited Nations, 2002.

³ FOUCAULT, Michel, “Saber y Verdad”, 3ra. ed., Madrid, Endymion, 1991, págs. 230 y ss.: *He dicho que el dispositivo era de naturaleza esencialmente estratégica, lo que supone que se trata de cierta manipulación de relaciones de fuerza, bien para desarrollarlas en una dirección concreta, bien para bloquearlas, o para estabilizarlas, utilizarlas, etc.... El dispositivo se halla pues siempre inscrito en un juego de poder, pero también siempre ligado a uno de los bornes del saber, que nacen de él pero, asimismo lo condicionan... Lo que trato de indicar con este nombre es, en primer lugar, un conjunto resueltamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, brevemente, lo dicho y también lo no-dicho, éstos son los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que se establece entre estos elementos...*

mecanismo con *capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivientes*⁴. En ese orden de cosas, el estudio de la *viabilización* del cuidado de la vejez *extra muros* del hogar, ofrece un interesante escenario para el análisis de la experiencia de los derechos personalísimos. Es de nuestro especial interés -en este caso- puntualizar sobre la experiencia del derecho a la intimidad de los residentes.

*Un análisis de la experiencia de envejecer o ser un viejo requiere conceptualizar a la vejez como una experiencia. La experiencia refiere conceptualmente a como vivimos subjetivamente la realidad y nos la presentamos a nosotros mismos, y es importante distinguir entre mera experiencia y “una experiencia”; la primera alude a una simple aceptación pasiva de los eventos, en cambio, “una experiencia” es formativa y transformativa a un punto tal que lleva a una nueva forma de vida porque logra crear una estructura de experiencia*⁵.

Como explicita la *Ordenanza 8875/11* de la Ciudad de Rosario, de acuerdo a informes de la Auditoría General de la Nación sobre los establecimientos que tienen contrato vigente con el PAMI, centenares de actuaciones de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, e inspecciones realizadas por los organismos de contralor de las residencias para adultos mayores, se alojan en estas instituciones de cuidado de larga estadía unos *veinte mil ancianos en todo el país*. En ese sentido, conviene recordar que según la Proyección de Población por sexo según grupos quinquenales de edad para la Provincia Santa Fe (Período 2001, 2005, 2010, 2015), realizada por el INDEC-IPEC, 390.296 personas de las 3.285.170 que constituyen la población total de la provincia, son mayores de 65 años. Para el año 2015, alcanzarán los 419.869. El 20,9% sobre este total de personas ancianas, residen solos en sus domicilios; el 73,7% residen en hogares colectivos, y el 2,4% de los restantes -es decir, 9.368 personas-, en la *Provincia de Santa Fe*, viven en *residencias geronto-*

⁴ AGAMBEN, Giorgio, “¿Qué es un dispositivo?”, en “Sociológica” (México), vol. 26, no.73 may./ago. 2011, en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-01732011000200010&script=sci_arttext#notas, 25-07-2014.

⁵ ROBLES SILVA, Leticia, “La vejez: nuevos actores, relaciones sociales y demandas políticas”, en “Relaciones 105”, Invierno 2006, vol. XXVII, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 2006, págs. 152 y ss.

lógicas. El impacto de esta particular forma de abordar el cuidado, se refleja en cifras contundentes sustentadas en personas concretas.

3. Los *modos de intervención en el cuidado de la vejez* están relacionados directamente con los requerimientos específicos de los sujetos beneficiarios de los dispositivos de cuidados; estos no sólo son los ancianos, sino también sus familias -convivientes o no convivientes- y allegados.

El cuidado se encuentra en las dicotomías más importantes de la provisión social. *Los cuidados están entre lo asalariado y lo no-asalariado; lo público y lo privado; lo formal y lo informal; la familia, el Estado, el mercado y el voluntariado; las ayudas monetarias y los servicios; la persona cuidada, la que la cuida, la familia*⁶, y un largo etcétera. Los cuidados son traspasados por una complejidad lógica-espacial, que pueden ser ordenados según el sistema que integran. Así pueden reconocerse:

1. Sistema doméstico⁷
 - 1.1. Autocuidado
 - 1.2. Cuidado por parte de familiares residentes en el hogar
 - 1.3. Cuidado por parte de familiares no residentes en el hogar
 - 1.4. Cuidados en el hogar por parte de no familiares
 - 1.4. a. Remunerado
 - 1.4. b. No remunerado
2. Sistema extra-doméstico
 - 2.1. Sin ánimo de lucro
 - 2.1.1. Servicios públicos
 - 2.1.2. Servicios de voluntariado
 - 2.1.3. Servicios de asociaciones/cooperativas/mutuales
 - 2.2. Con ánimo de lucro
 - 2.2.1. De contratación directa en el mercado
 - 2.2.2. De contratación indirecta a través de obras sociales/aseguradores

⁶ VEGA SOLÍS, Claudia, "Culturas del cuidado en transición: espacios, sujetos e imaginarios en una sociedad de migración", Barcelona, UOC, 2009, pág. 29.

⁷ DURAN HERAS, Ma. Ángeles, "Los costes invisibles de la enfermedad", Bilbao, Fundación BBVA1999, págs. 229 y ss.

Para comprender las características de los *modos de intervención del cuidado de la vejez*, resulta de importancia reconocer diversos elementos que los construyen y le dan identidad. La descomposición⁸ del concepto unificado de cuidado, brinda algunas herramientas para el análisis empírico e identifica sus dimensiones:

- *Identidad social de la persona* [repartidora] *cuidadora*: Especificada por el género, clase, raza y roles ocupacionales dentro de los servicios sociales y sanitarios.
- *Identidad social de la persona* [recipiendaria] *que recibe los cuidados*: personas dependientes y personas sanas.
- *Relación interpersonal entre la persona cuidadora y la receptora de los cuidados*: relación familiar, de amistad, de vecindad, contingente, legal, profesional.
- *Naturaleza de los cuidados*: estados de actividad (*care for*), estados afectivos (*care about*)⁹.
- *Ámbito social en el que se desarrolla la relación de cuidado*: privado, doméstico o público, formal o informal.
- *Relación económica en torno al cuidado*: no salarial o salarial; remunerada o no remunerada; mercado laboral formal o informal.
- *Contexto institucional del cuidado*: hogar, instituciones residenciales, hospital de crónicos, y otros contextos de servicios sociales, sanitarios y de voluntariado.

4. Consideramos transversalmente estas herramientas y las unimos la perspectiva *integrativista tridimensional trialista del Mundo Jurídico*¹⁰; reconocemos entonces los diversos modos de intervención y

⁸ THOMAS, Carol, “Deconstruyendo los conceptos de cuidado”, en “El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas”, BORDERÍAS, Cristina, CARRASCO Cristina y TORNOS, Teresa (eds.), Madrid, La Catarata, 2011.

⁹ VEGA SOLÍS, op. cit., pág. 25.

¹⁰ Quien desee profundizar sobre la teoría trialista del mundo jurídico puede v. por ejemplo GOLDSCHMIDT, “Introducción filosófica al Derecho”, 6ª. ed., 5ª. reimp., Bs. As., Depalma, 1987; “La ciencia de la justicia (Dikelogía)”, Madrid, Aguilar, 1958 (2ª ed., Buenos Aires, Depalma, 1986); “Justicia y verdad”, Buenos Aires, La Ley, 1978; CIURO CALDANI, Miguel Ángel, “Derecho y política”, Buenos Aires, Depalma, 1976; “Estudios de Filosofía Jurídica y Filosofía Política”, Rosario,

sus respectivos dispositivos de cuidados de la vejez, en relación al *grado de penetración en la esfera de libertad* de los ancianos *recipiendarios* de la conducta tuitiva, con especial énfasis en el despliegue de su *derecho personalísimo a la intimidad*.

Aquellos ancianos *autónomos*, vale decir, esos que pueden realizar las actividades de la vida diaria (AVD) sin una asistencia directa y/ o personalizada; personas de edad que son aptos de preservar su vida y sus bienes -con las limitaciones propias que se derivan de la vejez-, serán los sujetos a quienes se direccionaran el *modo de intervención mínima y sus dispositivos de cuidado*.

Los mismos se traducen como la recuperación y el sostenimiento del *autocuidado*: acceso a la promoción de salud y prevención de enfermedades, acceso al esparcimiento y al ocio, beneficios económicos y tributarios en razón de edad, acceso al derecho de reunión y asociación, acceso a la educación especializada, eliminación de barreras, acceso a medios tecnológicos que permiten el sostenimiento de la vida en el hogar

Fundación para las Investigaciones Jurídicas, 1982/4; “Estudios Jusfilosóficos”, Rosario, Fundación para las Investigaciones Jurídicas”, 1986; “La conjetura del funcionamiento de las normas jurídicas. Metodología Jurídica”, Rosario, Fundación para las Investigaciones Jurídicas, 2000, Facultad de Derecho Unicen, Portal Cartapacio de Publicaciones Jurídicas, <http://www.cartapacio.edu.ar/ojs/index.php/mundojuridico/article/viewFile/961/794>, 10-7-2014; “Metodología Dikelógica”, Rosario, Fundación para las Investigaciones Jurídicas, 2007, Cartapacio, <http://www.cartapacio.edu.ar/ojs/index.php/mundojuridico/article/viewFile/1003/883>, 10-7-2014; “Distribuciones y repartos en el mundo jurídico”, Rosario, UNR Editora, 2012, Centro de Investigaciones de Filosofía Jurídica y Filosofía Social, <http://www.centrodefilosofia.org.ar/index.htm>, 9-7-2014; “Estudios Jurídicos del Bicentenario”, Rosario, UNR Editora, 2010, Centro de Investigaciones de Filosofía Jurídica y Filosofía Social, <http://www.centrodefilosofia.org.ar/EstudiosJuridicosdelBicentenario.pdf>, 19-7-2014; “Bases del pensamiento jurídico”, Rosario, UNR Editora, 2012, Centro de Investigaciones de Filosofía Jurídica y Filosofía Social, <http://www.centrodefilosofia.org.ar/index.htm>, 10-7-2014; “Complejidad del funcionamiento de las normas”, en “La Ley”, t. 2008-B, págs. 782 y ss.; Centro de Investigaciones de Filosofía Jurídica y Filosofía Social, <http://www.centrodefilosofia.org.ar/>, 12-7-2014; Facultad de Derecho Unicen, Portal Cartapacio de Publicaciones Jurídicas, <http://www.cartapacio.edu.ar/>, 12-7-2014; Libros de Integrativismo Trialista, <http://www.cartapacio.edu.ar/ojs/index.php/mundojuridico/index,12-7-2014>.

particular, etc. Todos, valen como conjunto de elementos, tendidos en la red del mantenimiento de la independencia de las personas mayores, los que concretamente se visibilizan como mecanismos realizadores del *humanismo abstencionista*.

Es de considerar que este modo de intervención, facilita una vivencia del *derecho personalísimo a la intimidad*, mucho más que los modos subsiguientes, en tanto el escenario de la intimidad será el hogar particular (*sistema doméstico*) de la persona mayor.

Los *modos de intervención media y máxima, y sus dispositivos de cuidado*, están orientados a personas mayores con cierto grado de dependencia. La dependencia genera a su vez conductas queridas que se programan en torno a ella: por un lado, el reparto del cuidado asistido; y por ende, un sujeto de reparto específico: el cuidador -formal o informal-. Pero serán en la forma en como se viabilice este cuidado, la que determinará el modo y por ende los dispositivos -que como tácticas- abordarán la vejez asistida.

El cuidado de los ancianos *es un cuidado de largo plazo... de ahí que no sea una práctica social esporádica*¹¹. En principio, el cuidado de las personas que comienzan a envejecer es de *baja intensidad*, y puede que continúe en proporción mínima si la senectud no deviene en senilidad, sosteniendo así la independencia con su respectivo modo mínimo de intervención. Mas, de converger con la vejez procesos patológicos, conforme el grado de dependencia aumenta, se incrementa la intervención en la esfera personal del viejo.

Así, el tipo de dependencia en la vejez ante la que nos encontremos, determinará el *contenido pragmático del cuidado*¹², esto es el modo de intervención y los dispositivos para el cuidado. Así, se presentarán como mecanismos realizadores del *humanismo intervencionista*.

Como dispositivos de cuidados del *modo de intervención media*, identificamos a aquellos en los que, si bien el anciano recibe del cuidado de un tercero para la concreción de las actividades de la vida diaria, el *reparto del cuidado* se focaliza en aspectos puntuales -limitados espacial y/o temporalmente-, en los que las personas sostienen un nivel de

¹¹ ROBLES SILVA, Leticia, op. cit., pág. 154.

¹² VEGA SOLÍS, Claudia, op. cit., pág. 27.

independencia respecto de la intromisión tuitiva. Tal es el caso de los centros de día, la ayuda informal de familiares y/o no familiares, la asistencia de cuidadores en el domicilio -familiares o no familiares-. Más discutible es el caso de las viviendas compartidas.

Este modo de intervención, hará algo de mella en la experiencia del *derecho personalísimo a la intimidad*, toda vez que terceros entrarán en contacto con la esfera privada de los ancianos asistidos. Más, manteniéndose -en la mayoría de los casos-, el hogar particular (*sistema domestico*) como atmósfera preferente (*ayuda informal de familiares y/o no familiares, la asistencia de cuidadores en el domicilio -familiares o no familiares-*) la intimidad de la persona mayor será menos vulnerable a intromisiones indeseadas. Aún los ámbitos en los que la *casa particular* no es el eje del cuidado (*sistema extra doméstico*) -centros de día, viviendas compartidas-, el nivel de interferencia sobre la intimidad, no se impondrá como sí lo hace la organización aplastante de una institución total.

Los dispositivos de cuidados del *modo de intervención máxima*, son aquellos en los que el anciano recibe del cuidado constante de un tercero para la concreción de las actividades de la vida diaria. El *reparto del cuidado* se extiende a varios -sino a todos- los aspectos de la vida y son llevados a cabo generalmente en lugares físicos especiales, en los que resulta complicado para las personas ancianas sostener un nivel de independencia respecto de la intrusión tutora. En este tipo de dispositivos, se hallan comprendidas las residencias gerontológicas.

Creemos que los ancianos residentes de las instituciones para el cuidado de larga estadía experimentan detrimentos en el goce del derecho personalísimo a la intimidad -es decir-, sobre los dos despliegues del derecho a la intimidad, que hemos denominado:

- por un lado, *intimidad formal o informativa*: esta dimensión de la intimidad, es el derecho de cada persona a determinar en qué medida se puede comunicar a otros información sobre uno mismo. Es, en otras palabras, la autodeterminación informativa de la propia intimidad¹³.

¹³ "...La referencia al derecho a la intimidad informativa o incluso al derecho a la autodeterminación informativa como parte integrante del derecho a la intimidad ha

comenzado a ser frecuentemente utilizado. Vayan a continuación algunas citas: "El derecho a la intimidad, tradicionalmente definido como un derecho esencialmente negativo, ... se viene a perfilar con un contenido abiertamente positivo. No es, pues, sólo un derecho garantista frente a las invasiones indebidas o ilícitas en la esfera privada... La intimidad se manifiesta así como un derecho o facultad de autodeterminación informativa..." (Texto para la interposición de recurso de inconstitucionalidad presentado por el Grupo Parlamentario Popular). "El artículo 18.4 se refiere a una dimensión de la intimidad, aquella que tiene que ver con las informaciones sobre la vida de una persona que, de tal modo determinan el ámbito de lo que propiamente podríamos llamar su personalidad... esto que cabría denominar como intimidad informativa..." (Dictamen sobre aspectos de inconstitucionalidad de la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal realizado por Diego López Garrido).

"...en nuestra opinión forma parte del ejercicio del derecho a la intimidad de los ciudadanos la facultad que asiste a éstos de consentir o no la cesión de sus datos personales entre archivos y ficheros diversos a efectos de su tratamiento automatizado" (Texto para la interposición de recurso de inconstitucionalidad presentado por el Defensor del Pueblo).

Asimismo el Tribunal Constitucional en su sentencia 254/ 1993, de 20 de julio del pasado año con motivo de un recurso de amparo relativo a una denegación del acceso a un particular a sus datos personales contenidos en los ficheros automatizados de la Administración del Estado, tuvo ocasión por vez primera de pronunciarse sobre este nuevo derecho "a la autodeterminación informativa" o derecho al control de los datos personales. "...nuestra Constitución ha incorporado una nueva garantía constitucional, como forma de respuesta a una nueva forma de amenaza concreta a la dignidad y a los derechos de la persona, de forma en último término no muy diferente a como fueron originándose e incorporándose históricamente los distintos derechos fundamentales. En el presente caso estamos ante un instituto de garantía de otros derechos, fundamentalmente el honor y la intimidad, pero también de un instituto que es en sí mismo un derecho o libertad fundamental el derecho a la libertad frente a las potenciales agresiones a la dignidad y a la libertad de la persona provenientes de un uso ilegítimo del tratamiento mecanizado de datos. lo que la Constitución llama 'la informática'" (fundamento jurídico sexto).

"La llamada 'libertad informática' es, así, también, derecho a controlar el uso de los mismos datos insertos en un programa informático (habeas data)" (fundamento jurídico séptimo)." GONZÁLEZ MURÚA, Ana Rosa, "El derecho a la intimidad, el derecho a la autodeterminación informativa y la L.O. 5/1992, de 29 de octubre, de regulación del tratamiento automatizado de datos personales", Barcelona, Universidad del País Vasco, 1994, págs. 12 y ss.

- y por el otro, *intimidad material*¹⁴: Esta categoría incluye a su vez dos subespecies:
 - la *intimidad psicofísica*: la exposición y el cuidado del cuerpo primero, es decir que encuentra su punto de partida en la intimidad corporal, y llega al *constructo de los valores y creencias*¹⁵ del residente.
 - la *intimidad espacial*, que envuelve a las zonas propias y efectos personales del residente.

Asimismo, resulta de enorme interés práctico para la comprensión de las posibilidades del desarrollo del derecho personalísimo a la intimidad de los residentes, considerar algunos elementos condicionantes¹⁶. Por un lado:

¹⁴ CELIS QUINTAL, Marcos Alejandro, “La protección de la intimidad como derecho fundamental de los mexicanos”, en “Estudios en homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano. Protección de la persona y derechos fundamentales” (coord. por CIENFUEGOS SALGADO, David y MACÍAS VÁZQUEZ, María Carmen), Madrid, 2006, pág. 74. en www.biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2253/9.pdf 24-07-2014.

¹⁵ LÓPEZ ESPUELA, Fidel, “La intimidad de los pacientes percibida por los de Enfermería”, en “Nure Investigación”, N° 46, Mayo - Junio 10, pág. 2, en www.fuden.es/FICHEROS.../orig_intimidad_46842010103923.pdf, 24-07-2014.

¹⁶ BLANCA GUTIÉRREZ, Joaquín Jesús, MUÑOZ SEGURA, Rafael, CRABALLO NUÑEZ, Miguel Ángel, EXPÓSITO CASADO, María del Carmen, SÁEZ NARANJO, Rocío, FERNÁNDEZ DÍAZ, María Elena, “La intimidad en el Hospital. La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras”, en “Index de Enfermería”, v. 17, n.2, Granada, UG, 2008. Quien desee ampliar v. QUERO, Rufián A., “Los cuidados no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora”, en “Enfermería Clínica”, vol. 13, Madrid, Doyma, 2003, págs. 348 y ss, <http://www.elsevier.es/es/revista/enfermeria-clinica-35/acerca-1#c0c549c74facb4a9636a805b57aa0a43> 24-07-2014; STRAUSS, A. y CORBIN, J., “Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada”, Medellín, Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, 2002; MORSE, Juan Manuel (ed.), “Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa”, Medellín, Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia., 2005; SAVAGE, J., “Nursing intimacy: an ethnographic approach to nurse patient interaction”, Londres, Scutari Press, 1995; DOWLING, M., “The sociology of intimacy in the nurse-patient relationship”, Londres, Nursing Standard, 2006; NIETO POYATO, R. M., “La intimidad de la diálisis vista desde un sillón de escay negro”, en “Arch Memoria” 2006, en www.index-f.com/memoria/3/n0601.php, 24-07-2014; QUERO,

- *los sujetos [repartidores y beneficiarios] en la vivencia de la intimidad*: el residente, la familia, los visitantes no familiares, los convivientes en el cuarto (compañero residente y su familia), los profesionales sanitarios y los extraños (personal de mantenimiento, personal sanitario auxiliar).
- *el objeto del ambiente íntimo [potencia e impotencia]*: esto es, las características favorecedoras -potencias- (*respeto, confianza, buen trato, privacidad, libertad de acción, apoyo, comodidad, protección, tranquilidad y confidencialidad*¹⁷) o las características desfavorecedoras -impotencias- (*desnudez, ruidos, molestias, ansiedad, desconocimiento, falta de control y miedo*¹⁸).

En relación a *los sujetos [repartidores y beneficiarios] en la vivencia de la intimidad*, será de suma importancia determinar cómo los mismos se introducen en el “*espacio propio institucional*”, o la forma en que se incorporan en ese espacio.

Así podemos construir las categorías de:

- *intimidad acordada*, cuando la forma de incorporación al espacio propio institucional por parte de terceros ha sido aceptadas de manera voluntaria por el residente -de carácter puntal o continuo-.

Rufián, A, BRIONES GÓMEZ, R, PRIETO GONZÁLEZ, M.A., PASCUAL MARTÍNEZ, N., NAVARRO LÓPEZ, A., GUERRERO RUIZ, C., “Los cuidadores familiares en el Hospital Universitario de Traumatología y Rehabilitación de Granada”, en “Index de Enfermería”, Granada, UG, 2005; CELMA, VICENTE, Matilde., “Cuidadoras informales y enfermeras. Relaciones dentro del hospital”, en “Revista de Enfermería ROL”, nro 26, 2003, págs. 190 y ss, [http://www.e-rol.es/articulospub/articulospub_paso3.php?articulospubrevista=26\(03\)&itemrevista=190-198](http://www.e-rol.es/articulospub/articulospub_paso3.php?articulospubrevista=26(03)&itemrevista=190-198) ; PORTILLO VEGA, M.C., WILSON-BARNETT, J., SARACÍBAR RÁZQUIN, M.I., “Estudio desde la percepción de pacientes y familiares del proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus: metodología y primeros resultados”, en “Enfermería Clínica”, vol. 12, nro.3, Doyma, 2002, http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?f=7064&ip=193.144.178.47&articuloid=13033381&revistaid=35 ; FLORES, M.L.; CANO-CABALLERO, M.D.; CARACUEL, A; CASTILLO, A; MEZCUA, A; OSORIO, M.V.; VEGAS, S., “La calidad de vida de los acompañantes de pacientes hospitalizados de media y larga estancia”, en “Index de Enfermería”, Año 11, nro. 38, 2002, http://www.index-f.com/ciberindex.php?l=3&url=/index-enfermeria/38revista/38_articulo_18-22.php .

¹⁷ Ídem.

¹⁸ Ídem.

- *intimidad meramente impuesta*, cuando se incluyen personas ajenas dentro del espacio privado, que persisten en él sin consentimiento del anciano residente.

Es imprescindible considerar los *límites* en relación a los sujetos y el objeto, estos son: los *factores extrínsecos e intrínsecos al residente que determinan la vivencia de la intimidad*, respectivamente.

Los *factores extrínsecos* a su vez dividirse en subcategorías:

- 1) *Barreras de separación físicas*: las mismas pueden ser barreras de separación físicas *débiles* (cortina, biombo, sábanas, cristalerías de un box, persianas) y barreras de separación físicas *fuertes* (puerta, las paredes de una habitación).
- 2) *Instrumentos de uso exclusivo de la habitación*: TV, diarios, libros, revistas, pequeños muebles, fotografías, elementos de culto, papeles privados, etc.
- 3) *Régimen de visitas*: el mismo puede ser *cerrado* (que incluye a familiares o personas determinadas), o *abierto* (que incluye las visitas de familiares, amigos, etc.).

Por su parte, los *factores intrínsecos al residente, que determinan la vivencia de la intimidad*, puede analizarse de acuerdo a tres variables:

- 1) *Grado de dependencia del residente*: el grado de dependencia del anciano residente, será la medida de la cantidad y la calidad de los cuidados directos necesarios. Esto dará como resultado que, serán muchos más los profesionales y auxiliares que permanezcan dentro del núcleo de la intimidad. *Un paciente dependiente va a tener que ser suplido en la mayoría de sus necesidades básicas y en esta circunstancia no va a ser tan determinante la configuración del espacio físico como que el profesional entre en el núcleo íntimo dentro de la situación de intimidad consentida*¹⁹.
- 2) *Grado de implicación de la familia*: la participación de la familia, beneficia la comunicación y la construcción de relaciones más estrechas con los profesionales y auxiliares de la atención, por lo que se favorecen las interacciones dentro de la intimidad consentida. Cuando la familia está implicada en los cuidados, el resi-

¹⁹ Ídem

dente logra un grado de independencia mayor que el experimentado por el residente que no cuenta con relaciones de familia.

- 3) *Experiencias previas de residencia en otras instituciones de albergue*: las experiencias previas que el anciano residente posee sobre otras instancias de institucionalización en residencias gerontológicas, impactan sobre las relaciones que se tenderán con los demás compañeros, los profesionales y auxiliares de la atención; influirán de igual forma en las *estrategias de supervivencia institucional*, que incluyen los espacios físicos. En el caso de la residencia gerontológica, algunos ancianos provienen de otros geriátricos y se reubican por motivos originados en problemas convivenciales o de conveniencia geográfica para ellos mismos y/o las familias. Más, para algunos otros, las experiencias *previas de residencia en otras instituciones de albergue*, se retrotraen a la infancia (hogar de huérfanos) y a la edad adulta (albergue de mendigos, la cárcel), las cuales formaron “*instituyentes*” capaces de sobrevivir a la estructura aplastante de la institución.

El modo de intervención máxima, afectará definitivamente la experiencia del *derecho personalísimo a la intimidad*, -creemos que negativamente- siempre que terceros, organizados formalmente como una institución especializada en el cuidado de la vejez, impondrá el contacto con la esfera privada de los ancianos asistidos. Ya no será el hogar particular (*sistema extra doméstico*), la piedra de toque de ese mundo privado, sino que todos los aspectos de la vida del anciano se desarrollará en una vivienda colectiva absorbente, que hará vulnerable al viejo a intrusiones no queridas en la esfera de su intimidad, justificadas por la complejidad del cuidado (*intimidad acordada*) -o no justificadas, en el peor de los escenarios (*intimidad meramente impuesta*)-. Las residencias gerontológicas serán dispositivos de este modo de intervención.

5. Quizá resulte esclarecedor recordar la *dimensión normativa* de las residencias gerontológicas para el cuidado de larga estadía privadas en la ciudad de Rosario (Provincia de Santa Fe), para entrever su complejo estado de situación lógico, en el que se verifica la existencia de una *carencia normativa bifronte y paradójica*, a la vez por exceso y por defecto. Por un lado, la inexistencia a nivel nacional de una fuente formal

específica y abarcadora que de cuenta de los lineamientos mínimos en relación a la situación jurídica de la institución y de las personas que en ella residen. Por el otro, una proliferación de normas específicas de diverso nivel de producción, entre sí contradictorias e insuficientes -a nuestro criterio- para establecer criterios que permitan a su vez seguridad jurídica y grados de justicia aceptables para los actores involucrados.

Concretamente, las residencias gerontológicas privadas en Rosario, son alcanzadas formalmente por las siguientes *normas específicas*:

- Decreto Provincial 2719/77 y Decreto Provincial 2091/80 (B.S. 637), de 7 de Julio, que regula la *estructura, equipamiento y control de las Instituciones Geriátricas* de carácter privado.
- la Ordenanza municipal N° 3684/84, del 13 de septiembre, derogatoria del decreto-ordenanza 39.000/69 y demás reglamentaciones vinculadas al mismo (decreto 2043/74) que regula la *habilitación de geriátricos privados*²⁰.
- la Ordenanza municipal N° 4526/88, de 24 de noviembre, sobre *reglamentación y funcionamiento de Institutos Geriátricos privados*, modificatoria de la ordenanza 3684/84 en sus artículos 1 y 2.
- la Ordenanza municipal N° 6287/96, de 26 de noviembre, sobre *Residencias para Personas Mayores Públicas y Privadas*; y la Ordenanza N° 6294/96, de 28 de noviembre, *aclaratoria de la Ordenanza 6287/96*.
- la Ordenanza municipal N° 8875/11, del 3 de enero de 2012, sobre *regulación de los llamados Geriátricos para Adultos Mayores*.

La Ordenanza 8875/11, resulta muy importante, ya que consagra cuatro clases de residencias gerontológicas, que aplica para las del sector privado:

- 1) *Geriátricos para Adultos Mayores (GAM)*: todo establecimiento privado y público con o sin fin de lucro, destinados exclusivamente al

²⁰ El Decreto-Ordenanza de la Municipalidad de Rosario 39.000/69, del 4 de noviembre, se refería a la *habilitación y funcionamiento de "Guarderías de Ancianos"*; el Decreto-Ordenanza municipal N° 2043/74, del 3 de octubre, que reformaba los arts. 2 y 14 del decreto 39.000/69. La Resolución del 7 de marzo de 1977, de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, que establecía mecanismos de inspección y control.

alojamiento de personas mayores, para su reposo, alimentación, higiene, recreación, atención médica y psicológica no sanatorial, junto con las prestaciones específicas abarcadas por la especialidad tales como enfermería, nutrición y servicios sociales. A los fines de esta Ordenanza se *considerarán adultos mayores a aquellos de edad no inferior a sesenta (60) años*, permitiendo la internación de hasta el 20 % de personas de menor edad a la estipulada, bajo exclusiva responsabilidad y prescripción médica.

- 2) *Geriátricos para Adultos Mayores, con trastornos de conducta o enfermedades psiquiátricas (GAM-TCEP)*: esto son los establecimientos que aloja Adultos Mayores que por trastornos de conducta o afecciones psíquicas tengan dificultades de integración social con otras personas, y no requieran internación en un efector de salud. Se consideran residentes que presentan trastornos mentales: a) aquellos secundarios a los diferentes cuadros demenciales; b) aquellos con déficit cognitivo-conductuales por patología congénita y lo adquirida no demencial; c) aquellos sujetos con patología psiquiátrica crónica, que por la naturaleza de su sintomatología requieran de un soporte psiquiátrico y socio-preventivo especializado. En todos los casos los cuadros deberán ser de evolución crónica no admitiéndose en esta instancia residentes con descompensaciones agudas de sus cuadros de base o con síntomas que pongan en riesgo su integridad o la de sus pares. Estos Geriátricos podrán alojar personas menores de 60 años hasta un 30% del total de los residentes.
- 3) *Hogares u Hostales para Adultos Mayores (HOLEPAM)*: son los establecimientos destinados a Adultos Mayores para su alojamiento, alimentación y actividades de prevención y recreación con un Médico responsable, en su mayoría con autonomía física, pudiendo alojar menores de 60 años hasta el 30% del total de los residentes, y ancianos dependientes hasta un 20% pudiendo incrementarse hasta un 10% más, según criterio de la Dirección General de Auditoría Médica que posean una capacidad no superior a 16 camas. Quedan comprendidos en esta categoría los denominados HOLEPAM alcanzados por la Resolución Provincial 814/07.

La presencia del *derecho a la intimidad*, a nivel nomológico en estos instrumentos es -cuanto mucho-, breve. La ordenanza 8875/11

resulta nos *altamente significativa*, ya que entre su articulado se hace referencia expresa cuando lo consagra como un derecho de los adultos mayores *alojados en todos los establecimientos regulados (Artículo 6.7.1.1.bis - Derechos de los Adultos Mayores...b) A la intimidad, no divulgación de datos personales y al ejercicio de una vida sexual acorde a su edad. A recibir información calificada con actividades de promoción de la salud sobre la importancia de vivir una sexualidad con "hábitos saludables", cuidada y responsable en abuelos sexualmente activos; ... g) A mantener sus vínculos afectivos familiares y sociales en forma permanente sin restricciones;...El ejercicio concreto de estos derechos y garantías podrán ser exigidos, por el alojado y sus familiares, allegados u otros con interés directo en la persona alojada)*

Las residencias gerontológicas privadas en Rosario, como hemos expresado más arriba, son un elemento del dispositivo de cuidado del modo de máxima intervención en la vejez. Así, en cuanto a los *sujetos*, hallamos *repartidores* y *recipiendarios* de este tipo de cuidado específico:

- la *persona mayor residente* (en la mayoría de los casos mayores de 60 años, aunque sorprende cada vez con menos intensidad encontrar personas más jóvenes con alguna discapacidad): su rol como *repartidor* en la institución, se ha observado un papel difuso y mínimo. Quizá debido a que el viejo, generalmente visto como el sujeto pasivo (*recipiendario*) de los cuidados de la residencia gerontológica (rol otorgado y asumido), no se constataron conductas instituyentes. Específicamente, en relación a la vivencia del derecho a la intimidad, se producen usualmente situaciones de *intimidad acordada*, en tanto el residente permite la intromisión en ocasión del cuidado. Pero también, son frecuentes situaciones de *intimidad meramente impuesta*, siempre que la intromisión se hace sin el consentimiento del anciano -cuando le es posible brindarlo-.
- la *familia* (o responsable no familiares) del residente: su papel como *repartidor*, se visualiza con mayor claridad en el comienzo de la relación con la residencia gerontológica privada, en tanto constatamos que en un número elevado de personas mayores entrevistadas, la contratación de los servicios se produjo entre el familiar/responsable y la institución, con una participación limitada

de la voluntad del anciano -que, en el mejor de los casos, fue dada por *adhesión*-. La familia también cumple un papel repartidor en relación al contacto con el residente [*Régimen de visita*]: esto es, mediando entre el viejo y el *afuera*; y entre el viejo y el personal y directivos de la institución entorpeciendo o facilitando estas vías de socialización. Son *recipiendarios* de los servicios de la residencia gerontológica, tanto como el anciano, en tanto la asistencia dispensada al viejo repercute en la dinámica de sus vidas *beneficiándolos* (mediante la ayuda de los cuidados formales) y *gravándolos* (económicamente²¹, y en muchos casos, emocionalmente)

- la *residencia gerontológica privada*: su papel primordial como *supremo repartidor* del cuidado, a través de la organización e imposición de los *supremos criterios de reparto* que ejecutan los diversos actores mediante los cuales posibilita la atención: profesionales y no profesionales; y auxiliares del cuidado. Se constataron la preeminencia de *repartos autoritarios* (vgr. imposición de horarios -comidas, tareas de esparcimiento, reposo-, de menú, de organización habitacional), por sobre los repartos *autónomos* (vgr. elección de las actividades sociosubjetivas del ocio, formación de grupos de afinidad). La empresa gerontológica también es de cierto modo *recipiendariabeneficiada* (vgr. posibilidad de ejercer una actividad lucrativa) y *gravada* (vgr. riesgo empresario, controles del Estado, control de obras sociales, para la que es prestadora) del reparto del cuidado que ofrece.
- El *Estado* a través de los gobiernos cumple su rol repartidor, en tanto *contralor* de las residencias gerontológicas. Mucho hay que decir de las falencias de los mecanismos de control en su dimensión fáctica: ejemplo de ello es el requerimiento de las formalidades de participación de profesionales especializados para mejorar la calidad de vida de los residentes (psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, trabajador social, etc.), y que en los hechos se traduce en el reporte de una carpeta de actividades que sólo existen a nivel discursivo, como biografías fantásticas de prácticas

²¹ Recordamos que, según la Ordenanza Municipal de Rosario 8875/11, las internaciones geriátricas a 2011, oscilaban entre \$3.000 y \$14.000.

que rara vez se ponen en marcha. Un gran número de instituciones de este tipo cuenta con una “*habilitación provisoria*” para funcionar; *provisoriedad* con vocación de permanencia, ya que son comunes las prórrogas otorgadas por la administración para cumplimentar los requisitos en miras de obtener la *habilitación definitiva*.

En relación al *objeto del reparto del cuidado [potencia e impotencia]*, se prima el *favorecimiento* de las condiciones para satisfacer *necesidades vitales-biológicas* de la protección de la vida y el tratamiento de la salud psicofísica *urgente* del residente. Aunque formalmente, se considera la promoción de la salud mental, en el plano fáctico la realización de las actividades sociosubjetivas del ocio -y demás acciones preventivas y favorecedoras del desarrollo de la *participación-*, se vislumbran tímidamente.

En cuanto al *objeto del ambiente íntimo*, a través de los datos recolectados se han manifestado alternativamente características favorecedoras: *buen trato en general del personal de atención y de los profesionales, comodidad en relación a ser relevados de las obligaciones de mantener una casa, protección en relación a la salud, tranquilidad*. En cuanto a las características desfavorecedoras: *situaciones de desnudez a la hora del aseo; ruidos y molestias derivadas de compartir la habitación, ansiedad por el desprendimiento de la red social del “afuera”; falta de control sobre la organización de la vida diaria, tristeza*.

Como hemos dicho, pensamos a la *dimensión axiológica* de la residencia gerontológica privada, sobre el andamiaje que nos proporciona la actual teoría trialista, siempre que *el complejo axiológico del mundo jurídico se constituye con la justicia y el resto de los valores con los que ésta tiene que vincularse en el Derecho*²².

Pero ¿qué valores se hallan en juego en la residencia gerontológica privada? Creemos que primordialmente los valores *libertad y utilidad*, en un tenso diálogo planteado por el *fin de lucro* de la empresa geriátrica y el difícil desarrollo del *plan vital* de los residentes, en un ambiente institucional total de control. El valor *salud* toma un papel

²² CIURO CALDANI, “Metodología Jurídica...” cit., pág. 82.

definitivo, aunque de la observación se concluye que las dispares formas de construirlo ocasionan tensiones entre el cumplimiento de los fines de la residencia y el cumplimiento de los deseos particulares de los ancianos.

Siempre resultan *preferibles* los repartos autónomos a los autoritarios (porque esto asegura un mayor espacio de libertad) mas, como hemos afirmado, existe una prevalencia de los segundos sobre los primeros en las residencias gerontológicas privadas.

En relación a la asistencia medica que proporcionan estas instituciones, parece justo que el profesional de la salud (repartidor) por su superioridad técnica, adjudique basándose en ésta. En tanto que sobre la dirección de la residencia, si bien es justo que repartan la organización del cuidado aquellas personas que los propios interesados (anciano, familiares o responsables) eligieron para que lo hagan por ellos (dueño, encargado), en muchos casos -para el residente- esta designación inicial lo coloca dentro de un *pacto hobbesiano*, al que no pueden darle fin sin sufrir graves consecuencias emocionales, psicofísicas y económicas. La *carencia* de una fuente formal que pauten en forma suficiente los derechos y deberes de los actores sociales del *contrato de servicios de residencia gerontológica* alienta estas maniobras.

Es preferible que los ancianos residentes, beneficiarios de las conductas de cuidado organizadas por la residencia, reciban de acuerdo a sus requerimientos -esto es-, con *acepción de personas*. Resulta frecuente, observar situaciones en las que los repartos del cuidado de la residencia, adjudican un *igualitarismo aplastante* -creemos, alimentada en la naturaleza misma de la institución total-.

La *forma* más justa del reparto del cuidado en una residencia gerontológica, en este caso privada, es la que contempla una mayor negociación en los repartos autónomos en los que los residentes tienen mayor protagonismo; y la que contempla la audiencia en los repartos autoritarios (derecho del anciano a participar de las decisiones vitales de la convivencia, de salud, etc.). De la observación se infiere un bajo nivel de audiencia de los residentes, aun de las cuestiones más elementales como el menú, los horarios de visita y de comidas -por nombrar algunas-.

La *intimidad* halla sus anclas mas profundas en la libertad de cada hombre, y el diálogo de la *libertad* con la *utilidad* (y sus valores co-

adyuvantes: *orden, previsibilidad, seguridad*) en la residencia gerontológica privada, es tenso. A esto se le suma, una tendencia alarmante de la arrogación de la utilidad por sobre la libertad. En ese contexto axiológico, creemos, se producen graves situaciones de injusticia sobre la esfera privada de los residentes, toda vez que en pos del funcionamiento de la institución, se prime lo instrumental por sobre lo humano.

6. Conviene también considerar la situación jurídica compleja de las residencias gerontológicas públicas rosarinas. Para el caso, la situación formal es la misma que en las residencias privadas y vale para lo que hemos afirmado previamente: el enmarañado complejo de normas de las residencias para ancianos, en el que existen lagunas por exceso y por defecto. Es creciente la necesidad de una fuente formal nacional específica y abarcadora que contenga los lineamientos básicos de la situación jurídica de la institución gerontológica pública y de sus beneficiarios. En la provincia de Santa Fe, existen algunas normas específicas de diverso nivel de producción, escuetas e insuficientes, que dejan -por su ambigüedad y silencios- al arbitrio del poder político de turno la implementación de políticas “parche” para la atención de la vejez en situación de vulnerabilidad económica, social y psicofísica.

Las residencias gerontológicas públicas rosarinas se hallan reguladas a nivel provincial y municipal, formalmente por las siguientes *normas específicas*:

- Reglamento Básico de Hospitales Generales – Decreto 2542/72)
- Ley Provincial 10.772/92 y Decreto 1534/97: sobre *Hogares Oficiales para Adultos Mayores* estas instituciones son residencias no hospitalarias dependientes de la Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria y de la Dirección Provincial de la Tercera Edad de la Provincia de Santa Fe.

Veamos esquemáticamente²³, el grado de presencia de los derechos de los residentes en las normas específicas enunciadas *ut supra*:

²³ AA.VV., “Derecho de la Ancianidad. Perspectiva Interdisciplinaria”, DABOVE, María Isolina, PRUNOTTO LABORDE, Adolfo (Coord.), Rosario, Juris, 2006. págs. 199 y ss.

*Reglamento Básico de Hospitales Generales (Decreto 02542/72)*A) *En el momento del ingreso**Obligaciones:*

- Respetar las condiciones de ingreso establecidas por el reglamento del hospital (elaboración de historias clínicas, horarios de atención, etc.)

Derechos:

- Recibir atención médica adecuada, en particular si se trata de ancianos carenciados (art. 1 y ss.)
- No se establece la necesidad de consentimiento informado del anciano, respecto de su ingreso.
- Referencia expresa sobre el consentimiento del paciente necesario para realizar la autopsia en caso de su fallecimiento (art. 14)

B) *Durante la estadía**Obligaciones:*

- No se establecen obligaciones específicas

Derechos:

- Derecho de visita, con horarios fijados por la institución (art. 12)
- Derecho a recibir asistencia religiosa acorde con sus creencias religiosas (art. 13)

C) *Al momento del egreso**Obligaciones:*

- No se hacen referencias.

Derechos:

- No se hacen referencias.

*Hogares Oficiales para Adultos Mayores (Decreto 1534/97)*A) *En el momento del Ingreso**Obligaciones:*

- Como requisitos para el ingreso a un Hogar se deberá acreditar (art. 6):
 - la necesidad de internación según art. 5;
 - no percibir ingresos económicos o percibir ingresos mínimos;

- tener 60 años como mínimo, salvo: por padecer vejez prematura o situaciones de violencia familiar;
- no sufrir enfermedades infecto-contagiosas ni alteraciones mentales (art. 12 y 13);
- no estar disminuido o inhabilitado para valerse de sí mismo; -no poseer antecedentes de mala conducta;
- depositar toda suma de dinero del anciano en una cuenta personal a la orden conjunta con el director del hogar.
- Documentación requerida, bajo pena de considerarse internación transitoria:
 - documento de identidad;
 - certificado de vecindad;
 - resumen de historia clínica firmada por profesional en la materia;
 - estudio socio-económico (art. 7)

Derechos:

- Nombrar un representante, de entre sus familiares, amigos o allegados, mediante su conformidad (art. 4.5)
- Tratándose de personas interdictas o declaradas insanas, la función del representante será ejercida por el tutor o curador (art. 4.5)

B) *Durante la estadía*

Obligaciones:

- Aceptar las disposiciones del reglamento interno sobre su comportamiento dentro y fuera del hogar (art. 11.1)
- Respetar normas de higiene y salubridad (arts. 11.2 y 3)
- Cumplir los horarios y actividades que se realicen diariamente (art. 11.4)
- Mantener relaciones cordiales y amistosas y de colaboración, con sus compañeros y con el personal (art. 11.5; 7 y 8)
- Observar la disciplina dentro y fuera del hogar, el orden y la prolijidad en los dormitorios (art. 11.6 y 9)
- Realizar una contribución voluntaria del 50% de la jubilación o pensión bajo recibo, en concepto de ayuda mutua y solidaria a la Asociación Cooperadora del instituto (art. 4.2). En caso de que el adulto mayor no sea apto para el manejo del dinero, y mediando consentimiento expreso y escrito de su representante, la contribución

podrá llegar al 100% de los ingresos del residente, a criterio del Director del Hogar, haciéndose cargo el Hogar de todos los gastos eventuales del adulto mayor (art. 4.2).

Derechos:

- Recibir los servicios en las condiciones previstas: albergue higiénico y confortable; alimentación sana y equilibrada; aseo y descanso adecuado; asistencia multidisciplinaria; atención médica y social (cap. I - Finalidades)
- Derecho a examen clínico completo, cuyos resultados constarán en un legajo personal (art. 12)
- Derecho a recibir medicamentos, provistos por la obra social de la cual forme parte el anciano, o bien, por el Hogar (art. 12.8)
- Derecho a participar y colaborar con todas las actividades programadas por el Hogar en su beneficio (art. 14)
- Derecho a participar de las ganancias obtenidas por la venta de trabajos realizados por los residentes en el Hogar, junto con la Cooperadora (art. 14.7)

C) *Al momento del egreso*

Obligaciones:

- Cubrir los gastos del servicio fúnebre correspondiente, en caso de poseer fondos (art. 15).

Derechos:

- No se hacen referencias.

(Ordenanza 6287/1996 modificada por Ordenanza 8875/11): nuevamente, en referencia a la presencia del *derecho a la intimidad*, a nivel nomológico en estos instrumentos, se aplica a nivel municipal Ordenanza 8875/11, su *artículo 6.7.1.1.bis - Derechos de los Adultos Mayores alojados en todos los establecimientos citados en el artículo anterior*.

Así, nuestro marco teórico *devela los elementos* de la institución como parte del dispositivo de cuidado del modo de máxima intervención sobre la vejez: esta vez a cargo del Estado.

Los *sujetos* del cuidado específico son:

- la *persona mayor residente* (en la mayoría de los casos mayores de 60 años, y en ocasiones personas mas jóvenes con alguna discapacidad y/o con una situación socioeconómica acuciante). Hemos relevado la presencia de personas de entre 45 y 60 años residentes, quienes accedieron al beneficio de internación derivados por orden judicial, como “*caso social*”. Sea como fuere, en cuanto al rol *repartidor del anciano* en la institución, mas marcadamente que en las residencias gerontológicas privadas, es mínimo. Considerado historiadamente como el sujeto pasivo (*recipiendario*) de los cuidados de la residencia gerontológica, las conductas instituyentes son esporádicas y generalmente provienen de personas con *experiencias anteriores de internación*. Tal vez, el hecho de que el Estado organice estas instituciones, cercanas a una estructura burocrática de oficina, profundice la sensación de invisibilidad de los supremos repartidores (como un mecanismo poderoso, más allá del cuadro administrativo que opera el Director).

En lo que refiere a la vivencia del *derecho a la intimidad*, se han observado situaciones de *intimidación acordada*, en menor número que en las residencias gerontológicas privadas. Las situaciones de *intimidación meramente impuesta* -cuando la intromisión se hace sin el consentimiento del anciano- son frecuentes. Las relaciones con el personal (enfermería, mantenimiento, profesionales) parecen mas formales –en relación a las residencias privadas-, y por tanto, el *móvil institucional del cuidado vigilante* toma una posición avasallante sobre la privacidad. Inclusive, unida al ritmo de las pujanzas de los mismos grupos de atención, que trasladan la fuerza centrípeta de sus agendas políticas y sindicales al terreno institucional.

- la *familia* (o responsable no familiar) del residente: resulta frecuente encontrar en las residencias gerontológicas públicas un número elevado de ancianos sin familia, o con relaciones familiares conflictivas o *lábilas*. En el rol *repartidor*, los familiares o allegados toman preponderancia en la presentación del *pedido de internación*, nuevamente con una participación limitada de la voluntad del anciano. Tal, como en las residencias gerontológicas privadas, la familia

también juega un importante un papel repartidor como puente de contacto con el residente [*Régimen de visita*]: mediando entre el viejo y el *afuera*; y entre el viejo y el personal y el cuadro administrativo. Se devela un papel clave como *recipiendario* del beneficio de la residencia gerontológica pública -como lo es el mismo anciano-, en tanto los cuidados que se brindarán, serán sin una contraprestación dineraria directa, lo que incide en su dinámica vital *beneficiándolos* (los cuidados formales, alivio económico) y *gravándolos* (en la mayoría de los casos, emocionalmente)

- la *residencia gerontológica pública*: será el *Estado*, en su papel fundamental como *supremo repartidor* del cuidado, por medio de la organización e imposición de los *supremos criterios de reparto* quien pondrá en marcha los actores institucionales mediante los que es posible la atención: profesionales y no profesionales; y auxiliares del cuidado. Por ser una institución total -tal y como sucede en las residencias gerontológicas privadas- se observaron la ventaja de *repartos autoritarios* (vgr. imposición de horarios -comidas, tareas de esparcimiento, reposo-, de menú, de organización habitacional), por sobre los repartos *autónomos* (vgr. elección de las actividades socio-subjetivas del ocio, formación de grupos de afinidad).

El *objeto del reparto del cuidado* primordial, es la satisfacción de las *necesidades vitales-biológicas* de la protección de la vida y el tratamiento de la salud psicofísica del residente. Se considera la promoción de la salud mental, en el plano fáctico mediante la realización de las actividades sociosubjetivas del ocio fomentando la *participación*, aunque las actividades son estructuradas y de *adhesión*.

En cuento al *objeto del ambiente íntimo*, se han constatado una clara preeminencia de *características desfavorecedoras*: *situaciones de desnudez a la hora del aseo; ruidos y molestias derivadas de compartir la habitación, ansiedad por el desprendimiento de la red social del "afuera"; falta de control sobre la organización de la vida diaria, tristeza, situaciones de miedo a personas determinadas (otros residentes y personal)*.

La *dimensión axiológica* de la residencia gerontológica pública, encuentra similares dilemas valorativos que la residencia gerontológica

privada. Los valores se hallan en juego son fundamentalmente la *justicia*, y sus complejas relaciones con la *salud*, la *libertad*, la *verdad* y la *utilidad*: con la *salud*, siempre que existen progresivas demandas de asistencia sanitaria de la población envejecida, y situaciones problemáticas en relación a los modos de distribución de los recursos de salud asignados a la vejez, como subgrupo frente al resto de la población; con la *libertad*, en tanto unicidad y las posibilidades de brindar al viejo un espacio en el que desarrollar su proyecto vital; con la *verdad*, cuando la realidad de la mecánica de los cuidados brindados por una institución total conllevan determinadas consecuencias en el desarrollo de la vida del anciano. Muchas veces, la institución -con la complicidad o no, de la familia y la sociedad- prefiere esconder esta característica, en el intento de justificar su naturaleza y suavizar el paso del hogar particular a una vivienda colectiva con andamiaje administrativo-; con al *utilidad*, en tanto necesidad de espacios exclusivamente destinados a la vejez, dada la imposibilidad del cuidado en el ámbito doméstico -de existir- de la persona mayor.

Como afirmáramos más arriba, resultan *preferibles* los repartos autónomos a los autoritarios, pero existe una prevalencia de éstos por sobre los primeros en las residencias gerontológicas públicas, quizá con mas fuerza que en las privadas.

La superioridad técnica del cuidado proporcionado por el cuerpo de profesionales, justifica algunos de los repartos autoritarios basados en la aristocracia del saber. En tanto que el reparto autoritario de otros actores institucionales encargados del cuidado, que no los ejercen en base a este título de legitimación, son *meras imposiciones* sobre los residentes. La *carencia* de un catálogo suficiente de derechos de los residentes, creemos, incita estas conductas dejando lagunas peligrosas en relación al *respeto de los derechos personalísimos de los ancianos*.

Hemos dicho que la *forma* más justa del reparto del cuidado en una residencia gerontológica, es la que contempla una mayor negociación en los repartos autónomos, en los que los residentes tienen mayor protagonismo; y la que contempla la audiencia en los repartos autoritarios. En las residencias gerontológicas públicas, de nuestra intervención se concluye un bajo nivel de audiencia de los residentes, tal como sucede en las del ámbito privado.

Reiteramos que la *libertad*, es el presupuesto de la *intimidación*, y resultando las relaciones valorativas entre la *libertad* con la *utilidad* en el marco de la residencia gerontológica pública de especial tirantez, encontramos peligrosos escenarios de injusticia en relación a la esfera privada de los residentes, toda vez que la propensión del poder de arrogación de la utilidad se impone por sobre la libertad, y finalmente, sobre la justicia.

7. El Mundo Posmoderno es testigo de un fenómeno sin precedentes. En ninguna Era de la Historia de la Humanidad, han convivido al mismo tiempo tantas generaciones juntas, ni se ha registrado el tipo de longevidad alcanzada por semejante número de seres humanos. Por esto nos preguntamos: ¿qué respuesta brinda el Derecho a las personas mayores frente a la expectativa de una vejez institucionalizada? Sobre la elaboración de *respuestas jurídicas humanistas eficaces* para el cuidado de las personas mayores pende una gran expectativa: ni más ni menos que el reconocimiento de los derechos de la vejez, como *etapa especialísima del proyecto vital, fecunda, activa e integrada*.