



Tipo de documento: Tesis de Doctorado

Título del documento: La movilidad de las personas mayores de 60 años en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires : el transporte como medio para el ejercicio del derecho a la salud

Autores (en el caso de tesis y directores):

Mariana Andrea Cataldi

María Paula Lehner, dir.

Fernando Rada Schultze, co-dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis: 2021

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR





UBA Sociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

La movilidad de las personas mayores de 60 años en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: el transporte como medio para el ejercicio del derecho a la salud

Autora: Mg. Mariana Andrea Cataldi

Tesis Final para optar al título de Doctora en Ciencias Sociales

Directora: Dra. María Paula Lehner

Codirector: Dr. Fernando Rada Schultze

Año 2020

ÍNDICE

Resumen.....	5
Agradecimientos	7
Introducción	9
Capítulo 1- El estudio de la movilidad en personas mayores	21
1. 1. Las distintas perspectivas en el estudio de la movilidad	22
1.2. Estado del arte	32
1.3. Las producciones en Argentina. Personas mayores y ciudadanía	36
2.2. Enfoque de géneros y movilidad.....	40
2.2.1. La perspectiva de géneros en el envejecimiento.....	40
2.2.2. La perspectiva de géneros en el estudio de la movilidad	44
1.3. Factores que inciden en la movilidad de personas mayores.....	52
Capítulo 2- Las personas mayores en el espacio urbano.....	59
2.1. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....	63
2.2. La población adulta mayor que reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	70
2.3. El sistema de salud y los servicios de atención médica	79
2.4. Las políticas de transporte en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....	87
Capítulo 3. Metodología.....	95
3.1. El primer momento: Las entrevistas en los centros de salud	98
3.2. El segundo momento: La incorporación de nuevos casos. Las entrevistas domiciliarias a personas adultas mayores.....	103
Capítulo 4- Resultados	108
4.1. Las prácticas de movilidad de las personas mayores que acuden a los centros de salud.....	109
4.1.1. Los modos de adhesión alta.....	111
4.1.2. Los modos de adhesión media.....	114
4.1.3. Los modos de adhesión baja o nula	117
4.1.4. Los modos alternativos	128
4.2. Barreras y facilitadores en el acceso a los servicios de salud relacionados con la movilidad	131
4.2.1. La movilidad del autocuidado	133

4.2.3. Los viajes y el logro de sus finalidades.....	140
4.2.4. Los reclamos por deficiencias en el transporte	143
4.2.4. Tarifas y costos	147
4.2.5. Experiencias de viajes. El maltrato en el transporte público.....	151
4.2.6. Vejez y enfermedad	158
4.2.7. Las redes de apoyo social.....	160
4.2.8. Continuidades y discontinuidades en la elección modal	162
4.2.9. La movilidad ideal	163
4.2.10. Barreras y facilitadores	166
4.3. La movilidad de las personas mayores frágiles.....	171
4.4. Más móviles y menos móviles: similitudes y diferencias en la movilidad.....	179
4.5. Lineamientos para el estudio de la gerontomovilidad	181
4.5.1. Gerontomovilidad: Diez ejes para su análisis	184
4.5.2 Reflexiones sobre el diseño de políticas de gerontomovilidad	191
Conclusiones	195
Referencias Bibliográficas	207
ANEXO	235

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Población de 60 años o más en la población total por comuna. Año 2013. Fuente: DGEYC.....	73
Ilustración 2. Especialidades más consultadas por personas de 65 años o más en servicios públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fuente: Baum (2019)....	80
Ilustración 3. Trayectorias de pacientes de 65 años o más representadas por niveles de atención. Fuente: Baum (2019).....	81
Ilustración 4. Clasificación según características de movilidad personal. Fuente: Elaboración propia.....	101
Ilustración 5. Entrada de la Estación Federico Lacroze del subterráneo Línea B (2018). Foto de la autora.	121
Ilustración 6- Barreras que intervienen en la elección modal en la movilidad de personas mayores. Fuente: Elaboración propia.....	128
Ilustración 7. Elección modal de personas mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por adhesión. Fuente: Elaboración propia.	131
Ilustración 8. Procedencia de personas mayores usuarias del servicio de obra social. Fuente: Elaboración propia.	137
Ilustración 9. Procedencia de personas mayores usuarias del hospital público. Fuente: Elaboración propia.....	138
Ilustración 10. Movilidad de personas mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: modos, costos, tarifas y hábitos de uso. Fuente: Elaboración propia.	150
Ilustración 11. Trato inadecuado y maltrato social en el transporte. Situaciones reportadas por las personas mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fuente: Elaboración propia.	157
Ilustración 12. Barreras en el acceso a los servicios de salud relacionadas con la movilidad de personas mayores por género y por orden de prioridad. Fuente: Elaboración propia.....	168
Ilustración 13. Facilitadores en el acceso a los servicios de salud relacionados con la movilidad de personas mayores por género. Fuente: Elaboración propia.	170
Ilustración 14. Gerontomovilidad. Dimensiones para su estudio.	185

Ilustración 15. Gerontomovilidad. Contenidos para su estudio por eje temático.

Fuente: Elaboración propia. 188

Resumen

La Tesis analiza las prácticas de movilidad de las personas mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con el fin de conocer la manera en que determinan el acceso a los servicios de atención de la salud y el ejercicio de sus derechos.

En este estudio, de tipo cualitativo-descriptivo, se implementa un abordaje desde la perspectiva de la movilidad, centrado en los sujetos, sus deseos y sus necesidades, que permite recuperar la dimensión cultural y subjetiva de la acción. Se realizaron 40 entrevistas a mujeres y a hombres de 60 años o más en dos servicios de salud, uno público y uno de obra social, y 7 entrevistas domiciliarias a personas mayores frágiles.

Se describen y se analizan las prácticas de movilidad, los modos y el grado de adhesión. Además, se identifican barreras y facilitadores en el acceso a los servicios relacionados con la movilidad.

Asimismo, se aportan conceptos sobre gerontomovilidad y gerontomovilidad urbana sustentable, y se determinan diez dimensiones para valorar en el diseño de políticas públicas dirigidas a este grupo etario.

Palabras clave: Personas mayores. Movilidad. Transporte. Derechos.

Summary

The Thesis analyzes the mobility practices of the elderly in the Autonomous City of Buenos Aires in order to know how they determine access to health care services and the exercise of their rights. In this qualitative, descriptive study, an approach is implemented from the perspective of mobility, centered on subjects and their desires or needs, which allows us to recover the cultural and subjective dimension of the action.

40 interviews were conducted with women and men 60 years of age and older in two health services, one public and one social work and 7 household interviews with frail elderly people.

Mobility practices, modes and degree of adherence are described and analyzed. Then, barriers and facilitators are identified in the access to services related to mobility. It contributes concepts on Gerontomobility and sustainable urban Gerontomobility and determines ten dimensions to be assessed in the design of public policies aimed at this age group.

Keywords: Elderly people. Mobility. Transport. Rights.

Agradecimientos

A la Dra. María Paula Lehner, mi directora y compañera, por guiarme en este camino de crecimiento y aprendizaje.

Al Dr. Fernando Rada Schultze, por contagiarme su pasión académica, lo que me ayudó a retomar el trabajo en momentos críticos.

Al Dr. Roberto Pereyra, Jefe de la Unidad de Geriátrica del Hospital P. Piñero, y a la Lic. Susana Sánchez, Trabajadora Social de la Unidad Asistencial César Milstein, quienes me brindaron la posibilidad de realizar el trabajo de campo en dichas Instituciones.

A la Dra. Andrea Gutiérrez, cuyas producciones me motivaron a pensar en la movilidad de las personas mayores, por brindarme orientación y alentarme a investigar.

A Natalia Antipas, por sus valiosos aportes sobre mis producciones parciales, que me permitieron repensar y enriquecer el trabajo.

A Guillermo Hardwick y Ana María Pauloni, quienes facilitaron la realización de entrevistas domiciliarias a personas “menos móviles”.

A las personas mayores que participaron en el estudio.

Introducción

El origen de esta Tesis son los estudios que, en el marco de la Maestría en Investigación Social de la Universidad de Buenos Aires, realizamos sobre el trato a personas mayores en el espacio privado institucional. Ante el requerimiento de un tema de investigación para el Doctorado en Ciencias Sociales, consideramos la posibilidad de continuar con dicha temática, pero en el espacio público y, en particular, el maltrato en el transporte. Participar en los Seminarios, avanzar en las lecturas y ahondar en el concepto de movilidad impulsó la reorientación de la propuesta: el tema de estudio serían las prácticas de movilidad de las personas mayores y de qué manera determinan el ejercicio del derecho a la salud. Elaboramos el estudio desde el paradigma de derechos y la perspectiva de géneros¹.

Luego de varios años de trabajo profesional con personas mayores, consideramos que nuestra sociedad debe emprender el gran desafío de dar respuestas adecuadas a las necesidades de una población cada vez más añosa y heterogénea. Uno de los caminos para abordar dicho reto consiste en implementar estudios que permitan conocer en profundidad las distintas problemáticas que atraviesa.

La población del mundo está envejeciendo. En los últimos años, las personas de mayor edad han registrado un incremento sostenido. Se estima que, en 2050, el 22 % de la población tendrá 60 años o más. En 2030, el número de personas mayores superará el de niñas y niños. Se predice que, en 2050, habrá más personas mayores que adolescentes y jóvenes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007). Este fenómeno constituirá una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI. Por su dimensión, el escenario futuro presenta múltiples desafíos (Naciones Unidas [NU], 2015). Sin embargo, la irrupción reciente de la pandemia de COVID-19

¹ La Tesis se realizó entre 2017 y 2019. Los primeros meses de 2020 estuvieron abocados a la redacción y a la revisión final del escrito. En marzo, la Organización Mundial de la Salud declaró la pandemia de COVID-19, y las personas mayores fueron designadas uno de los principales grupos de riesgo. La irrupción inesperada de este acontecimiento generó profundos cambios en las sociedades. Al decretarse en Argentina el aislamiento social, preventivo y obligatorio, se produjo una modificación en la vida cotidiana de la población y una restricción en las posibilidades de movilidad de las personas de más edad, incluso para la atención de su salud. Consideramos importante efectuar esta salvedad inicial, dado que el contenido del presente trabajo responde a un momento socio-histórico que difiere de manera significativa de la realidad presente.

amenaza el alcance de dichas proyecciones. Las personas mayores son consideradas grupo de riesgo: si contraen la enfermedad, pueden presentar cuadros de mayor gravedad que las personas jóvenes. Las tasas de letalidad indican que las personas fallecidas se agrupan, principalmente, en las franjas de 70 años o más. Según la información aportada por la OMS a partir de la Estadística de Salud Mundial 2020, la pandemia podría tener efectos negativos sobre la esperanza de vida².

Argentina es uno de los países latinoamericanos más envejecidos, junto con Uruguay, Chile y Cuba (Naranjo Hernández, Figueroa Linares y Cañizares Marín, 2015). Conforme la tendencia mundial, a partir de 1970, se comienza a observar un aumento significativo en la cantidad de habitantes mayores. En 1950, el 4,2 % de la población argentina tenía 65 años o más. En 1970, el 7,0 %; en 1990, el 8,9 %; y en 2010, el 10,2 %. De acuerdo con las proyecciones, se presume que, en 2040, llegará al 18,2 % y, en 2070, al 24 % (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2017). En este proceso de envejecimiento de la población, intervienen los tres componentes demográficos, fecundidad, mortalidad y migraciones. Principalmente, se halla determinado por la disminución de los nacimientos y de las muertes, y, en menor grado, de las migraciones.

Las mediciones indican que, en Argentina, se producen más nacimientos de hombres que de mujeres, pero son ellas quienes presentan una expectativa de vida mayor. Según Rada Schultze (2019), la explicación no radica en la dimensión biológica, sino en la social; de allí, la importancia de considerar el curso vital y las trayectorias de las personas al llevar a cabo estudios sobre el envejecimiento. En los procesos de envejecer intervienen múltiples factores; entre ellos, las construcciones sociales sobre lo considerado masculino y femenino, que introduce la perspectiva de géneros en el análisis.

En la actualidad, la población argentina de mas edad se concentra en zonas urbanas; es muy pequeña la cantidad que habita en espacios rurales (Di Véroli y Schmunis, 2008). El mayor porcentaje de personas de 65 años o más reside en las

² Conferencia de prensa del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director de la Organización Mundial de la Salud, del 13/5/2020. Disponible en: www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019.

grandes ciudades del país. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante, CABA), se registra una de las cifras más altas. En Córdoba, Santa Fe y Mar del Plata, el porcentaje de habitantes mayores también es elevado.

La población mayor se incrementa cuantitativamente, se complejizan sus características y se diferencian sus necesidades, dando lugar a un grupo diverso y heterogéneo. En 2018, se aplicó en el país la Encuesta Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad (ENDI). En su informe, se indicó que el 25,4 % de las personas entre 65 y 79 años presentaba algún tipo de dificultad motora, auditiva, visual, mental o cognitiva, y que la mayoría presentaba dos tipos de ellas (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC], 2018). Esta cifra aumenta con la edad: el 46,6 % corresponde a personas de 80 años o más. Respecto de la edad de origen de la primera dificultad: en el 55,1 % de los casos, surge entre los 65 y los 79 años; y en el 72,2 %, luego de los 80 años, sobre todo, a causa de enfermedades (INDEC, 2018). Estas dificultades pueden afectar la autonomía y generar una situación de dependencia, que impone la necesidad de contar con la ayuda de otra persona para realizar las actividades cotidianas. Las mujeres presentan mayor dificultad que los hombres. Varios estudios aportan datos semejantes y reafirman que al aumentar la edad se incrementa la proporción de personas con discapacidad (OMS, 2015; Organización Iberoamericana de Seguridad Social [OISS], 2018). En consecuencia, por la aparición de enfermedades crónicas y discapacidad, las personas mayores (sobre todo, las más añosas) requieren controles de salud frecuentes y formas de movilidad protegida para sus traslados. Este es uno de los principales fundamentos del presente estudio.

La vejez es un proceso singular y universal, que se desarrolla a lo largo de la vida. Demográficamente, se han establecido edades cronológicas para marcar el inicio de esta etapa (60 o 65 años), pero entendemos que es inadecuada e injusta su asociación. Todos envejecemos todo el tiempo y “... la edad es un mal indicador de la competencia física, intelectual o social...” (Neugarten, 1999: 335). La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) coincide en que la edad no es un buen indicador del estado de salud ni de la capacidad funcional de las personas mayores. Si bien adherimos al concepto precedente y entendemos que existen múltiples

formas de transitar este proceso que no se hallan determinadas por la edad, por motivos metodológicos, para delimitar el grupo poblacional abordado en el presente estudio, hemos utilizado un corte de edad cronológico. Aunque diversas producciones señalan que, al aumentar la edad, aumenta la discapacidad, no podemos relacionarla con un criterio exclusivamente etario por la incidencia de otros factores, como las condiciones socioeconómicas y culturales.

El contexto social en el que las personas se encuentran insertas incide en las formas que adquiere el envejecimiento, asignándole significados particulares. Suele ser vinculado a determinadas representaciones dominantes que, injustamente, se generalizan mediante estereotipos negativos (Díaz Aledo, 2013; Freixas, 1998; Gastrón, 2013; Rada Schultze, 2019). Así, se asocia a las personas mayores con imágenes de enfermedad, deterioro, decrepitud, inactividad y conductas caprichosas (como si fueran niños). La utilización extendida del género masculino (se las denomina “adultos mayores”, como si solo fueran hombres) excluye otras opciones identitarias. Tampoco se tiene en cuenta que las representaciones sociales de la vejez son diferenciales por género (Gastrón, 2003; Rada Schultze, 2019), lo que deviene de estereotipos que vinculan a las personas mayores con la asexualidad. Estas generalizaciones pueden impulsar situaciones de discriminación. De tal manera, la vejez se configura como futuro indeseado, en lo que no queremos ser. Los medios de comunicación reproducen estos estereotipos viejistas, que refuerzan las representaciones descalificadoras. En Argentina, se estudió la imagen de las mujeres mayores en los medios de comunicación a partir de monitoreos televisivos en canales de aire. En sus resultados, se señala lo siguiente:

Los cuerpos femeninos que se muestran están cargados de debilidad. La pregunta es cómo no tener miedo al envejecimiento si la vejez parece condenar a las mujeres al deterioro y reducir la vida a dos universos, la abuelidad y la jubilación (Defensoría del Público de Servicios de Comunicación Audiovisual [DP], 2018: 2).

El análisis da cuenta de la presencia de prejuicios sobre las mujeres mayores en los medios, aunque también observamos representaciones estereotipadas sobre el envejecer masculino y sobre las personas mayores LGBT³.

³ Sigla que identifica a las personas lesbianas, *gays*, bisexuales y transgénero.

La denominación habitual de este grupo poblacional también ha sido sesgada y determinada por estereotipos. Se los llama “abuelos”, término que remite a una relación familiar, “clase pasiva”, que focaliza la inactividad o la carga social, o “jubilados”, que los asocia a un rol laboral pasado. Esta última expresión es utilizada en la Encuesta Nacional de Movilidad Domiciliaria en Argentina (ENMODO, 2010), donde se caracteriza a las personas encuestadas a partir de su actividad principal: estudiante, ama de casa o jubilado, entre otras categorías. En su informe, se analiza la “movilidad de los trabajadores”, “la movilidad de los estudiantes” o la “movilidad de los jubilados”.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2015) ha definido e incorporado la expresión “persona mayor” para referirse a las personas de 60 años o más. Utilizaremos este término a lo largo del presente trabajo, dado que incluye todas las identidades de género, más allá de su actividad laboral pasada o actual, y ubica en primer lugar a la persona.

Como mencionamos anteriormente, la población de más edad se concentra en las áreas urbanas. Por lo general, las grandes ciudades presentan altos índices de población mayor, pero no han sido diseñadas a partir de sus necesidades e intereses particulares ni adecuadas a ellas. Varios autores señalan que las personas mayores pueden percibir las ciudades como espacios inaccesibles, peligrosos y difíciles de transitar, generando situaciones de aislamiento (García Ballesteros y Jiménez Blasco, 2016; Sánchez González, 2015; Urroz, 2004). En este espacio urbano, ellas circulan para satisfacer necesidades y deseos, y para acceder a servicios. La movilidad es un derecho que permite el acceso a otros derechos, tales como la educación, la recreación, la participación política o la salud. En el caso de la salud, la movilidad se transforma en imprescindible ante la inexistencia de servicios a domicilio o cuando, por la patología, se requiere mayor complejidad de atención.

Esta Tesis analiza las prácticas de movilidad en personas de 60 años o más en la CABA e indaga sobre la manera en que esas prácticas intervienen en el acceso a los servicios del sistema de salud. La movilidad es definida como una práctica de viaje con significado para los sujetos activos y motivada por necesidades o deseos (Gutiérrez, 2009). Proponemos conocer las formas que adquiere la movilidad de las

personas mayores y el modo en que condicionan el ejercicio del derecho a la atención de la salud.

La Tesis incorpora la perspectiva de géneros con el fin de analizar las posibilidades de inclusión social y derecho a la salud con equidad para las distintas identidades de género. Entendemos que las prácticas de movilidad son diferenciales, que deben estudiarse a partir de sus relaciones y que es necesario adoptar dicho enfoque en las investigaciones. Las diversidades en el uso del espacio público y los modos de movilidad de hombres y mujeres fueron señaladas en varios estudios sobre la temática (Tobío, 1995; Buckingham, 2011; Díaz Muñoz, 1989; Pérez, 2019). Sin embargo, se publicaron numerosas producciones que omiten esta perspectiva en sus análisis y aplican el genérico masculino al referirse a “usuarios” y “jubilados”.

En Argentina, las cuestiones referidas a la movilidad de las personas mayores fueron incorporadas en la Ley N.º 27.360, que, en 2017, aprueba la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Allí se enuncia el derecho a la movilidad personal y se proponen algunas medidas, como propiciar el acceso a servicios de transporte público con tarifas preferenciales o gratuitos, establecer asientos reservados para las personas mayores, entre otras.

Diferentes autores consideran que la movilidad incide en el bienestar y en la calidad de vida durante la vejez (Alsnih y Hensher, 2003; Su y Bell, 2009; Li, Raeside, Chen y McQuaid, 2012). También destacan otros beneficios, además del acceso a servicios. Posibilita el contacto con otras personas, lo que permite el mantenimiento de las redes sociales; brinda mayor independencia y tiene beneficios psicológicos para las personas (Alsnih y Hensher, 2003). Definitivamente, el derecho a la movilidad se constituye en un medio de acceso a múltiples derechos.

El paso del tiempo puede producir en algunos sujetos cambios físicos, cognitivos, familiares y económicos, que generan la reducción o el bloqueo de la movilidad. Se ha observado que la inmovilidad suele provocar aislamiento y agudizar los problemas de segregación (Gutiérrez, 2012). El origen de la inmovilidad también puede vincularse a factores estructurales, ya que las condiciones inadecuadas de los espacios urbanos y los transportes pueden promover la retracción.

La Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM),

realizada en nuestro país en 2012, indica que, a medida que avanza la edad, las mujeres tienden a recluirse en sus hogares, y sus salidas son menos frecuentes que las de los varones. De este modo, las actividades fuera del hogar se reducen a medida que aumenta la edad. También señala que las caídas son un problema frecuente en las personas mayores, generadas tanto por los trastornos propios del envejecimiento, sensoriales, físicos y cognitivos como por la carencia de un entorno adaptado a sus necesidades (INDEC, 2012). Las caídas se producen más en mujeres que en hombres, y sus consecuencias pueden generar distintos niveles de impacto, como fracturas o lesiones más leves. Suceden en el interior de las viviendas o en el ámbito público. Muchas veces, el espacio público no reúne las características necesarias para garantizar una deambulación segura, lo que incrementa el riesgo de que se produzcan caídas. Por esta razón, se ha destacado la importancia de analizar si las ciudades se adecúan a las necesidades de circulación y habitabilidad de las personas mayores (Roqué y Fassio, 2016; Di Vérolí y Schmunis, 2008; Schmunis, 2001).

En 2005, se impulsó el proyecto Ciudades Globales Amigables con la Edad. Una ciudad se considera amigable con las personas mayores cuando "... alienta el envejecimiento activo mediante la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen" (OMS, 2007: 6). Para evaluar la amigabilidad, diseñaron una metodología de investigación aplicable en las distintas ciudades mediante el uso de una guía común denominada Protocolo de Vancouver. La utilización de los mismos criterios de estudio permite no solo arribar a un diagnóstico, sino también comparar los resultados en los distintos países en que se implementa. Se trata de un instrumento de investigación ya aplicado en varias ciudades, que permite identificar ventajas y puntos débiles de las comunidades en relación con la amigabilidad. Una de las variables de estudio es el transporte y la accesibilidad del espacio público. Mediante el trabajo con grupos focales conformados por personas mayores, analizan varias dimensiones del transporte, como la disponibilidad, la accesibilidad en cuanto a costos, la confiabilidad y la frecuencia de los servicios, los destinos de viaje, la existencia de vehículos amigables y de asientos preferenciales, y la oferta de servicios especializados para este grupo poblacional. También indagan acerca de la cortesía

mostrada por otros pasajeros, la amabilidad de los conductores de los medios de transporte, la seguridad y la comodidad; la distribución y las condiciones de las paradas y de las estaciones de transporte, y de los taxis; la disponibilidad de transportes comunitarios, la información, las condiciones para el manejo de vehículos y aspectos referentes al estacionamiento.

En la CABA, este protocolo se aplicó en 2016. Si bien el informe elaborado no ha sido publicado hasta el momento, los grupos consultados la consideraron una ciudad “no amigable con la edad”. Las veredas rotas, la inaccesibilidad del transporte colectivo y el caos de tránsito fueron algunos de los elementos que fundamentaron dicha calificación (Redondo, 2016). Al avanzar el proceso de envejecimiento, las barreras del espacio público resultan difíciles de afrontar; sobre todo, en espacios urbanos (Urroz, 2004; Jorge, 2009; Narváez Montoya, 2012). En la CABA, las personas mayores consultadas identificaron y describieron los obstáculos que se presentan al transitar por la ciudad; así, se pudo acceder a las barreras locales. Quienes necesitan algún tipo de apoyo o ayuda técnica para su movilidad y las personas que presentan mayor grado de dependencia requieren condiciones adecuadas en el espacio público y en el transporte para desarrollar sus actividades cotidianas y desplazarse sin barreras en el espacio que habitan. Estas condiciones no se hallan garantizadas en la CABA.

La movilidad es necesaria e ineludible. En la vida cotidiana, ciudadanas y ciudadanos mayores se movilizan por diversos motivos. Para ejercer el derecho a la salud y acceder a los servicios de atención, es necesario realizar diversos viajes, ya sea con el objetivo de solicitar turnos, tramitar autorizaciones, asistir a la consulta propiamente dicha, cumplir con estudios indicados por los profesionales o retirar sus resultados. Esas gestiones son difíciles de resolver de manera autónoma para quienes no presentan condiciones de autovalimiento.

Las personas mayores en situación de dependencia son las que, en distinto grado, requieren la ayuda de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria. La dependencia funcional puede originarse en causas físicas, psíquicas o intelectuales que derivan en la pérdida progresiva de autonomía (Roqué y Fassio, 2016). Estas personas ven restringidas sus posibilidades de usar el transporte público colectivo, lo que promueve la necesidad de adoptar formas más protegidas y

personalizadas de movilidad. Las que requieren mayor apoyo y no cuentan con recursos para acceder a modos adecuados de traslado, pueden omitir viajar, limitando la movilidad a la proximidad de sus hogares. Como hemos mencionado con anterioridad, esto se ha observado, en especial, en mujeres mayores, denominadas grupo de personas “menos móviles” (Díaz Muñoz, 1989; OMS, 2015).

En este escenario, realizamos el presente estudio, en el que intentaremos dar respuesta a una serie de interrogantes. ¿Qué formas adquiere la movilidad en el acceso a los servicios de salud de las personas mayores en la CABA? ¿Los transportes constituyen una barrera o un facilitador para el ejercicio del derecho a la salud de las personas adultas mayores? ¿Existen diferencias en las prácticas de movilidad de las personas mayores según el género? ¿Qué papel desempeñan las redes de apoyo en las opciones de movilidad de las personas adultas mayores? ¿En qué medida las desigualdades económicas son condicionantes de la movilidad en este grupo de edad? ¿Qué estrategias implementan las personas mayores frágiles para movilizarse y acceder a los servicios de salud?

Las personas adultas mayores integran uno de los grupos poblacionales que más acuden a los servicios de salud debido al incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas que se agudizan con la edad (Piovani y Salvia, 2018). La CABA integra el grupo de ciudades del país más envejecida y forma, junto con los 24 partidos del Gran Buenos Aires (GBA), una unidad urbano-funcional con más de 12 millones de habitantes, denominada Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Se trata de un conjunto urbano que no puede estudiarse separadamente, dada su estrecha relación. La Tesis problematiza las prácticas de movilidad de las personas adultas mayores que acuden a los servicios de salud ubicados en la CABA, haciendo foco en los diferentes modos de transporte urbano, para conocer cómo intervienen esas prácticas en el ejercicio de sus derechos.

La perspectiva de la movilidad propone el estudio de las prácticas sociales de viaje motivadas por un deseo o por una necesidad, y para el logro de una finalidad. Este enfoque plantea delimitar el caso o modelo a partir de un grupo social tipo, un territorio tipo y un fin de viaje (Gutiérrez y Minuto, 2007). En el marco de dicho

modelo teórico, estudiaremos a las personas mayores en la CABA y sus movilidades para el acceso a los servicios de salud.

Esperamos aportar información sobre un tema poco explorado por las ciencias sociales, describir las movilidades en este grupo etario, conocer las prácticas de viaje, analizar si el transporte opera como barrera o facilitador, si existen diferencias por género en el modo de trasladarse por necesidades de salud, así como la forma en que la movilidad determina el acceso a los servicios. Como señala Rada Schultze (2016), el advenimiento de una sociedad envejecida nos interpela y nos convoca a problematizar sobre nuevas áreas de conocimiento, como el diseño urbano y el transporte, entre otras.

La Tesis se organiza en cinco Capítulos. En la Introducción, explicamos los fundamentos que dieron origen al estudio, la organización y el contenido general de la investigación.

En el Capítulo 1, desarrollamos las distintas perspectivas teórico-metodológicas sobre el estudio del transporte y la movilidad de las personas mayores. A partir de la revisión bibliográfica, fundamentamos la decisión de adoptar el enfoque de géneros y lo vinculamos al tema de las personas mayores y al transporte. Luego caracterizamos los factores que inciden en la movilidad de las personas mayores y los criterios que permiten delimitar el tema de estudio.

En el segundo Capítulo, describimos y analizamos la situación de las personas mayores en el espacio urbano. Exponemos las particularidades de la CABA en clave histórica y las características de la población mayor que la habita. Explicamos la organización y la dinámica de los servicios de salud y las políticas de transporte; principalmente, las referidas a la población mayor. Esta aproximación apunta a conocer el contexto en que se realiza la investigación.

En el Capítulo 3, definimos la metodología aplicada, estableciendo el tipo de diseño, el objetivo general y los específicos, el instrumento de recolección de datos, la unidad de análisis y la composición de las muestras. Describimos los dos momentos en que se desarrolla el trabajo de campo a partir de la necesidad de incorporar en el análisis a las personas mayores frágiles con necesidad de apoyo para trasladarse, lo que dio lugar al abordaje de la segunda submuestra.

El Capítulo 4 contiene los resultados de este estudio. Inicialmente, analizamos las prácticas de movilidad de las personas mayores entrevistadas en los servicios de salud de la CABA de acuerdo con los distintos modos, la adhesión a cada uno y las barreras que operan al momento de decidir cómo viajar. Luego abordamos la relación entre la movilidad y el acceso a los servicios de salud, identificando barreras y facilitadores, el impacto de las movilidades en el acceso a dichos servicios, los viajes y el logro de sus finalidades, las tarifas, las experiencias de viaje memorables, los reclamos por deficiencias en los servicios, las redes de apoyo social y su rol fundamental en el acceso a la salud. Posteriormente, analizamos los aspectos relacionados con la movilidad de las personas mayores que presentan mayor fragilidad y, por lo tanto, son menos móviles, describimos sus estrategias para trasladarse a los servicios de salud y sus opiniones respecto del tema.

Finalmente, elaboramos un lineamiento de diez puntos para tener en cuenta en el estudio de la gerontomovilidad, aportes tendientes a facilitar el encuentro entre las personas mayores y los servicios de salud para garantizar el ejercicio de sus derechos.

Capítulo 1- El estudio de la movilidad en personas mayores

El interés por comprender cómo, por qué y para qué viajan las personas de todas las edades ha generado un incremento significativo de las investigaciones sobre la movilidad. En los últimos años, surgen múltiples estudios sobre las movilidades de distintos grupos sociales y desde diversos abordajes, como género, discapacidades y grupos etarios (Gutiérrez y Blanco, 2016). No obstante, la producción académica sobre las movilidades de los usuarios y usuarias mayores es incipiente; por tal motivo, hemos incorporado estudios que no abordan directamente a este grupo poblacional, pero que contribuyen a conocer posibles líneas interpretativas y estrategias metodológicas aplicadas. Entendemos que explorar las perspectivas teóricas, los distintos modelos de análisis y los múltiples aspectos considerados para el estudio del tema, como económicos, sociales, culturales o históricos, contribuye a comprender este fenómeno complejo. De esta manera, el conocimiento de los distintos criterios hallados para el estudio de la movilidad de diversos grupos poblacionales nos permitió valorar y definir las metodologías de investigación más adecuadas para el cumplimiento de nuestros objetivos.

En el presente capítulo, realizamos una revisión crítica de la producción académica sobre movilidad y transporte de personas mayores. El tema fue abordado desde distintas perspectivas: el paradigma del transporte, la perspectiva de la movilidad, la económico-política, la ambiental-urbanística, entre otras. Fundamentamos la decisión de adoptar la perspectiva de la movilidad y el enfoque de géneros, y analizamos los factores que inciden en la movilidad, en el marco de los derechos. La definición del enfoque conceptual se construye a partir de investigaciones precedentes sobre el mismo fenómeno y de teorías; por tal motivo, articulamos ambos temas.

1. 1. Las distintas perspectivas en el estudio de la movilidad

Las posiciones teóricas sobre el transporte y la movilidad han evolucionado temporalmente, adoptando diversos focos de estudio.

Históricamente, la planificación del transporte surge ligada a la ingeniería civil y luego va incorporando otras disciplinas bajo la necesidad de adoptar una mirada interdisciplinaria. El paradigma del transporte estudia las condiciones materiales de acceso a los modos disponibles, priorizando el análisis de los sistemas de transporte desde un punto de vista estructural y estático. Su interés se centra en los medios que permiten el desplazamiento de las personas, estudiando las infraestructuras, los tipos de transporte, las formas de los servicios y la oferta pública o privada. También describe los destinos de los diferentes servicios, la ubicación de las estaciones, la normativa que los regula y las tarifas, entre otros aspectos. Este paradigma incluye el enfoque de la oferta, que considera las políticas de transporte determinantes del comportamiento de las personas. Entiende que la adecuada planificación puede modificar la demanda y, así, dar respuesta a los problemas de movilidad urbana de las personas (Herce, 2009).

Los estudios estadísticos de Argentina sobre movilidad se enmarcan dentro de la perspectiva del transporte y aportan información sobre la oferta y la demanda. En estos trabajos, se analizan los datos cuantitativos referidos a promedios de pasajeros transportados, tarifas medias, cantidad de remises y taxis habilitados, entre otros. El Boletín Estadístico Anual 2016 incluye información cualitativa sobre los reclamos recibidos acerca de los transportes urbanos. Entre los motivos más frecuentes se mencionan el desempeño de los conductores, las frecuencias, los desvíos en los recorridos, los vehículos, las tarifas, etc. (Comisión Nacional de Regulación del Transporte [CNRT], 2017).

La ENMODO es una encuesta que tiene el objetivo de conocer los patrones de movilidad para planificar adecuadamente el sistema de transporte. En Argentina, se realizó en varias ciudades, como Corrientes (2013), Neuquén (2012), Santa Fe (2012), Tucumán (2011), entre otras. En 2009 y 2010, se aplica en la Región Metropolitana de Buenos Aires (en adelante, RMBA). De mayor amplitud que el AMBA, está integrada por la CABA más 40 partidos de la provincia de Buenos Aires. El estudio describe las características de la demanda de viajes según el nivel socioeconómico de la población, los modos de transporte y los motivos de viajes.

Adopta el enfoque de demanda y específica que intenta superar la perspectiva clásica de los estudios de oferta de transportes. Considera las necesidades de las personas y entiende que el transporte garantiza el acceso a derechos. Los resultados de la encuesta arrojan varios hallazgos sobre la movilidad de las personas mayores agrupadas en la categoría de jubiladas. Observan bajos niveles de viajes tanto en hombres como en mujeres, y priman los viajes de corta duración: el 61 % responde no haber viajado el día anterior. Sobre la elección del modo utilizado para viajar, predomina el transporte público; dentro de este, el 80 % utiliza colectivo. Respecto de los motivos de los viajes, el principal motivo es realizar compras, seguido del motivo de salud, indicados por el 27 % y el 19 % de las personas consultadas, respectivamente (Unidad Ejecutora Central [UEC], 2010). Las finalidades de los viajes menos señaladas por las personas mayores son estudio, deportes, recreación y gastronomía.

La accesibilidad física de los transportes es otro aspecto que se valora en varios estudios: analizan las condiciones materiales de las unidades o vehículos. Desde un criterio más amplio del concepto de accesibilidad, se ponderan otras dimensiones, además de la física, como la accesibilidad económica, cultural o administrativa, ausentes en los análisis tradicionales. En las ciudades, pueden existir diversos elementos o impedimentos que constituyan obstáculos para la movilidad de las personas mayores, y pueden ser modificados. Algunos de ellos fueron identificados por las propias personas mayores en el estudio sobre amigabilidad implementado en la CABA, como el estado de deterioro de las veredas que obstaculiza transitar a pie. La accesibilidad facilita la inclusión social, ya que “la eliminación de las barreras urbanísticas soluciona las necesidades de movilidad de la mayoría de los ciudadanos, favoreciendo especialmente que los adultos mayores puedan utilizar estos espacios en condiciones de igualdad y seguridad, sin ser discriminados, asegurando su inclusión social” (Ministerio de Desarrollo Social [MDS], 2010: 61). El diseño universal o diseño para todos propone que los servicios puedan ser utilizados por la mayor cantidad de personas posible, más allá de su capacidad y edad, evitando realizar adaptaciones o readecuaciones sobre lo existente. El proceso de conversión de servicios es gradual; consiste en la incorporación de unidades nuevas creadas bajo este tipo de diseño y requiere un

largo tiempo para su total implementación. Por una parte, modificar los vehículos en uso actualmente para tornarlos más accesibles puede configurar una opción facilitadora del acceso a corto plazo. Por otra parte, entendemos que sería de suma importancia incluir aspectos relacionados con los otros tipos de accesibilidad, en especial, la cultural y la organizacional, anteriormente subvaloradas. La accesibilidad cultural se refiere a las posibilidades de acceso relacionadas con los hábitos y creencias, y la económica se relaciona con los recursos y los costos de los servicios. La accesibilidad organizacional tiene en cuenta los aspectos administrativos y la manera en que facilitan u obstaculizan el acceso (Rossi, Pawlowicz y Zunino Singh 2007).

Los estudios implementados desde el paradigma del transporte han sido criticados por su parcialidad, por reducirse a la visión fragmentada sobre las infraestructuras y los desplazamientos motorizados, sin considerar los modos no motorizados, y, en consecuencia, “no ha permitido ver con claridad los graves problemas de accesibilidad, movilidad o inmovilidad que padecen los pobres, especialmente los grupos más marginados por cuestiones de edad o género en los países en desarrollo” (Montezuma, 2003: 175). El autor cuestiona que los estudios se limiten a conocer la cantidad de medios de transporte y de pasajeros transportados por día, los motivos de viaje, los itinerarios. Estos estudios tradicionales analizan entidades estáticas, como conductor o peatón, y cuantifican los desplazamientos; excluyen de sus análisis a la población más vulnerable que no se traslada, sin tener en cuenta los motivos por los cuales no lo hace.

También desde el paradigma del transporte, hallamos las perspectivas sobre el tránsito que incorporan el análisis de los roles en sus estudios. Identificaban binariamente dos roles: el de conductor y el de peatón. Producciones recientes aportan una visión dinámica, que considera el desempeño de múltiples roles, activos y pasivos, de manera alternada (Vasconcellos, 2015). El activo implica un movimiento, como peatón, conductor de auto, pasajero de taxi, pasajero de colectivo o autobús; el pasivo es estacionario, no utiliza el espacio de circulación, pero está afectado por quienes circulan. Algunos roles pasivos son ser cliente de una tienda o hallarse de visita en algún espacio público. Desde esta posición, la edad avanzada

puede generar obstáculos físicos y mentales, e incidir de manera negativa en el desempeño de los roles activos (Vasconcellos, 2015).

La perspectiva de la movilidad surge a comienzos del siglo XXI y complementa el paradigma del transporte antes mencionado. Humaniza la mirada sobre el transporte y la movilidad, enriquecida por los aportes de la sociología urbana, la ecología, la psicología y los estudios culturales. Atribuye mayor énfasis a las personas, a los grupos sociales concretos, no solo a los medios de transporte. Se centra en los sujetos y en sus deseos o necesidades, entendiendo el transporte como un medio para lograr la movilidad. Recupera la dimensión cultural y subjetiva; su campo de estudio son las prácticas de viaje (Gutiérrez, 2014; Orduna, 2015; Montezuma, 2003; Alcántara Vasconcellos, 2010). Esta perspectiva ha sido enunciada como un “nuevo paradigma en movilidad urbana” (Gutiérrez, 2012). Considera que la movilidad urbana es una práctica social, analiza la articulación entre las necesidades y los deseos de desplazamiento de los sujetos con las capacidades de satisfacerlos. El enfoque integra la dimensión espacial y humana del movimiento a partir de un objeto de análisis mucho más amplio que el transporte, la movilidad (Orduna, 2015). Las prácticas de viaje son entendidas como la resultante de representaciones, opciones y elecciones de determinado grupo social. Desde la perspectiva de la movilidad, se apunta a considerar los viajes que se conocen, los que se consideran posibles de hacer y los que efectivamente se realizan, es decir, la movilidad concebida, la movilidad efectiva y la movilidad realizada; también se analizan los viajes no consumados. Esta es una de las principales diferencias con el paradigma del transporte, que solo considera los modos de uso y los viajes realizados. Al respecto, señala Gutiérrez:

Los viajes realizados, al igual que un iceberg, son la parte visible o emergente de un universo mayor cuyo alcance deviene de lo que el propio sujeto en el contexto social (espacial y temporalmente situado) concibe. El viaje realizado muestra la elección de un grupo social según un abanico de opciones conocidas de viaje (2012: 66).

Desde este punto de vista, las prácticas sociales de desplazamiento dan cuenta de la forma de apropiación del territorio de los grupos sociales.

Los estudios realizados desde la perspectiva de la movilidad permiten conocer las movilidades posibles, las potenciales, las efectivamente realizadas y el logro de

las finalidades de los viajes. La menor movilidad en las personas mayores redonda en un menor acceso a la salud, la educación y otros servicios sociales, es decir, menos oportunidades (Montezuma, 2003). En este sentido, la movilidad adquiere un carácter relevante al permitir o al facilitar el acceso de las personas a los servicios de salud y, en consecuencia, a sus derechos.

Esta perspectiva también analiza la incidencia de las condiciones económicas de la población en la movilidad, relaciona el nivel de ingresos con las formas y las posibilidades de acceso al transporte, y entiende que la movilidad aumenta conforme el aumento de los recursos. Las personas de menores ingresos se desplazan en transporte público, bicicleta y a pie, mientras que las de mayores ingresos se trasladan, principalmente, en su propio automóvil y tienen mayores opciones de traslado (Alcántara Vasconcellos, 2010).

Además del ingreso, la edad es otro tópico de análisis que determina la movilidad de acuerdo con este enfoque. Las personas mayores utilizan más los modos motorizados para trasladarse, a diferencia de los escolares y de los jóvenes, que utilizan bicicleta o caminan. Alcántara Vasconcellos (2010) identifica los principales obstáculos en la movilidad para las personas de la tercera edad, señala los problemas de accesibilidad, la deficiente seguridad en los roles de peatón y la falta de calidad en el transporte público.

En pocas palabras, la perspectiva incluye el análisis de la movilidad y la no movilidad, es decir, los viajes realizados y los no realizados. Entiende que los estudios desde el enfoque del transporte que analizan los modos y a las personas usuarias o pasajeras resultan insuficientes, ya que no consideran a quienes no realizan viajes ni los motivos de la no movilidad. El transporte representa el medio por el cual se concreta la movilidad, y mediante esta visión se analizan el movimiento, las experiencias y los significados de las prácticas (Jirón, 2017). A la luz del nuevo paradigma, la movilidad no se reduce a una mediación entre dos lugares, el origen y el destino, sino que articula una necesidad o un deseo con su satisfacción. Es una *performance* en el territorio que conjuga las necesidades de las personas con la capacidad de satisfacción de dichas necesidades y que garantiza sus derechos (Gutiérrez, 2005).

Todas las personas, para satisfacer necesidades o deseos, requieren, en

mayor o menor medida, la acción de movilizarse, por lo cual este acto es inevitable. Las personas mayores se movilizan de acuerdo a diversas finalidades: concurrir a una consulta médica, cobrar la jubilación, participar en un taller universitario, realizar compras o paseos, visitar a familiares, cuidar a nietos o nietas. Algunas de estas actividades predominan sobre otras y pueden combinarse bajo la forma de viajes encadenados. Mediante la movilidad, se hacen efectivos los derechos a la salud, la educación, la cultura, la recreación, la participación e integración comunitaria, el trabajo o la seguridad social. El transporte es vital para facilitar la inclusión social de las personas mayores y para que mantengan una buena calidad de vida (Li, Raeside, Chen y McQuaid, 2012). Por consiguiente, la movilidad adquiere una importancia relevante, dado que la imposibilidad de trasladarse puede obstaculizar el acceso a sus derechos.

De manera similar, otros autores y autoras vinculan la movilidad con el acceso a los derechos. Zucchini (2015) entiende que las posibilidades de movilidad facilitan la inclusión social y el acceso a servicios. Contrariamente, sus limitaciones son consideradas una forma de discriminación. Para Avellaneda y Lazo (2011), movilizarse es mucho más que trasladarse de un lugar a otro, es un medio para acceder a un derecho y cumple una función social.

Los hábitos de viaje integran las prácticas regulares de movilidad, es decir, se repiten en el tiempo y se realizan desde el lugar de residencia hasta la llegada a destino. El paradigma de la movilidad considera todas las formas posibles de desplazamiento, incluso la deambulaci3n a pie. Los medios de traslado se denominan “modos”; seleccionar un tipo u otro implica una “elecci3n modal”. La elecci3n modal se vincula con la gama de posibilidades de traslado dentro de una determinada ciudad e implica una evaluaci3n de ventajas y desventajas en relaci3n con las necesidades y las posibilidades de movilidad de las personas. Denota una toma de decisi3n sujeta a varios factores. La opci3n por uno u otro tipo de traslado no solo se basa en la comodidad, el confort, las condiciones de accesibilidad de cada uno o el estado psicof3sico de las personas usuarias, sino que tambi3n se halla determinada por las condiciones econ3micas y por los determinantes culturales.

Seg3n la motorizaci3n, los modos se clasifican en motorizados y no motorizados. Los primeros son los m3s costosos, generan mayor contaminaci3n

atmosférica, visual y acústica. Entre los efectos no deseados de su uso, podemos mencionar, principalmente, los accidentes viales. Los modos no motorizados incluyen dos tipos de traslado: a pie y en bicicleta. Ambos constituyen modalidades afines al nuevo paradigma de movilidad sustentable, que tiene en cuenta la protección de la salud y del medio ambiente, entre algunas de sus metas. Otro tipo de clasificación agrupa los modos en individuales y colectivos; comprende la movilidad personal y la grupal, y los modos públicos y privados, para diferenciar los servicios de transporte estatales de los particulares. Entendemos que podríamos incluir una tercera categoría, los modos mixtos, referida a los modos privados con regulación pública y a los medios tercerizados.

Así, la movilidad puede realizarse de distintas formas, que se clasifican según la motorización, la dependencia estatal o privada, y el carácter individual o colectivo. La movilización a pie o en bicicleta (transporte no motorizado), en automóvil, motocicleta o ciclomotor (transporte motorizado privado), o en colectivo, subte, tren, combi, taxi o remís (transporte público de pasajeros) son algunas de las agrupaciones registradas (Dmuchowsky y Velázquez, 2017). El Libro Blanco de la Movilidad Urbana Sustentable de América Latina (Movilidad Urbana Sustentable de América Latina [MUSAL], 2014), resultante de la Declaración de Lima, se propone concientizar a la sociedad y a los Estados sobre el reconocimiento de la movilidad como derecho social fundamental. Recomendamos priorizar el uso de modos no motorizados y, en segundo lugar, el transporte público; luego, el sistema de vehículos compartidos, y, en última instancia, acudir al transporte motorizado individual. Se grafica mediante una pirámide invertida que los jerarquiza de manera descendente.

En esta Tesis, consideramos otras formas de traslado que dan lugar a nuevas categorías, vinculadas a las personas mayores que se movilizan por cuestiones de salud: los traslados programados y el traslado familiar. Los traslados programados son los cubiertos por la obra social para realizar tratamientos específicos, como hemodiálisis o rehabilitación, o para asistir a consultas médicas cuando la persona afiliada no se encuentra en condiciones de moverse en forma autónoma. En nuestro país, las personas mayores afiliadas al Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), la obra social de personas jubiladas y pensionadas, tienen la

posibilidad de recurrir al servicio de traslados especiales programados. La utilidad de este tipo de prestación debe analizarse en función de su efectiva accesibilidad y disponibilidad, ya que la oferta en sí misma no garantiza el acceso. El traslado familiar es el realizado en compañía de parejas, hijos, hijas, nietos, nietas u otras personas a cargo de su cuidado en sus propios vehículos.

Con frecuencia, no es suficiente realizar un solo viaje para lograr la finalidad buscada, y los modos se utilizan de manera combinada. La realización del traslado corresponde a una necesidad o al deseo de realizar determinadas actividades que muchas veces no se logra mediante un único trayecto sino de manera encadenada. Se trata de un conjunto de viajes consecutivos que responden a varios objetivos (Su y Bell, 2009), pero también pueden perseguir una sola meta. Por otro lado, el conjunto de traslados para alcanzar un mismo objetivo puede realizarse en diferentes días y horarios. En efecto, para lograr el acceso a la salud, a veces, deben realizar varios viajes previos, como solicitar un turno personal, retirar estudios y asistir a la consulta médica.

En la revisión de la literatura también hallamos estudios que analizan la desigualdad en el acceso a la movilidad entendida como forma de manifestación de las desigualdades sociales (Oddone, 2018; Schmunis, 2001; Miralles-Guasch y Cebollada i Frontera, 2003). Estas perspectivas focalizan en los elementos económico políticos que generan la desigualdad. Incorporan el estudio de las dimensiones sociales, políticas y económicas, y la forma en que determinan movi­lidades e inmovi­lidades. Schmunis (2001) señala que la ciudad es una organización diseñada para la producción, no preparada para las personas mayores que ya se han retirado de la actividad productiva. Agrega que las necesidades de los adultos mayores han sido dejadas por el Estado a criterios de rentabilidad de grupos económicos. Estos aportes pueden enmarcarse dentro de la corriente gerontológica crítica, que analiza los fenómenos desde la teoría crítica y plantea un estudio político, cultural y ético sobre el envejecimiento (Oddone, 2010; Horkheimer, 2003; Iacub, 2003). En la misma línea analítica, la post-gerontología propone la reflexión crítica y la transformación de los modelos de sujeción en la vejez. Cuestiona el control que la sociedad ejerce sobre el desenvolvimiento de los individuos mediante la política de edades (Iacub, 2003). Los aportes de la gerontología crítica y de la post-gerontología

nos convocan a interrogarnos sobre la posición que ocupan las personas mayores en la relación de fuerzas con otros grupos etarios y sobre la forma en que esta asimetría incide en su lugar en la ciudad y en sus posibilidades de desplazamiento.

Las opciones políticas para la ciudad a partir de la movilidad y el transporte también son abordadas en España mediante el análisis de la desigualdad y de la urbanización. El estudio de Miralles-Guasch y Cebollada i Frontera (2003) sostiene que la perspectiva funcionalista ha generado un modelo urbano contemporáneo excluyente, que contribuye a la segregación social, dado que el espacio público se convierte en un espacio de mera circulación, antes que en un lugar de relación y de socialización, donde los principales usuarios son los vehículos, no las personas. Desde una posición teórica similar, en Colombia, identifican la existencia de un conflicto entre quienes planifican, diseñan y ordenan las ciudades, y quienes las habitan, usan y representan (Vega Umbasía, 2014). El autor explica que las ciudades han sido formadas sin un ordenamiento que incluya a las personas de mayor edad. Este escenario afecta su calidad de vida, les genera inseguridad, las aísla y afecta su desenvolvimiento autónomo en las ciudades.

Las ciudades constituyen escenarios de intereses en disputa. En ellas, cohabitan numerosas personas, niños y niñas, jóvenes, adultos y adultas mayores con múltiples intereses y roles: actores que ponen en juego distintas demandas. Las diversas demandas en tensión se manifiestan también en lo relativo a la movilidad, ya que no es posible atender todos los requerimientos en el mismo espacio de manera simultánea:

A la vez, otros usuarios tienen otras necesidades e imponen otras demandas. Las demandas son, inherentemente, motivo de conflicto y necesitan ser negociadas. No hay forma de atender todas las demandas simultáneamente, en el mismo espacio de circulación. Esto quiere decir que la neutralidad política aplicada a la circulación es otro mito (Alcántara Vasconcellos, 2010: 71).

La reflexión de este autor retoma la idea de ciudad como espacio dinámico donde se establecen relaciones de poder, que aporta un nuevo foco de análisis al estudio de la movilidad.

La corriente ambiental-urbanística integra los enfoques de la gerontología ambiental, la geografía del envejecimiento y el urbanismo gerontológico; se basa en el diálogo entre las distintas disciplinas. En América Latina, los estudios que analizan

la influencia del ambiente sobre el envejecimiento e integran la perspectiva gerontológica son todavía incipientes. Desde esta posición se considera valioso que las personas transiten su propio envejecer de manera activa en su lugar de residencia habitual. Entiende que el espacio influye en los procesos de envejecimiento y sostiene la importancia de la participación activa de las personas mayores en la planificación de las políticas públicas (Jorge, 2009; Narvárez Montoya, 2012; Urroz, 2004). Según señalan Roqué y Fassio (2016), en dichos procesos influyen variables relacionadas con los factores ambientales, como el área geográfica, rural o urbana, la clase social, las creencias, el acceso a la salud, la educación y el trabajo. El enfoque sostiene que los aspectos biológicos y ambientales se entrecruzan y se combinan. Sin embargo, en lo cotidiano, la participación ciudadana en el diseño de acciones del Estado permanece en el plano de lo ideal; en especial, en el caso de las personas mayores, quienes, en general, no son consultadas para la toma de decisiones sobre las cuestiones que las involucran, lo que obstaculiza el logro del envejecimiento activo en su lugar de residencia.

Los diversos abordajes señalados dan cuenta de la importancia de considerar que la movilidad de las personas mayores es un fenómeno complejo, para cuyo estudio proponemos la integración de las distintas perspectivas. Si observamos los años de producción de la literatura analizada, identificamos un predominio de publicaciones que datan de los últimos 10 o 15 años, tiempo en que se han multiplicado los estudios que abordan temas gerontológicos desde una perspectiva multidimensional.

1.2. Estado del arte

En la revisión de la literatura sobre el tema, hallamos diversos estudios que analizan las prácticas de las personas mayores y sus puntos de vista sobre la movilidad, intentando conocer cómo la interpretan y el significado de sus acciones.

Accedimos a producciones que, mediante la aplicación de las técnicas de entrevista, encuesta y grupo focal, acceden a la perspectiva de los propios actores respecto del uso del transporte, tales como las realizadas en Chile, México, Colombia, Costa Rica y España.

En 2012, en la ciudad de Santiago de Chile, se realizó una investigación cualitativa donde se aplicaban entrevistas a personas de 60 años o más que no dependían de otra persona para el uso del transporte. Concluyen que las personas mayores padecen más que las de otras edades por la calidad del servicio público y que perciben que el transporte público se halla diseñado para las personas sanas, no para las frágiles (Gajardo *et al.*, 2012). También observan que las personas entrevistadas ponen en marcha estrategias para un mejor desempeño en el ambiente social, como la implementación de modificaciones temporales en sus hábitos de uso. De esta manera, priorizan el uso matinal o acceden previamente a información sobre los servicios para preparar los viajes, lo que facilita que la actividad se desarrolle en mejores condiciones. Respecto de los significados que asignan al transporte, estas personas lo vinculan con la posibilidad de conservar autonomía e identidad. En el mismo país, otro estudio se propuso conocer las percepciones de calidad de vida en la vejez mediante grupos focales conformados por personas mayores residentes en la ciudad de Santiago de Chile. Consideran que el entorno físico y social facilita o dificulta la calidad de vida. Las personas participantes señalaron que la incomodidad del servicio de transporte, el desconocimiento de los recorridos y la incertidumbre respecto del funcionamiento los llevaron a relegarse en sus casas (Osorio, Torrejón y Vogel, 2008). A partir de estos aportes, podemos identificar la estrecha relación entre la restricción en las posibilidades de movilidad y el aislamiento en las personas mayores.

En la ciudad de Toluca (México), se entrevistó a personas de distintas edades sobre el transporte público en un corredor urbano, quienes identifican los atributos cualitativos y cuantitativos más importantes que determinan la calidad del servicio. Para las personas usuarias, desde el punto de vista del nivel de utilidad, el estado físico de los autobuses y la forma de manejar del conductor son mencionados como prioridad. Dentro de los atributos cuantitativos, señalan el costo y el tiempo del viaje (Sánchez Flores y Romero Torres, 2010). Otro hallazgo del estudio es la identificación de diferencias en las actitudes y en la toma de decisiones sobre la movilidad entre las personas que viajan solas y las que viajan acompañadas. En Aguascalientes, otra ciudad de México, se realizó una investigación mediante la aplicación de una encuesta a personas mayores de 60 años. Respecto de las actividades consideradas

difíciles fuera de la vivienda, mencionan el uso del transporte colectivo y de autobuses. El autor se pregunta qué aspectos del transporte público deben ser modificados para adaptarlo a las necesidades de las personas con movilidad reducida (Narváez-Montoya, 2012).

En España, se investigó la percepción de los usuarios de autobús de mayor edad. Concluyen que las malas experiencias han retraído a los viajeros y que el desconocimiento sobre su accesibilidad ha perjudicado su utilización. Además, aportan que un servicio de transporte verdaderamente accesible es aquel que cumple los criterios de accesibilidad en todas las etapas de la cadena de transporte, como distancia y facilidad de desplazamiento desde el domicilio hasta la parada, desde el inicio del trayecto hasta el final, subidas y bajadas, sacar boleto y esperar, es decir, en el conjunto del itinerario. La publicación identifica algunas problemáticas y pautas de comportamiento mencionadas por las personas mayores como usuarias de autobús. Por lo general, no les ceden el asiento, viajan en horarios con menor tránsito de personas, tienen dificultades por el movimiento de los vehículos, acceden a la salida con dificultad. Este trabajo articula tanto la perspectiva del transporte como la de la movilidad (Vega Pindado, 2006).

En el mismo país, se realizaron encuestas sobre el transporte público para investigar la accesibilidad desde la perspectiva de usuarios y usuarias con discapacidad. De eliminarse las barreras en el transporte, las personas consultadas realizarían actividades nuevas, como pasear, salir, concurrir a espectáculos y otras actividades asociadas al ocio y al tiempo libre (Comisión de Transportes [CT], 2008). De esta manera, la accesibilidad adquiere un carácter determinante para la inclusión social : "... las personas con discapacidad, fundamentalmente, incrementarían el uso de todos los medios de transporte ante su mayor demanda efectiva de movilidad tras la eliminación de barreras" (Instituto Universitario de Estudios Europeos [IUEE], 2002: 280).

Las limitaciones en la capacidad de movilidad fueron caracterizadas como una forma de discriminación invisible en la sociedad española (Zucchini, 2015). Las personas mayores, junto con los niños y las personas con discapacidad, conforman grupos para los que las opciones de transporte son más reducidas, ya que requieren un sistema de servicios con determinadas características, que no siempre existen. La

autora propone que la edad sea considerada un indicador al evaluar los patrones de movilidad para orientar de manera adecuada las políticas públicas en la materia. Las consultas mediante la aplicación de encuestas a los grupos sociales más afectados por el sistema de transporte y que habitualmente no participan, como las personas mayores, puede aportar una herramienta eficaz para el conocimiento de la problemática. En Colombia, se ha hallado una interpretación similar, cuando denominan maltrato estructural-sociopolítico las condiciones de inseguridad social y el descuido en la prestación de servicios de transporte (Dulcey Ruiz, 2015).

La restricción de las opciones de movilidad, la prestación deficiente de servicios y su falta de adecuación a las necesidades de las personas mayores son problemas recurrentes que, en algunos países, se deciden abordar mediante programas específicos. En Costa Rica, con el fin de combatir el maltrato y la violencia que las personas mayores sufren en el transporte público, se implementaron acciones concretas para facilitar las denuncias. Mediante una llamada telefónica, las víctimas de este tipo de situaciones puedan exponer los acontecimientos, y el Estado se compromete a garantizar el derecho de acceso a la Justicia. De esta forma, pueden formalizar denuncias por violencia en autobuses y taxis.

En otras ciudades del mundo, también se han estudiado aspectos relacionados con el transporte de las personas mayores con el objetivo de intentar identificar los principales problemas que enfrentan. La OMS, como parte del proyecto global Ciudades amigables con la Edad, publica el informe resultante de la aplicación del protocolo en ciudades de varios países, como México, Suiza, Canadá, Australia, Brasil, Alemania, Costa Rica, entre otros, varios con realidades muy diferentes a la de Argentina. El punto de partida de dicho documento es la afirmación de que la habilidad para trasladarse determina la participación social y cívica, y el acceso a la salud. Consideran que el transporte público accesible en términos físicos y económicos constituye un factor clave para el envejecimiento activo (OMS, 2007). Las ciudades donde se realizó el estudio son heterogéneas: cuentan con una diversa gama de servicios de transporte público y privado, lo que dificulta su comparación.

Por lo hasta aquí expuesto, podemos identificar varios elementos que aportan nuevos ejes de estudio y enriquecen nuestro análisis. En primer lugar, la vinculación de las personas mayores con la movilidad y la posibilidad de conservar su

autonomía. Las limitaciones extrínsecas de movilidad se encuadran bajo el concepto de discriminación invisible. En segundo lugar, el impacto de las malas experiencias durante los viajes en la retracción de la movilidad y en la implementación de distintas estrategias para mejorar los traslados. Finalmente, observamos ciertas semejanzas en las problemáticas que atraviesan las personas mayores en el transporte en los distintos países, aun con diferencias socioculturales significativas.

En muchos casos, los estudios desarrollados precedentemente incorporan la variable edad, pero omiten una lectura de géneros, sin considerar el envejecimiento diferencial. Entendemos que es indispensable incorporar este enfoque para evitar la visión binaria, que, muchas veces, perpetúa los modelos impuestos sobre lo considerado masculino y femenino. En las producciones argentinas, se ha ido adoptando progresivamente la lectura de género en estudios sobre el envejecimiento.

1.3. Las producciones en Argentina. Personas mayores y ciudadanía

Varios autores concuerdan en que el entorno urbano es un medio hostil para el envejecimiento (Jorge, 2009; Narvárez-Montoya, 2012; Urroz, 2004). Los riesgos de caídas o atropellos en el espacio público pueden generar sentimientos de temor en las personas mayores, que derivan en el aislamiento en sus domicilios y causan un impacto negativo tanto en su calidad de vida como en sus posibilidades de integración social, lo que afecta sus derechos ciudadanos. En el marco de esta investigación, consideramos relevante la problemática de las caídas y de los incidentes viales, dado que son factores que inciden en la retracción de la movilidad de las personas mayores que deben trasladarse a los centros sanitarios y, consecuentemente, pueden limitar el acceso a la salud.

En Argentina, las caídas de las personas mayores son consideradas un problema frecuente que provoca consecuencias, como fracturas y otras lesiones. Según la ENCaViAM (2012), el 32 % de las personas consultadas sufrieron una caída en los últimos dos años: más de la mitad se cayó más de una vez; las mujeres tienen mayor propensión a caerse que los hombres. Las caídas y la inmovilidad son “gigantes de la geriatría”, junto con la incontinencia y el deterioro intelectual. La presencia de

uno o más de estos síndromes geriátricos aumenta el grado de dependencia en las actividades de la vida diaria (Roqué y Fassio, 2016). La inestabilidad que provoca la caída se origina por múltiples causas. Algunas son de origen intrínseco, es decir, propias del individuo, como disminución visual o dificultades en la marcha. Las de origen extrínseco o ambiental incluyen el deterioro de las superficies de desplazamiento, las escaleras de los colectivos muy altas para subir, los pasamanos muy elevados y todo factor que pueda generarlas. Las secuelas de las caídas son tanto físicas como psicosociales y económicas. Luego de estos episodios, la persona puede aislarse o sentir temor a salir de su vivienda. Las caídas también impactan en su economía, ya que impulsan gastos extraordinarios en la atención de la salud y traslados adicionales. Los factores extrínsecos que corresponden al espacio privado del hogar pueden eliminarse una vez identificados, como la implementación de cambios en la vivienda. La presencia de alfombras, la iluminación inadecuada o los objetos que obstaculizan la deambulaci3n en el hogar pueden revertirse de manera casi inmediata. En el caso de los factores extrínsecos correspondientes al espacio público, su modificaci3n es más compleja y de largo plazo, ya que depende de decisiones y de ejecuciones de la gesti3n política. Las veredas rotas, la falta de señalización o de semáforos, las bicisendas de doble circulaci3n exponen a las personas mayores a riesgos de caídas y requieren soluciones del Estado.

Los incidentes de tránsito se diferencian de los accidentes porque son evitables, y la identificaci3n de las causas que los provocan permite que puedan eludirse. Como señala un estudio realizado en Colombia, los hombres y las mujeres mayores son, principalmente, víctimas en su rol de peatones debido a su mayor vulnerabilidad (Alcántara Vasconcellos, 2010). En Argentina, la situaci3n es similar. Según datos aportados por la Defensoría del Pueblo (2017), las personas mayores de 65 años constituyen uno de los dos grupos con mayor cantidad de víctimas fatales *in situ* por accidentes de tránsito en el espacio público: el 14,6 %. Desagregadas por sexo, las mujeres superan levemente a los hombres en cantidad total de víctimas. En el grupo de 60 a 64 años, esto se invierte: 182 son hombres, y 146 son mujeres. Respecto de las víctimas lesionadas, se repite esta tendencia: en mayores de 65 años, son más mujeres que hombres. En 2018, se incrementó considerablemente la cantidad de víctimas fatales: ascendió al 18,2 % en personas de 65 años o más en la

CABA, la mayoría en su rol de peatones. Esta categoría incluye a las personas fallecidas en el acto o dentro de los 30 días de ocurrido el siniestro (Dirección Nacional de Observatorio Vial, 2019). Los accidentes también generan daños temporales o definitivos, cuyas víctimas requieren controles frecuentes, cuidados cotidianos y, por lo tanto, movilidad en condiciones de protección.

Además de caídas e incidentes viales, las personas mayores afrontan otros tipos de problemas durante la circulación pública. Frente a las enfermedades transmisibles, su posición es altamente vulnerable en las grandes ciudades, donde el contacto estrecho puede exponerlas a un mayor peligro de contraerlas y provocar daños graves en su salud. En el caso de brotes epidémicos, los riesgos se acrecientan si existen enfermedades crónicas precedentes. El transporte público, especialmente en horarios de intenso uso, es considerado uno de los espacios de mayor peligro de contagio.

Las personas mayores también están expuestas a situaciones de discriminación relacionadas con el lugar que se le asigna a este grupo poblacional en el espacio urbano y que deviene de las representaciones sociales dominantes negativas. Los mitos y los prejuicios generan trato inadecuado; por lo tanto, vulneran sus derechos. El maltrato o el abuso ejercido en el espacio público, particularmente en el transporte, es definido por varias autoras como maltrato social (Oddone y Mariluz, 2015; Dulcey Ruiz, 2015; Zucchini, 2015). La desigualdad en los desplazamientos y en el uso del espacio público que afecta, principalmente, a los grupos vulnerables obstaculiza el derecho a una movilidad segura, en la que se priorice el buen trato, la solidaridad y la convivencia (Alvarado, Magnani y Manganelli, 2018).

En Argentina, desde 2012, se realiza la Encuesta Nacional sobre la Estructura Social (ENES), que recaba información sobre la composición de los hogares, sus ingresos, la vulneración de derechos, entre otros componentes. Mediante encuestas aplicadas a personas mayores de 60 años, se accedió a información referida a sus condiciones de vida y a los distintos tipos de maltrato social. El 3,3 % afirma haber recibido algún tipo de agresión en el transporte público en los meses previos a la encuesta (Oddone y Mariluz, 2015). En los estudios sobre maltrato a personas mayores, se considera que las cifras reflejan una porción menor a la real, dado que

ha sido un tema históricamente silenciado, naturalizado e invisibilizado (Cataldi, 2015). Por tal motivo, cabe contemplar la posibilidad de que dichas agresiones superen la medición indicada por las dificultades para su identificación.

La falta de accesibilidad a espacios públicos y privados, incluso al transporte, es entendida como discriminación, y el incumplimiento de las leyes del transporte se considera una forma de maltrato del Estado (Di Véroli y Schmunis, 2008). Las barreras arquitectónicas, urbanísticas, del transporte y de la comunicación son calificadas de factores de riesgo de maltrato de tipo extrínseco, posibles de evitar mediante acciones concretas. Según Di Véroli y Schmunis (2008), en Argentina, la mayor parte de las personas mayores son ciudadanas incompletas, excluidas de la sociedad que ellas mismas construyeron, cuyo derecho a la ciudadanía se encuentra vulnerado. Venturiello ha analizado la perspectiva de las personas mayores con discapacidad y el impacto que genera en su autoestima el menor manejo del espacio público y el uso de transportes: "... el encierro que experimentan por habitar en un medio que limita su movilidad hasta no poder salir de sus casas, pone en riesgo los vínculos de arraigo territorial" (2009: 16).

Las desigualdades sociales se traducen en desigualdad de oportunidades de movilidad, como se ha afirmado al estudiar el transporte ferroviario en la CABA (Pérez, 2014). Sus pasajeros refieren haber afrontado maltrato cotidiano, como hacinamiento durante el viaje, demoras, cancelación de servicios y ausencia de mecanismos para hacer oír sus reclamos. Las estadísticas indican que la mayor cantidad de usuarios de este tipo de transporte son personas de edad mediana, viajantes trabajadores; no obstante, en sus conclusiones, reafirman el derecho a un trato digno, a la información, al acceso a servicios públicos eficientes y de calidad, y a la protección del Estado, independientemente de la edad (Pérez, 2014). Por lo expuesto, podemos inferir que la vulneración de derechos ciudadanos en materia de transporte puede hacerse extensiva a personas de otras edades en este contexto.

Frente a situaciones de maltrato cotidiano o discriminación en el transporte público en la CABA, las personas pueden recurrir a diversos organismos, como el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), la Defensoría del Pueblo, Defensa al Consumidor o la Comisión Nacional de Regulación

del Transporte. En los casos en que se accedió a información, los niveles de reclamos son bajos.

En la provincia de Buenos Aires, investigaron el transporte en tren y la percepción de eficacia de los reclamos de las personas usuarias de este modo (Hernández y Rebón, 2017). En sus conclusiones, reflexionan sobre el impacto de la baja credibilidad en las instituciones de este país en los reclamos particulares sobre el servicio ferroviario e indica que estos no están exentos de esa percepción. Las dificultades para el acceso efectivo a los programas de protección de ciudadana, las representaciones negativas sobre las posibilidades reales de generar cambios y el débil rol del Estado como garante de los derechos vulnerados son factores que pueden promover la inacción de las personas usuarias y perpetuar el problema.

2.2. Enfoque de géneros y movilidad

2.2.1. La perspectiva de géneros en el envejecimiento

La perspectiva de géneros incorpora la mirada sobre lo considerado masculino y femenino en una sociedad. Es una construcción social no determinada por la dimensión biológica que implica una relación de poder asimétrica. Propone comprender las desigualdades que se manifiestan en múltiples espacios de la vida social y que son “producto de las relaciones entre las personas y puede reflejar la distribución de poder entre ellas” (OMS, 2018).

Con el surgimiento y la consolidación de los movimientos feministas, se promueve como categoría de análisis la perspectiva de géneros, que “permite romper con visiones estáticas que conciben a varones y mujeres según los estereotipos y mandatos de géneros establecidos según el sexo; visibilizar la opresión genérica a que estamos expuestxs, reconociendo las maneras en que esto nos interpela” (País Andrade, 2018). El concepto de género se ha ido modificando temporalmente. Surge con las primeras acciones colectivas e incorpora progresivamente la lucha por nuevos derechos, como los derechos sexuales o el derecho laboral. Cuestiona los roles familiares, la división sexual del trabajo y las diferencias en el uso del espacio público y privado. Pone en discusión los mandatos

asignados por el rol de sexo y la discriminación que produce. Históricamente, se le ha asignado a la mujer la obligación de resolver las tareas reproductivas en el espacio privado del hogar, mientras que al hombre le correspondían las tareas productivas y la habilitación para circular, permanecer y desempeñarse en el espacio público.

La lectura de géneros permite hechar luz sobre los roles impuestos a lo largo del curso de vida, la forma en que se manifiestan durante el envejecimiento y las posibilidades de ruptura con dichos mandatos. Para las mujeres mayores, los estadios del ciclo vital se relacionan, principalmente, con los acontecimientos familiares y con los roles domésticos, mientras que, en los hombres, están marcados por los roles sociales públicos (Yuni y Urbano, 2008). Por su parte, los hombres mayores se exponen a la exigencia de responder a los ideales hegemónicos masculinos vinculados a la fortaleza, el poder físico, sexual y económico, la dominación, la independencia, el control de las emociones y la capacidad de protección, y ello les genera malestar (Iacub, 2014). En el trayecto vital, la actividad que proporciona mayor identidad a los hombres es el trabajo, por lo cual la jubilación representa una significativa pérdida simbólica y material. Abandonar la actividad laboral impone cambios en la vida cotidiana y la inmersión en el mundo doméstico de la familia y el hogar, lo que afecta su autoestima.

Cuando se incorpora la perspectiva de género en los estudios sobre el envejecimiento, muchas veces se reproducen estereotipos; en el caso de la mujer mayor, se focaliza en la menopausia y el nido vacío; y en el hombre, en el impacto que le genera abandonar la actividad productiva a partir de la jubilación (Freixas, 1997). Menéndez (2006) ha cuestionado los estudios de género a-relacionales, es decir, los que estudian a mujeres y a hombres de manera separada, considerando que cada género se define por las relaciones existentes entre ellos. El autor reconoce la complejidad de investigar ambos géneros de manera simultánea, pero lo considera necesario para evitar distorsiones y sesgos. Destaca la importancia de adoptar este enfoque, que también incorpora las diferencias de orden biológico, psicológico y cultural.

Los estudios sobre salud que articulan las categorías género y envejecimiento

analizan las diferencias en ambas dimensiones. Los hombres mayores presentan poca cercanía a los servicios de salud y escaso autocuidado, que consideran “femenino”. La atención médica los expone a la propia fragilidad, impotencia y pérdida de autonomía, por lo cual acuden a las consultas, principalmente, cuando el dolor se agrava (Iacub, 2014). Las mujeres están más familiarizadas con los servicios sanitarios por su rol reproductivo y, a diferencia de los hombres, cuentan con redes sociales más sólidas que pueden brindarle apoyo en momentos de crisis (Sánchez Guzmán, 2011). Son ellas quienes tienden a asumir el cuidado de la pareja enferma y de los nietos, respondiendo al mandato histórico de cumplir este tipo de tareas en la familia a lo largo del curso de vida. En Argentina, a mediados del siglo xx, se asignaba a la mujer el rol primordial de esposa y madre, mientras que, al trabajo extradoméstico, le correspondía un lugar accesorio (Findling y López, 2018). De esta manera, las mujeres que trabajan asumen simultáneamente las tareas domésticas y extradomésticas, y estos hábitos pueden conservarse durante el envejecer.

Desde otra perspectiva, se señala que estos roles pueden volverse menos rígidos en la vejez, dado que las funciones asignadas a los géneros en el envejecimiento son más flexibles que en las etapas precedentes de la vida (Sánchez Guzmán, 2011). En este momento, en las tareas domésticas, se diluyen las funciones asignadas a las mujeres y a los hombres. A partir de la jubilación, ellos pueden asumir quehaceres domésticos que antes no realizaban, y las mujeres pueden adoptar conductas más independientes. Así, la vivencia de género se desdibuja, afectando la identidad personal (INADI, 2017). No obstante, los estereotipos de género continúan presentes en el envejecimiento y se vinculan con los mandatos sociales y con los prejuicios sobre las personas mayores.

Si las personas o grupos no se ajustan a los roles de género predominantes en una sociedad, pueden sufrir situaciones de discriminación (OMS, 2018). La imposibilidad de cumplir con las expectativas de género que la sociedad impone provoca angustia, inestabilidad y desconcierto en las personas mayores (INADI, 2017). En ocasiones, se enfrentan a una doble discriminación, por edad y género, lo que multiplica el impacto negativo y generan un daño mayor.

Las diferencias de género también se relacionan con otros factores. Las mujeres mayores atraviesan esta etapa en situación de pobreza más que los hombres

y esto se vincula con su historicidad en cuanto a los roles tradicionales. Al asumir el cuidado familiar y las tareas del hogar, relegan su vida laboral, acceden a puestos de menor jerarquía y remuneración (INADI, 2017). Las mujeres viven más años que los varones, pero muchas veces en situación de dependencia y soledad, mientras que los hombres suelen permanecer casados o en pareja, y proyectan una imagen social más positiva que la de ellas (INADI, 2017).

Las construcciones de género no son acabadas, sino que es posible deconstruirlas y modificarlas. Superan la dicotomía femenino-masculino, son dinámicas y varían temporal y espacialmente. Desde la gerontología crítica, se considera que los valores de una determinada época y los significados contextuales influyen en las construcciones que se elaboren para describir el envejecimiento y el envejecer femenino (Yuni y Urbano, 2008). Dado que las mujeres afrontan numerosas exigencias y demandas en sus roles de cuidado, sostén y apoyo, puede originarse una confrontación entre sus necesidades e intereses, y los mandatos culturales heredados. Esta vicisitud las enfrenta a una crisis interna. En palabras de Yuni y Urbano (2008), se puede producir un conflicto entre lo que la mujer percibe de sí misma y lo que el mundo espera de ella. En el caso de los hombres, su padecimiento puede ser generado por "... la posible disrupción entre los roles hegemónicos sobre la masculinidad y su posibilidad de continuidad en la vejez" (Iacub, 2014). En síntesis, los mandatos de género durante el envejecer pueden promover crisis en las mujeres, en los hombres y en otros tipos de identidades disidentes, y la resolución guardará relación con su mayor o menor flexibilidad frente a los cambios.

El paradigma del curso de la vida⁴ sostiene que el envejecimiento es un proceso dinámico que está relacionado con los contextos sociales, los significados culturales y la posición que ocupan las personas mayores en la estructura social (Yuni, 2011; Oddone, 2010). Desde esta teoría interactiva, la realidad puede ser

⁴ El paradigma del curso de la vida, junto con la gerontología crítica y feminista, conforman un movimiento crítico a la gerontología tradicional, que surge en los años setenta. Desestiman el uso de conceptos como ciclos o etapas, y proponen los de curso, trayectoria y recorrido para describir e interpretar el desarrollo humano.

deconstruida, reconstruida y generar el cambio, la modificación resultante de la acción individual o conjunta. El concepto de curso da cuenta de un desarrollo humano variable y dinámico. La permeabilidad para afrontar las transiciones permite innovar y aceptar las transformaciones, recreando la propia identidad, es decir, posibilita transitar un envejecer saludable. Este proceso multidireccional implica pérdidas y ganancias, da lugar a múltiples formas de envejecer, por lo que la vejez no es una categoría homogénea, y el género es uno de los elementos condicionantes de su devenir (Rada Schultze, 2016).

En el caso de la salud, “el género es un factor determinante de inequidades sanitarias” (OMS, 2018) y puede agravar las que son producto de la edad. Por lo expuesto, destacamos la relevancia de adoptar la lectura desde el género en esta investigación, incluso el análisis de la movilidad del autocuidado y las relaciones que se establecen.

2.2.2. La perspectiva de géneros en el estudio de la movilidad

Tanto las ciudades como los transportes han sido diseñados por y para los hombres. El espacio público y la circulación son espacios de dominio históricamente masculino y esta mirada predomina en ambas esferas.

Rico (2017) afirma que el derecho a la ciudad no es sólo el acceso a recursos urbanos, es el derecho de las mujeres a decidir sobre la ciudad, disfrutarla y crearla. Desde esta posición, se cuestiona la omisión del género al pensar lo urbano, entendiéndolo como una expresión más de desigualdad, y se reafirma la necesidad de incorporar este enfoque en la planificación urbana (Rico, 2017). En los estudios sobre movilidad y transporte, esta perspectiva también ha permanecido ausente; prevalece la incorporación de la categoría desde su acepción biológica.

Las encuestas de movilidad domiciliaria realizadas en Argentina entre 2008 y 2013 consignan la variable sexo de manera dicotómica, ya que excluye a las personas que no se identifican como mujer ni como varón (Gutiérrez y Pereyra, 2018). No obstante, estos estudios reflejan la incidencia de los roles de género en la movilidad femenina y masculina: “La distribución de los motivos de viajes corrobora la cuestionada pero vigente identificación de roles ‘productivos’ (realizados por

varones) y ‘reproductivos’ (realizados por mujeres)” (Gutiérrez y Pereyra, 2018: 670).

La inclusión de la perspectiva de géneros en los estudios de movilidad es reciente. En 2019, en la CABA, se reconoce como “deuda histórica” la incorporación de este enfoque en el diseño y la planificación de las ciudades, y se implementa el primer Plan de Género y Movilidad (Ministerio de Desarrollo Urbano y Transporte, 2019). En su contenido, sostienen que el género excede el binarismo femenino-masculino e incluye las identidades disidentes. Si bien valoramos la adopción del enfoque para el diseño del plan, por lo reciente de su puesta en marcha, aún no es posible conocer su impacto.

Según se señala en la literatura especializada, hombres y mujeres hacen distinto uso de los sistemas de transporte (Zucchini, 2015; Gutiérrez y Pereyra, 2018). Los hábitos de utilización del transporte de personas mayores son diferenciales por géneros y se modifican, principalmente, a partir de la jubilación. Se abandona la forma de movilidad pendular lineal “de casa al trabajo y del trabajo a casa” (Chaves, Segura, Speroni y Cingolani, 2017: 51), y se incorporan nuevas modalidades y objetivos de desplazamiento acordes a la nueva vida cotidiana que se configura al finalizar la actividad laboral remunerada. Al iniciar el período posjubilatorio, la cotidianeidad de las personas mayores se modifica: disminuyen las actividades o aparecen actividades nuevas, y emergen otras necesidades de movilidad. Los distintos escenarios y estilos de vida originan múltiples formas en las prácticas de viaje en las personas mayores.

Las mujeres han sido excluidas al momento de la planificación del transporte público, diseñado de manera prioritaria para un ciudadano joven, hombre y trabajador. Diversos estudios reportan que los principales usuarios del servicio público presentan dicho perfil, lo que favorece, principalmente, las pautas masculinas de traslado (Llopis Orrego y Pino Espejo, 2014; Pérez, 2014). En el caso de las personas mayores que, en general, han cesado su actividad laboral, las principales usuarias del transporte público colectivo en nuestro país son mujeres (ENMODO, 2010). Es probable que, durante el envejecer, se modifiquen las pautas de uso sostenidas en momentos precedentes.

Entre los estudios internacionales que incorporan las diferencias por género respecto del acceso al transporte en personas mayores, accedimos a trabajos que

describen la prevalencia del uso del automóvil propio hasta edades más tardías; en especial, en los hombres mayores, en varios países europeos y en América del Norte. En Estados Unidos, también las personas mayores prefieren el uso del automóvil; es significativamente menor la elección del transporte público y del no motorizado caminata (Alsnih y Hensher, 2003). En estas producciones, se identifican varios problemas derivados del uso intenso del vehículo privado, como la contaminación ambiental y el congestionamiento del tránsito, que afectan tanto a hombres como a mujeres y se señala que hay más conductores mayores y altamente dependientes del automóvil. Los autores proponen desarrollar políticas tendientes a proporcionar alternativas de transporte, como el comunitario especializado, promovido desde el Estado para minimizar las consecuencias negativas del uso del automóvil particular.

En Gran Bretaña, analizaron las diferencias por género respecto de las formas de movilidad. Los hombres mayores de 60 años conservan el hábito de uso del automóvil propio, y las mujeres hacen más uso del autobús. Las personas entrevistadas consideran que el transporte es importante como medio de acceso a servicios locales y para la participación en actividades (Banister y Bowling, 2004). En Londres, estudiaron los comportamientos de viaje de las personas mayores sin discriminar resultados por género. Al tener más tiempo disponible, no priorizan su elección por las tarifas ni la rapidez en los tiempos de viaje. El taxi es utilizado en forma predominante por mayores de 75 años. Los autores concluyen que una mayor densidad de paradas de autobús cercanas a los hogares podría incrementar su uso (Su y Bell, 2009). En dicha ciudad, se implementó un servicio individual para mujeres y hombres mayores que garantiza el traslado en condiciones de protección. Las personas que allí residen pueden optar por transportes especializados que complementan los servicios públicos tradicionales; es el caso de los servicios puerta a puerta, como el denominado London Dial-a-Ride. Se trata de un servicio dirigido a personas con discapacidad o personas mayores que atraviesan problemas de salud que dificultan la movilidad. Es un minibús sin cargo para personas registradas que acrediten fehacientemente su estado y al que acceden a través de sencillos pedidos telefónicos. Incluso se pueden realizar reservas regulares si es necesario reiterar los viajes semanalmente. Otra opción disponible en esta ciudad es el ScootAbility, pequeño vehículo eléctrico de uso individual para personas con limitaciones en la

movilidad que se les proporcionan en préstamo y sin costo. El programa está dirigido principalmente a personas mayores aisladas y con discapacidad (Su y Bell, 2009). Cabe interrogarnos sobre los motivos de la omisión del género en los estudios de movilidad de países que, mediante sus políticas, reflejan su interés por procurar una movilidad protegida a las personas mayores.

También en Escocia, se ha dado prioridad a las personas mayores. El Estado facilita la implementación de políticas tendientes a garantizar la movilidad de este grupo poblacional. Las mujeres mayores de 70 años caminan, viajan como pasajeras en automóviles conducidos por hombres y en tercer lugar, lo hacen como conductoras. Se ha registrado un alza en las licencias de conducir otorgadas a mujeres, pero los hombres siguen liderando en este rol: superan el 70 % en mayores de 70 años (Li, Raeside, Chen y McQuaid, 2012). En ese país, las personas de 60 años o más viajan gratis en autobús, pero no representa el tipo de servicio más utilizado; por eso, indagaron sobre los motivos del escaso uso. Las mujeres y hombres entrevistados consideran que los autobuses en Escocia son limpios, frecuentes, seguros, cómodos y baratos, pero afirman no necesitarlos por contar con automóvil propio. Esto da cuenta de la incidencia de los factores económicos en las posibilidades de movilidad. Las personas de menores ingresos que residen en zonas más desfavorecidas tienen menos acceso al automóvil propio. Además, el 31 % de las mujeres y el 20 % de los hombres refieren que no los utilizan por problemas de salud. De esta manera, podemos inferir que, además de los recursos materiales, existe una estrecha relación entre las condiciones de salud y las posibilidades de movilidad.

Uno de los países con mayor producción en gerontología y sobre la movilidad de las personas mayores que incorporan la categoría de género en sus análisis es España, donde hallamos varios estudios con distintas perspectivas metodológicas realizados en diversas ciudades.

Denominan con el término “cautivo” a las personas usuarias que dependen únicamente del transporte público para desplazarse y afirman que la mayor parte de las mujeres se encuentran en esta situación. En las familias que cuentan con un solo vehículo, este es, en general, usado por el hombre. El estudio destaca la importancia de incorporar esta perspectiva:

Realizar estudios con enfoque de género implica incluir algo más que el sexo en los cuestionarios de los estudios de movilidad, no se trata de realizar un análisis diferencial entre mujeres y hombres, sino de profundizar en el análisis de necesidades a través de una metodología cualitativa que permita el acercamiento a la realidad social de ambos (Llopis Orrego y Pino Espejo, 2014: 953).

Como podemos observar, son varias las publicaciones que indican el mayor uso del automóvil en los hombres mayores, lo que podría vincularse al sostenimiento de los roles tradicionales masculinos en el curso de la vida, ya que esta práctica se conserva desde edades precedentes.

Las producciones españolas que incorporan la perspectiva de género de manera relacional permiten comparar los motivos de viaje de hombres y mujeres, y visualizar el predominio de tareas vinculadas a los mandatos femeninos en las mujeres mayores y a los objetivos recreativos en la movilidad masculina (Díaz Muñoz, 1989; Díaz Muñoz y Jiménez Gigante, 2007; Tobío, 1995). En la ciudad de Alcalá, se estudió la relación de la frecuencia de los viajes con la edad y el género. Los desplazamientos disminuyen al avanzar la edad, lo que genera una alta proporción de mujeres que salen poco de sus barrios (Díaz Muñoz, 1989; Díaz Muñoz y Jiménez Gigante, 2007). La autora define a las mujeres ancianas de más bajo estatus como “grupo desventajado”, que presenta una movilidad más reducida y menos uniforme que los hombres. Cuando se desplazan, utilizan autobús, y los motivos corresponden mayoritariamente al tradicional rol femenino de asumir las obligaciones domésticas y de cuidados, como acompañar familiares al médico. Al encuestar a mujeres mayores de 65 años, observan que, para el 52,90 %, el motivo principal de desplazamiento es realizar compras, por lo que infieren que conservan su función como abastecedoras de la familia (Díaz Muñoz y Jiménez Gigante, 2007). El estudio de Tobío (1995) coincide en afirmar que los hombres se movilizan por motivos de ocio y que el traslado de las mujeres con esta finalidad es menor. Para ellas, el objetivo principal es adquirir productos, causa de la mitad de sus recorridos (Tobío, 1995). Dichas compras corresponden a las actividades domésticas; la mujer anciana continúa adoptando el histórico mandato de garantizar el aprovisionamiento familiar. En conclusión, las tareas reproductivas persisten a cargo de las mujeres durante el envejecer.

Respecto de la elección modal, un estudio realizado en Barcelona analiza las

formas de movilidad por edad y sexo. La mayoría de los hombres con más de 65 años utilizan transporte no motorizado, caminata y bicicleta. Solo el 10% utiliza transporte público y el 21,1% utiliza transporte privado, como automóvil, moto u otros transportes privados. En el caso de las mujeres mayores de 65 años y con relación a los hombres, aumenta levemente el tipo de transporte no motorizado y el transporte público, y disminuye el privado: el 70,2% de las encuestadas se moviliza mediante el transporte no motorizado y el 17,7% utiliza transporte público. En cuanto al transporte privado, solo el 12,1% lo utiliza. Es importante mencionar que la ciudad de Barcelona ha implementado en los últimos años diversas medidas tendientes a lograr una movilidad segura, sostenible y equitativa, que prioriza la circulación de peatones y ciclistas, reduce el uso de vehículos particulares (para eso, realizaron adaptaciones en el espacio urbano). Los motivos de viaje también fueron analizados en esta encuesta: se agruparon los datos por sexo y edad. En este caso, no se observan variaciones relevantes. En los hombres mayores de 65 años, el 1,2% se moviliza por motivos ocupacionales: el 53,1%, por motivos personales. En cuanto a las mujeres mayores, el 1,8% se moviliza por motivos ocupacionales: el 53,8%, por motivos personales. Dentro de los motivos personales, se incluyen realizar compras, asistir al hospital, visitar a familiares o amigos, acompañar a personas, hacer gestiones por ocio, diversión y paseos (Autoritat del Transport Metropolità [ATM], 2016). La multiplicidad de rubros que incluye la categoría “motivos personales” dificulta la identificación de diferencias genéricas respecto de los objetivos del viaje.

Al definir el perfil de las personas mayores entrevistadas en Barcelona, especifican que utilizan, principalmente, transporte público. Sienten satisfacción con su funcionamiento, están dispuestas a cambiar sus hábitos de movilidad en pos de la sostenibilidad y piensan que el Estado debe intervenir para mejorar la movilidad (Bouchet, Jofre, Moyano, Paniagua y Riera, 2017). En esta ciudad, a partir de las nuevas medidas, se han desarrollado nuevos modos de movilidad compartida que se conectan mediante *smartphones*, como BlablaCar, Avancar, Uber o Cabify. Las personas mayores consideran que estos servicios recientes no se adecúan a sus necesidades de desplazamiento. Es probable que uno de los factores que acotan su uso se vincule a la baja utilización de tecnología de este grupo poblacional.

En cuanto al modo de traslado, en Australia, se reconoce la tendencia a

mantener el mayor tiempo posible el tipo de viaje que se acostumbra realizar en personas de todas las edades. Entre las mayores, son en especial los hombres quienes adoptan este comportamiento conservador (Alsnih y Hensher, 2003). En este país, también sostienen el hábito de conducir hasta edades avanzadas, aun cuando sus habilidades y capacidades se hallan disminuidas para hacerlo. Esto podría vincularse a la necesidad de mantener el mayor tiempo posible las actividades que representan la posibilidad de autonomía y circulación en el espacio público. En cambio, las mujeres tienden a dejar de conducir voluntariamente y de manera prematura.

La producción latinoamericana sobre género y movilidad incorpora otros ejes temáticos, como el acceso en poblaciones vulnerables y la incidencia de las condiciones socioeconómicas como facilitadoras u obstaculizadoras de la movilidad en las personas mayores, o la violencia e inseguridad desde la perspectiva de las mujeres. Los estudios correspondientes a distintas ciudades aportan hallazgos que responden a realidades locales, pero permiten observar la progresiva incorporación de la perspectiva de género en sus análisis.

En Chile, hallamos investigaciones sobre la movilidad y sobre la no movilidad en la ciudad desde la perspectiva de género, su incidencia en la calidad de vida y como expresión de desigualdades. Otorgan un lugar central al enfoque, ya que consideran que la experiencia de movilidad es diferencial, no es homogénea en hombres y mujeres (Jirón, 2007). La misma autora aborda las implicancias de género en la movilidad cotidiana y señala que las experiencias diferenciales están dadas por relaciones desiguales como las de género, condiciones socioeconómicas o edad, donde las mujeres adoptan roles productivos y reproductivos con grandes dificultades de desplazamiento (Jirón, 2017).

La inseguridad y la violencia en el transporte público, y su relación con el género fueron analizadas en Paraguay y en Perú mediante la aplicación de más de 1200 encuestas a mujeres (Galiani y Jaitman, 2016). Tanto la situación de inseguridad como su percepción afectan la movilidad, limitan las opciones de transporte y alteran sus rutinas de viaje. Cuanto más joven es la mujer, más probabilidad de ser víctima de delitos, como robos y ofensas sexuales, durante el uso del transporte o mientras esperan en las las estaciones. Reflexionan sobre la violencia hacia la mujer en

espacios públicos y el menor abordaje que ha tenido en relación con los ámbitos privados, como la violencia intrafamiliar. Destacamos la relevancia de este tipo de problematizaciones, que aportan a la discusión sobre temas poco explorados y ponen en evidencia la selectividad temática desde los espacios académicos. En las producciones sobre transporte y movilidad, persisten los estudios que observan un solo género, los denominados a-reacionales o los que adoptan una mirada binaria.

En Argentina, la ENMODO (2010) incluye en su análisis las diferencias por género en la movilidad. Describe muy brevemente las prácticas de viaje de hombres y mujeres mayores, a quienes, como hemos señalado, agrupan en la categoría “jubilados”. Respecto del modo, la principal diferencia aparece en el uso del automóvil como conductor: lo selecciona el 19 % de los hombres, y solo el 3 % de las mujeres. Según la encuesta, las mujeres son usuarias mayormente de transporte público colectivo. No se hallaron publicaciones posteriores a la mencionada investigación.

Las personas de mayor edad usuarias de servicios de colectivo, ferrocarril y subte representan solo el 12 % de los viajes totales realizados. Respecto del colectivo y el subte, si bien observan que los principales usuarios de este medio son hombres, no vinculan datos relativos a sexo y edad. Solo el 2,1 % de las personas viajantes de colectivo son mayores de 65 años. En el subterráneo, la cifra es similar: menos del 2,5 %; y en el ferrocarril, solo el 2 % son adultos o adultas mayores.

Los estudios del sector transporte muy pocas veces aportan datos desagregados por género, recopilados en forma regular y fiable; en especial, es notoria la escasez en la mayoría los de países de América Latina (Jaimurzina, Muñoz Fernández y Pérez, 2017). En las encuestas de origen-destino, hasta hace poco tiempo, se omitía la distinción por género, asumiendo que la movilidad era neutral (Pérez, 2019). Asimismo, las investigaciones que analizan los datos diferenciados por edad y permiten conocer las movilidades de distintos grupos etarios son escasos, su producción facilitaría el análisis de las prácticas de viaje a lo largo del curso de la vida. Como hemos referido, se enuncian como “jubilados”, categoría que los asocia al cese de la actividad laboral y encubre una determinada representación de la vejez. En los pocos casos registrados, las personas mayores se mencionan como agénéricas, dado que se presentan los resultados sin distinción de género, y, en algunas ocasiones, se

aplica el genérico masculino, invisibilizando a las mujeres. Otro problema identificado es el motivo de viaje, ya que las principales categorías utilizadas son trabajo y estudio, mientras que, en varias encuestas, los traslados por motivos de salud se agrupan en el rubro “otros motivos”, lo que dificulta el conocimiento diferenciado. La articulación de datos correspondientes a movilidad, edad, género y motivo de viaje podría aportar un conocimiento más amplio y ajustado sobre las necesidades y prácticas de movilidad de las personas mayores.

1.3. Factores que inciden en la movilidad de personas mayores

Las formas de movilidad se definen por la interrelación de numerosos factores: individuales, sociodemográficos, lugar de residencia, medios de transporte y localización de los recursos (Demoraes, Contreras y Piron, 2016). La movilidad no depende exclusivamente de la elección individual. Hay personas con más posibilidades de trasladarse que otras, es decir, es diferencial según los estratos sociales a los que pertenecen (Hérmendez, 2017).

Entre los factores individuales, se incluyen la edad avanzada, el género, el grado de autonomía o dependencia para los desplazamientos. Del mismo modo, el estado de salud de la persona mayor determina las posibilidades de uso de los servicios en la ciudad, cuya oferta puede no favorecer el traslado de quienes necesitan mayor apoyo (Zamorano, de Alba, Capron y González, 2012). Algunas personas mayores requieren el uso de ayuda técnica para trasladarse y, a veces, la utilizan solo para transitar en el espacio público. Las ayudas técnicas son todos los elementos facilitadores que contribuyen a mejorar las habilidades de la persona, tales como silla de ruedas, andador, trípode o bastón.

Entre los factores sociodemográficos, analizamos la conformación del grupo familiar y el apoyo que este puede brindar a la persona mayor. La existencia de redes sociales y familiares atenúa las barreras en la accesibilidad, ya que el acceso a los servicios se ve facilitado para las personas ancianas que cuentan con vínculos cercanos. Las redes informales cumplen un rol fundamental puesto que pueden brindar acompañamiento hasta los distintos destinos en sus propios automóviles o con otros tipos de apoyo. Durante el envejecimiento, se pierden vínculos y se

incorporan nuevas relaciones, incluso más significativas: muchas veces, a través de la participación en actividades culturales, artísticas o deportivas (Arias, 2016).

La familia también puede brindar asistencia económica para utilizar formas más accesibles de traslado, como remis o taxi. El nivel económico es determinante, ya que facilita u obstaculiza la movilidad y, en consecuencia, el acceso a derechos. En las familias de mayor capacidad económica, las necesidades pueden ser resueltas de manera privada (en sus vehículos o contratando servicios individuales), mientras que las de menores recursos tienen limitada esta capacidad y, por lo tanto, el acceso a la salud, prevención o tratamientos es dificultoso (Tisnés y Salazar Acosta, 2016). Como señala Apaolaza (2012), las peores condiciones de movilidad generan peores condiciones de acceso a derechos. La carencia de recursos puede derivar en una movilidad precaria o en el uso de servicios no habilitados, con los riesgos derivados que conlleva. La movilidad precaria es considerada un factor constitutivo de exclusión social y se denomina movilidad restringida (Uteng, 2009).

Por lo expuesto, podemos afirmar que las desigualdades socioeconómicas determinan la movilidad, dado que los integrantes de hogares de menores ingresos presentan dificultades superiores en los desplazamientos (Li, Raeside, Chen y McQuaid, 2012). En este sentido, se ha propuesto el concepto de “viajes reprimidos” para conocer si las personas mayores saldrían más o harían más actividades en caso de contar con mejores servicios o mayores opciones de acceso a la movilidad (Su y Bell, 2009).

Otro factor para tener en cuenta es el lugar de residencia y las condiciones geográficas. Residir en una gran ciudad o en un pequeño poblado suburbano sin medios de transporte accesible incide de manera directa en las posibilidades reales de movilidad. Para quienes habitan en zonas alejadas de las grandes ciudades, el traslado se torna imprescindible por la inexistencia de recursos locales o al momento de tener que acceder a servicios de mayor complejidad no disponibles en espacios rurales o pueblos. También es necesario considerar las condiciones del clima y las características físicas del terreno. Tal es el caso de las ciudades con muy bajas temperaturas en invierno o excesivamente elevadas en verano, o los desniveles que dificultan el desplazamiento a pie, y pueden exponer a las personas mayores a situaciones de riesgo.

Los medios de transporte existentes de la zona de residencia, la cercanía a las paradas, la frecuencia en los servicios y su calidad, las barreras en el acceso son cuestiones que se deben considerar porque indican el grado de accesibilidad, según la perspectiva del transporte. Algunos obstáculos identificados en los espacios y en los medios, que afectan a las personas mayores, pero también al resto de la población son las calles en mal estado, las inundaciones, la falta de veredas, las bicisendas, las estaciones de metro sin escaleras mecánicas o ascensores (Jirón y Zunino Singh, 2017). Este es un hecho bastante frecuente en la CABA, donde las estaciones de subterráneo o tren cuentan con escaleras mecánicas y ascensores, pero por desperfectos técnicos o falta de reparación, no se pueden utilizar durante extensos períodos de tiempo, lo que obstaculiza la accesibilidad.

La localización de los servicios, como obras sociales, bancos, centros culturales o recreativos, es otro aspecto que determina la movilidad. Las mujeres y los hombres mayores necesitan trasladarse para cobrar su jubilación, concurrir a una consulta médica o realizar gestiones. La distancia geográfica puede facilitar u obstaculizar su acceso. No obstante, si bien el concepto de accesibilidad es asociado comúnmente a lo espacial, la proximidad no garantiza por sí misma el acceso (Landini, González Cowes y D'Amore, 2014). La posibilidad de llegar al servicio no asegura que el derecho a la salud se halle protegido.

La interrelación de los factores enunciados deviene en múltiples formas particulares de movilidad. Tanto las dimensiones individuales, familiares y geográficas como la existencia de redes sociales y la distancia de los servicios configuran diversas prácticas de viaje. Como afirman Jirón y Zunino Singh (2017), no podemos hablar de un sujeto universal, dada la heterogeneidad de la experiencia de la movilidad.

A partir del conocimiento y del análisis de dichos factores, proponemos discutir sobre los obstáculos y las posibilidades de garantizar el derecho a la salud relativos a la movilidad. Las barreras y los facilitadores en el acceso a los servicios de salud han sido estudiados en el marco del concepto de determinantes sociales de la salud (Hirmas Aday *et al.*, 2013; Ramos *et al.*, 2018).

Varias investigaciones que consultaron las opiniones de personas usuarias de servicios y de miembros del equipo de salud identifican como barreras distintos

aspectos relacionados con la movilidad, como las distancias largas entre el lugar de residencia y el lugar de atención, los costos del traslado, la escasez y la dificultad de transporte (Hirmas Aduy *et al.*, 2013; Ramos *et al.*, 2018). Destacan la importancia de reconocer las dificultades en el acceso para intervenir sobre las desigualdades evitables y sostienen que identificar barreras y facilitadores en el acceso a la salud es un paso necesario para reducir las inequidades (Hirmas Aduy *et al.*, 2013).

Jirón y Mansilla (2013) enumeran varios tipos de barreras relacionadas con la movilidad: financieras, físicas, organizacionales, temporales, de habilidad, tecnológicas, corporales y emocionales. Las barreras referidas a los costos del transporte son las denominadas financieras. Las que se vinculan a las capacidades de las personas, como viajar en bicicleta o conducir vehículos, es decir, las que requieren determinadas destrezas, son las barreras de habilidad. Las tecnológicas son las habilidades informáticas que permiten reemplazar el viaje por una gestión virtual (Jirón y Mansilla., 2013), como solicitar turnos mediante la web, en lugar de hacerlo de manera personal. Las barreras corporales y emocionales se relacionan con la edad y el género. Analizan la incidencia de la sensación de inseguridad, violencia y acoso de las personas en el transporte público (Jirón y Mansilla, 2013).

Según Soto Villagrán (2014), la movilidad y el transporte urbano constituyen una de las grandes dimensiones a través de las cuales “leemos las marcas patriarcales de la ciudad”. Agrega que el patriarcado utiliza el miedo a la agresión sexual como medio de controlar la presencia de las mujeres en el espacio público. La violencia sexual y el acoso a mujeres en el transporte público han sido objeto de estudio en forma creciente en los últimos años. Respecto de la edad, señalan que cuanto más joven es la usuaria más probabilidad tiene de ser víctima de este tipo de maltrato (Galiani y Jaitman, 2016); por eso, la barrera corporal no sería relevante en el grupo poblacional más añoso.

En las personas que presentan dificultades físicas para deambular, las barreras pueden incrementarse. Las opciones se limitan al transporte motorizado, como remís o taxi, que tienen un costo mayor; a veces, imposible de afrontar con un haber previsional promedio insuficiente para cubrir la canasta básica de las personas jubiladas.

De tal manera, al aumentar la discapacidad y la dependencia, y ante a la falta de recursos, se reduce significativamente la movilidad. Ante estas u otras dificultades, muchas personas mayores desestiman viajar, lo que se ha denominado “inmovilidad” (Gutiérrez, 2009).

En un contexto neoliberal, las políticas de transporte priorizan las necesidades de movilidad de los trabajadores remunerados, sin considerar las de otros ciudadanos y ciudadanas como las personas mayores o las personas con discapacidad, generando una barrera evitable. Esta situación no se presenta exclusivamente en Argentina: “Los servicios de transporte en los países de toda la región de América Latina y el Caribe reproducen las desigualdades socioeconómicas y de género que caracterizan a la región” (Jaimurzina, Muñoz Fernández y Pérez, 2017: 5).

Por otra parte, si las tareas reproductivas, como el cuidado de los niños, las personas enfermas y el hogar, han sido asignadas a las mujeres, se las relega al espacio privado, y se desestiman sus posibilidades de habitar y transitar el espacio público (Buckingham, 2011). Como hemos mencionado, con frecuencia las mujeres mayores asumen tareas de atención de niños y niñas mientras sus padres trabajan. Para hacer referencia a este tipo de desplazamientos se acuñó el término “movilidad del cuidado”: son los realizados diariamente para desempeñar trabajos de cuidado no remunerado. Incluye tanto a personas proveedoras de cuidados como a las que requieren ser cuidadas. Son los viajes derivados de tareas de atención de las personas dependientes o de las familias (Zucchini, 2015). Este aporte introduce nuevas dimensiones de análisis, como los factores culturales y los significados de las acciones. El concepto de accesibilidad cultural se refiere a los hábitos y costumbres de la población que pueden funcionar como barreras o como facilitadores del acceso (Landini, González Cowes y D’Amore, 2014). El mandato que asigna a la mujer mayor las tareas de cuidado y sus movilidades derivadas, el grado de confianza de los sujetos en el sistema de atención de salud, las percepciones sobre los modos de transporte disponibles en cada ciudad son algunos de los elementos culturales que pueden incidir en el uso de los distintos servicios.

El acceso a la salud en personas mayores en el Área Metropolitana de Buenos Aires fue analizado a partir de la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)

realizada en 1999-2000. Este estudio pionero incluye en su marco teórico el análisis de las barreras económicas, físicas, psicológicas, sociales y espaciales que se interponen entre el sujeto y la atención de su salud. En ese momento, el 15,7 % de las personas consultadas no habían realizado las consultas médicas que necesitaban por problemas de distancia o por falta de transporte. Respecto de los factores económicos, el 11,3 % no asistió por el costo del viaje. Con relación al género, son mayoritariamente hombres quienes no realizaron las consultas (Pantelides, 2005).

En síntesis, cuando la vida cotidiana cambia a partir de la jubilación, se producen modificaciones en los hábitos de movilidad. En general, disminuyen en cantidad. Los hombres mayores conservan la hegemonía del uso del automóvil cuando disponen de vehículo, símbolo histórico de progreso y poder, pauta que se mantiene en edades más tempranas. En el grupo poblacional de personas mayores, son las mujeres quienes más utilizan el transporte público. Con relación a los motivos de los traslados, en los hombres, se observan más casos que tienen como objetivo el ocio y la recreación. En las mujeres, predominan las tareas domésticas, como realizar compras, visitar familiares o acompañar a personas. Muchas veces, este tipo de viajes se concreta de manera encadenada, en función de las actividades que se deban realizar. Ellas hacen mayor cantidad de viajes diarios con distintas finalidades que, en muchos casos, se relacionan con tareas reproductivas.

Las personas de bajos ingresos que no pueden acceder a un medio propio para movilizarse, como vehículo o ciclomotor, y no cuentan con recursos para contratar un servicio de remís o taxi, se transforman en usuarias cautivas del transporte público (Regoli Roa, Bobbio y Brondino, 2013). Este servicio no siempre cuenta con las condiciones óptimas de accesibilidad en las unidades, las expone a distintos tipos de riesgo; y las condiciones de los viajes no se ajustan a las necesidades de las personas usuarias frágiles. Si bien las unidades cuentan con asientos reservados para personas con discapacidad y personas mayores, el uso también es prioritario para mujeres embarazadas y con niños pequeños. En momentos de intensa demanda, estos asientos resultan insuficientes. Además, la aglomeración de personas en un espacio reducido facilita el contagio de enfermedades transmisibles por contacto estrecho. La imposibilidad de viajar sentado y en condiciones seguras puede contribuir a los procesos de exclusión social.

Los conceptos desarrollados en este capítulo han generado muchas preguntas, que nos interpelan y motivan a continuar profundizando sobre la temática. ¿Qué factores facilitan u obstaculizan los desplazamientos de las personas mayores en la CABA? ¿Qué estrategias implementan para resolver sus necesidades y deseos ante condiciones adversas para el traslado? ¿El transporte público se halla diseñado para personas sanas? ¿Han modificado sus prácticas de viaje? ¿Las personas mayores son usuarias cautivas de los modos de transporte público? ¿Qué barreras existen en la movilidad de las personas mayores? ¿Son las mismas para mujeres y varones, o existen diferencias por género? ¿Desestiman viajar por la presencia de barreras en el acceso al transporte? ¿Cómo superan las barreras en la movilidad para el acceso a los servicios de salud? ¿Los obstáculos en la movilidad limitan la efectivización de sus derechos?

A partir de los interrogantes enunciados, con la intención de avanzar en el conocimiento de esta temática, realizamos un análisis contextual en el próximo apartado. Describimos las características de la CABA y de las personas mayores que habitan este espacio urbano, explicamos la organización de los servicios de salud y las políticas de transporte, focalizando, principalmente, en las políticas dirigidas a este grupo etario.

Capítulo 2- Las personas mayores en el espacio urbano

Los aspectos histórico políticos, junto con los sociales, geográficos, económicos, demográficos, culturales y organizacionales, configuran determinados significados sobre el espacio urbano. Rada Schultze (2016) sostiene la importancia de analizar la vejez y el envejecimiento en relación con los cambios en la historia reciente y con las distintas coyunturas, a fin de acceder a los acontecimientos sociales, políticos, económicos y culturales significativos para el individuo y la sociedad.

Consideramos que la dimensión histórico-política es relevante, dado que, en la interacción con otros factores, produce y determina las configuraciones y desigualdades actuales. ¿Por qué historizar? Señala Lefebvre: "... la historia permite elucidar la génesis de la ciudad y, sobre todo, permite delimitar mejor que ninguna otra ciencia la problemática de la sociedad urbana" (Lefebvre, 1968: 59).

Con el propósito de realizar un recorte temporal, decidimos iniciar el recorrido sobre las configuraciones del espacio urbano a partir de mediados de los años setenta. Desarrollamos el primer período, la dictadura militar, luego el retorno de la democracia y los años noventa, que desembocan en la aguda crisis del 2001. Posteriormente, analizamos la etapa de los Gobiernos de Néstor Kirchner y Cristina Fernández de Kirchner, y el último momento, desde 2015 a 2019, a cargo del presidente Mauricio Macri, marcado por el ajuste neoliberal y la consecuente retracción en materia de derechos.

Desde 1976 hasta 1983, en Argentina, se instala en el poder por la fuerza una dictadura militar, que influyó en la significación de un espacio público peligroso e inseguro: "... durante los gobiernos militares argentinos no existe el espacio público en la ciudad, ahogado como lugar de encuentro social y cultural por la censura, el miedo y la falta de libertad" (Leveratto, 2005: 288). En este escenario, se implementan en la CABA varias intervenciones urbanas que contienen medidas restrictivas referentes a lo habitacional, el transporte y la circulación en el espacio público. Así, se pone en marcha el proyecto de erradicación de villas con la intención de alejar a la población pobre que se asienta, principalmente, en el conurbano bonaerense, que rodea la CABA. Mediante la construcción de autopistas y el

ensanchamiento de avenidas, alientan el uso del automóvil particular. También se prohíben los carnavales mediante la eliminación de los feriados alusivos, anulando la festividad callejera. Desde el discurso militar, reforzando el modelo patriarcal, las mujeres tienen un papel dentro de la familia: el rol de ama de casa, esposa, madre y cuidadora dentro de su hogar, es decir, en el espacio privado (Laudano, 1997). La movilidad de los hombres en la ciudad se reduce a los fines laborales: se prohíbe todo tipo de reunión en el territorio. Viajar en transporte público exponía a las personas usuarias a operativos de requisas durante el traslado, principalmente en colectivos, que eran interceptados aleatoriamente por las fuerzas militares. Conviene destacar que las personas mayores entrevistadas transitaron su juventud o su adultez joven en este contexto.

En 1983, con el retorno de la democracia, se recupera la calle como escenario de eventos culturales, recreativos y de reclamos populares; y esta tendencia se mantiene en la actualidad. Gorelik (2013) señala la estrecha relación entre la recuperación de la democracia y el espacio público en Buenos Aires a comienzos de los años ochenta, cuando la calle vuelve a ser escenario de la vida cultural, fiestas, acción política y protesta. En esta etapa, las personas jubiladas comienzan a organizarse e implementan reclamos colectivos en el espacio público con alto impacto mediático para petitionar, sobre todo, la actualización de los haberes jubilatorios, hasta entonces congelados e insuficientes para cubrir sus necesidades básicas.

A partir de los años noventa, las medidas neoliberales implementadas se agudizan e incrementan la situación de crisis. Llega el estallido social del 2001, precedido por asambleas barriales en las esquinas, cacerolazos, movilizaciones y otras formas de protesta. En el espacio público, se expresan los distintos movimientos que luchan por intereses comunes mediante distintas estrategias, movilizaciones, actos y piquetes. Buenos Aires es el principal lugar del país donde se manifiestan. A partir de este momento, los protagonistas dejan de ser los sectores populares, ya que se integran de manera activa habitantes de clase media. Otro hecho significativo es la incorporación de movimientos colectivos con nuevos objetivos, que se suman a los tradicionales de la lucha sindical. De esta manera,

emergen reclamos relacionados con la precariedad del “trabajo esclavo” en talleres textiles, la contaminación ambiental, el impacto en la construcción no planificada de barrios cerrados en el conurbano y la política, con el pedido popular “que se vayan todos”, que convoca a una renovación de la gestión (Pereyra, 2016). En este período, “los jubilados” sostienen semanalmente su marcha de protesta frente al Congreso en procura de mejoras en sus haberes y reclaman la participación activa en la administración de su obra social, como lo establece la Ley N.º 19.032/71.

Tiempo después, en el período de la posconvertibilidad, se generan inversiones públicas en el área de transporte que no promueven mejoras en la calidad de los servicios (Barbero y Galeota, 2018). En 2012, se produce la tragedia de la Estación Once, que promueve la discusión sobre las condiciones de la infraestructura, la precariedad de los servicios, el alcance de los subsidios a las empresas y los hechos de corrupción, y genera profundos cambios institucionales.

Como resultado de las elecciones de 2015, por primera vez, coinciden las líneas políticas nacional, provincial y local. Al profundizarse el ajuste derivado de las políticas neoliberales impulsadas por el nuevo Gobierno, la CABA se consolida como escenario de protestas sociales. Desde entonces, se intensifica la acción colectiva de resistencia en las distintas áreas afectadas (educación, salud, seguridad social, empleo, transporte) no solo a través de protestas públicas, sino también mediante paros de actividades.

Según Pereyra (2016), desde hace varias décadas, la protesta social es un fenómeno recurrente; cotidianamente, observamos diversas acciones de reclamo en las calles de la ciudad o participamos de ellas. Estas demandas expresan la insatisfacción o el descontento de la población frente a determinados temas. En 2017, se implementan modificaciones en el sistema previsional perjudiciales para las personas mayores, que no logran detenerse con los reclamos populares.

En octubre de 2019, se aplican encuestas para conocer la percepción de la población sobre su situación económica. El estudio arroja que el 50 % de las personas consultadas residentes en la CABA considera que su situación económica es mucho peor en relación con el año anterior. El 40 % afirma que su ingreso o el ingreso

familiar no alcanza, y el 29 % disminuyó la porción de las comidas por no contar con dinero suficiente para comprar alimentos (Centro de Estudios Metropolitanos [CEM], 2019). El informe da cuenta del malestar de la población de la CABA y del impacto de las políticas de ajuste.

En este período, se produce un incremento en la cantidad de población mayor que vive en la calle; principalmente, en zonas céntricas de la CABA. Resulta dificultoso establecer cifras que reflejen la realidad de este fenómeno, dada la disparidad entre las mediciones oficiales y las realizadas a través de encuestas por organizaciones no gubernamentales. En las calles, se manifiesta la creciente polarización social que expresa la desigualdad entre los distintos sectores que circulan: empresarios, turistas, personas en situación de calle y cartoneros (Boy, 2017).

2.1. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Para estudiar la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, es necesario analizar las múltiples dimensiones que la determinan, como las estructurales o las físicas, la extensión geográfica, la organización política, la cantidad de habitantes, el devenir histórico, los actores que allí interactúan y sus representaciones. La ciudad se asocia tanto al caos, al conflicto permanente y a la concentración del poder como a la utopía, a la cultura y al progreso. Desde una perspectiva dialéctica, sus problemas se originan en el sistema económico que los producen (Gravano, 2015). Sin embargo, la ciudad es también el espacio donde se construye la ciudadanía y donde la población se expresa contra las desigualdades.

Organizamos este apartado a partir de dos ejes temáticos. En primer lugar, abordamos los principales problemas de la ciudad y luego desarrollamos las estrategias del Estado para afrontarlos. También explicamos la organización de este espacio urbano a la luz de los aportes de la urbanización y de la movilidad, concepto central de esta investigación.

La CABA presenta problemas urbanos similares a los de las grandes ciudades latinoamericanas: congestión de tránsito, siniestros viales, elevada contaminación ambiental e inseguridad (Alonso Romero y Lugo Morín, 2018).

La intensa actividad comercial y política, los desplazamientos cotidianos de grandes volúmenes de población desde el conurbano al centro de la ciudad con fines laborales y el incremento de la circulación de automóviles particulares son factores que generan un incremento cuantitativo en la movilidad y en la congestión de tránsito. Asimismo, las deficiencias en los servicios de transporte público impulsaron un mayor uso del automóvil individual, pero también esto ha sido generado por políticas que alentaron su uso. Además, la circulación en la CABA se ve obstaculizada por los reclamos populares que generan recurrentes cortes de calles y desvíos en los recorridos del transporte.

Respecto de los siniestros viales, hemos detallado precedentemente su impacto en las personas mayores de 65 años, principales víctimas en su rol de peatonas (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2018). En 2017, el 25 % de las personas con lesiones graves por causa de un siniestro vial fueron hombres y mujeres de 65 años de edad o más que circulaban en el espacio público como peatones (Keller *et al.*, 2018).

El transporte, junto con otros factores como la escasez de espacios verdes y la concentración de la población, origina distintos tipos de impacto ambiental que afecta a todas las personas, no solo a la población usuaria. La contaminación acústica o sonora genera trastornos del sueño, en la memoria e irritabilidad (Rodríguez Tornquist y Vazano, 2019). El 94 % de las personas que habitan la CABA están expuestas a niveles excesivos de ruido (De la Fuente, 2018). Si tenemos en cuenta que el valor de referencia ideal es de 30 dBA⁵, en las zonas céntricas de la CABA se registran mediciones muy superiores en horario diurno. Del mismo modo, la contaminación del aire impacta negativamente en la salud, ya que aumenta el riesgo de contraer enfermedades respiratorias y cardíacas. Aunque en la CABA aún no se cuenta con un diagnóstico sobre la calidad del aire, la concentración de contaminantes se evidencia, principalmente, entre los edificios de gran altura (Salas Sandoval y Contreras González, 2012).

Con relación a la inseguridad, en 2018, se denunciaron en la CABA múltiples hechos delictivos; en especial, delitos contra la propiedad, como hurtos y robos,

⁵ El decibelio ponderado A (dBA) es una unidad de medida que representa el riesgo auditivo a que estamos expuestos.

contra las personas, como lesiones, y delitos contra la libertad, en la forma de amenazas (Dirección General de Estadística y Censos [DGEYC], 2018). En la ciudad, los delitos más comunes son contra la propiedad (Carrión Mena, 2010). Además, al ser un espacio donde se concentra la heterogeneidad de manera densa, se pueden producir roces o conflictos en la vida cotidiana que generan hechos de violencia, es decir, relacionados con la convivencia social (Carrión Mena, 2010). La ciudad reúne una gran diversidad en un mismo territorio, lo que puede potenciar los conflictos. Por consiguiente, la violencia urbana restringe la ciudadanía, dado que las personas pueden modificar sus conductas, sentir temor y recluirse en el espacio doméstico, no menos peligroso. En el transcurso de 2017, entre las personas mayores, las mujeres han sido las principales víctimas de violencia en la CABA: el 78% de las denuncias corresponde a ancianas de 60 años o más (Oficina de Violencia Doméstica [OVD], 2017). En orden de prioridades, se verifican casos de violencia psicológica, física, ambiental, económica y simbólica. Las personas mayores en esta situación residen, principalmente, en los barrios de la Comuna 4 Barracas, La Boca, Parque Patricios y Pompeya, y en los barrios de la Comuna 8 Villa Lugano, Villa Soldati y Villa Riachuelo (OVD, 2017).

Todos los problemas señalados pueden ser entendidos como síntomas de los problemas estructurales que los generan. A partir de su identificación y de acuerdo con las prioridades que se establecen, en mayor o menor medida, desde la gestión del Estado, se emprenden distintas estrategias para afrontarlos.

En 2014, el Gobierno de la CABA adhiere con su firma a la Declaración de Lima, el Libro Blanco de la Movilidad, que reconoce que la movilidad urbana es un derecho social fundamental (MUSAL, 2014). En este documento, se expresa la preocupación por los problemas comunes de las ciudades latinoamericanas. El Libro Blanco señala los impactos negativos en la salud derivados de la alta contaminación generada por el creciente uso de vehículos particulares. También identifica como problema la débil participación ciudadana, ya que entiende que la solución a las cuestiones de la movilidad debe ser colectiva, no individual. La exposición al aire contaminado, la contaminación sonora, los traumatismos causados por el tránsito y el estrés son algunos de los efectos sobre la salud del transporte no sostenible, centrado en los

vehículos y no en las personas. Dicho documento procura concientizar y generar un compromiso con la movilidad urbana sustentable, entendida como tal la que “... se enfoca en la satisfacción de las necesidades y expectativas de todas las personas, minimiza las externalidades negativas sociales, económicas y ambientales y contribuye a estructurar ciudades más compactas, seguras, limpias, resilientes, amables, activas y saludables...” (MUSAL, 2014: 13). Respecto de las personas mayores, indica que es necesario asegurar la accesibilidad y garantizar la movilidad, facilitando que ejerzan su derecho a elegir el modo de viaje.

Desde 1994, a partir de la reforma constitucional, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es autónoma. Desde entonces, sus habitantes eligen a sus representantes de manera directa y tienen su propia Constitución (Constitución de la Ciudad de Buenos Aires [Const.], 1996), donde se establece el desarrollo de políticas sociales que atiendan las necesidades específicas de las personas mayores y eleven su calidad de vida. La autonomía le permite sancionar sus propias leyes y orientar los recursos a sus necesidades locales (Const., 1996, art. 41). Cuenta con un área de Desarrollo Urbano y Transporte, que tiene a su cargo el planeamiento urbano en lo referente al diseño, la ejecución y la fiscalización de políticas.

La CABA se encuentra conformada por 48 barrios, organizados política y administrativamente en 15 comunas. Dichos barrios se hallan segmentados: por un lado, se observan espacios ocupados por grupos de altos ingresos, más seguros, con mejores servicios y accesibilidad, como Puerto Madero y, en la zona norte, Palermo, Barrio Norte, Recoleta; por otro lado, barrios más alejados de las zonas céntricas, con menores servicios y mayor riesgo, que se ubican, principalmente, en la zona sur, como Villa Soldati o Nueva Pompeya, y, en la zona norte, la Villa 31, en el barrio de Retiro. La desigualdad no es un tema nuevo: “La descompensación e inequidad entre el área norte y el área sur de la ciudad es una constante en la evolución de Buenos Aires, especialmente a fines del siglo XIX” (Leveratto, 2005: 289). El concepto de segregación residencial socioeconómica explica este fenómeno, ya que define la distribución desigual en el territorio de los grupos socioeconómicos (Da Cunha y Rodríguez Vignoli, 2009). En la CABA, se registran 15 villas y 8 asentamientos. La mayoría de los nuevos asentamientos urbanos y urbanizaciones en villas se ubican en la zona sur y en la Comuna 1, cerca del centro administrativo y comercial

(Dodamia, 2019). Tanto las villas como los asentamientos son emplazamientos irregulares, no planificados, con construcciones muy precarias, sin servicios públicos y que se diferencian, principalmente, por las posibilidades de urbanización. Mientras las villas van mejorando progresivamente sus viviendas e incorporando servicios y organizaciones, los asentamientos se caracterizan por su transitoriedad, se localizan bajo puentes, en plazas, a la vera del ferrocarril o en terrenos inundables (Dodamia, 2019).

En un estudio sobre la inequidad que compara comunas de la CABA, se afirma que la mayor cantidad de enfermedades y de muertes evitables se encuentra en la población de la zona sur, donde las condiciones de vida son precarias, y que estas personas dependen, principalmente, del sistema público de salud (Rossen, 2016). Las desigualdades dentro de la CABA también fueron estudiadas por Santoro (2019), quien analiza indicadores referidos a mortalidad, fecundidad y estructura demográfica. Concluye que el grado de desigualdad es alto, con una marcada segregación de la zona sur y una estructura evidentemente inequitativa. La situación desventajosa de las personas que habitan en la zona sur se evidencia por los altos niveles de mortalidad, la estructura demográfica joven, las muertes ocasionadas por enfermedades infecciosas, violencias y niveles elevados de fecundidad (Santoro, 2019). El autor afirma que el análisis evidencia el fracaso de las políticas tendientes a “eliminar las desigualdades e integrar a la zona sur al resto de la CABA” (Santoro, 2019: 100). La inversión o gasto en salud en Argentina es elevada, pero ello no ha redundado en mejoras en el acceso a la salud ni en la disminución de la desigualdad⁶.

El 29 % de los hogares percibe ingresos por trabajos pasados. Esta categoría incluye a beneficiarios de jubilaciones y pensiones (DGEYC, 2018). En 2017, la CABA registraba un 11,8 % de hogares pobres. La población en situación de pobreza es la más afectada por las precarias condiciones del transporte, ya que sus opciones de traslado se ven restringidas por motivos económicos (Alcántara Vasconcellos, 2010; Li, Raeside, Chen y McQuaid, 2012; Tisnés y Salazar Acosta, 2016; Uteng, 2009).

⁶ En comparación con otros países de la región, Argentina tiene una inversión superior en salud. Según la OMS, en América Latina y el Caribe, en 2015, se destinó el 6,9 % del PBI a salud (CEPAL, 2020), mientras que, en Argentina, se estima que, en 2017, fue del 9,4 % (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019).

Cada ciudad establece sus propias reglamentaciones para organizar y regular su conformación, su ocupación y sus usos. En la CABA, en 1977, se implementa el Código de Planeamiento Urbano, luego modificado. En ese momento, se consideraba movilidad dominante el automóvil particular (Colombo, 2017). Las políticas públicas promovían su uso con el supuesto fin de facilitar el acceso y la circulación.

Transcurridos varios años, en diciembre de 2018, la Legislatura de la CABA aprueba el nuevo Código Urbanístico. Arquitectos y urbanistas enunciaron fuertes cuestionamientos, ya que priorizaba los emprendimientos privados, no afrontaba en profundidad los temas relacionados con el espacio público, omitía contenidos referidos a la inclusión y al derecho a la ciudad, y no había sido adecuadamente debatido (Baldiviezo y Sánchez, 2018). Si bien se cumplió con la realización de audiencias públicas, su carácter no vinculante limitó la efectiva participación popular. Lefebvre (1968) afirma que la participación real y activa se denomina autogestión; de lo contrario, se trata de un simulacro de participación. Previo a su aprobación, especialistas en el tema se preguntaban si se trataba realmente de un Nuevo Código Urbanístico o si era un mero *aggiornamento* del viejo Código de Planeamiento Urbano (Consejo Profesional de Arquitectura y Urbanismo [CPAU], 2017). Las asociaciones profesionales de arquitectos, urbanistas, ingenieros y de otras disciplinas afines habían elaborado propuestas alineadas con el nuevo paradigma de desarrollo urbano sostenible, basadas en la sustentabilidad y en la integración, ya que partían de la ciudad real, heterogénea, entendiendo que es una construcción colectiva. Desde esta perspectiva, sostienen que la movilidad debe ser planificada en el contexto del desarrollo urbano, proponen establecer qué tipo de ciudad se quiere y, a partir de allí, diseñar un plan integral de movilidad (Barbero y Galeota, 2018).

En línea con este nuevo paradigma, el Plan de Género y Movilidad (2019), publicado recientemente en la CABA, plantea incorporar la categoría de género al transporte público, construir una red de servicios que brinde una movilidad segura para las mujeres, entre otros objetivos. Reconoce que las personas mayores usuarias de transporte, junto con niños, niñas y personas con habilidades diferentes, no han sido consideradas al momento de diseñar y planificar las ciudades, y de pensar la

organización de la red de transporte público (Ministerio de Desarrollo Urbano y Transporte, 2019).

El planeamiento urbano, del transporte y de la circulación se afectan mutuamente, por lo cual es recomendable su proyección de manera integrada (Vasconcellos, 2015). La estrecha relación entre el urbanismo y la movilidad es un tema instalado en las producciones especializadas. En España, también se ha señalado que el urbanismo y la movilidad son indivisibles, como “dos caras de la misma moneda” (Dombriz Lozano, 2009), y recomiendan que su planificación sea articulada, que se procure la posibilidad de circulación de todas las personas más allá de su capacidad de desplazamiento. Agregan que el diseño de todas las redes de movilidad en las ciudades debe realizarse cuando se efectúa la planificación urbanística. En la CABA, no ha sucedido de esta manera. Las políticas de transporte no han respondido a una planificación integral, no se adecuaron a las necesidades del área, y se reflexionó escasamente sobre los beneficios esperados de las acciones implementadas, sin tener en cuenta el punto de vista de la sociedad en conjunto (Barbero y Bertranou, 2019).

La Carta Mundial por el Derecho a la Ciudad (2004) es un documento que se elabora con la intención de promover que los gobiernos asuman el compromiso de protección de los derechos allí enunciados. Establece que todas las personas tienen derecho a la ciudad (sin discriminación de edad), a acceder a la salud pública y a la participación en la planificación y en la gestión urbana. Las personas mayores, junto con otros grupos en situación de vulnerabilidad, tienen derecho prioritario a servicios especiales de protección e integración; se debe garantizar el derecho a la movilidad y a la circulación en la ciudad; y los transportes tienen que ser adecuados para todas las necesidades.

Los documentos mencionados en este apartado, el Libro Blanco de la Movilidad o la Carta Mundial por el Derecho a la Ciudad, y localmente, el nuevo Plan de Género y Movilidad, aportan un marco orientador de actuación, que no siempre se traduce en acciones efectivas que mejoren la calidad de vida de las personas que habitan la ciudad; principalmente, de las de mayor edad.

La CABA ha sido considerada “no amigable” por las propias personas mayores, quienes identificaron múltiples obstáculos que fundamentan dicha calificación. Las barreras en el espacio urbano complejizan la circulación:

El entorno físico se ha creado sobre la base de un patrón que solo es adecuado para parte de la población: el adulto medio; como consecuencia de ello, las personas mayores —sobre todo aquellas afectadas por limitaciones— van enfrentando progresivamente mayores barreras físicas que dificultan su participación en dicho espacio y su acceso a los servicios urbanos (CEPAL, 2006: 159).

Consecuentemente, cabe formular nuevas preguntas. ¿Se garantiza el derecho a la movilidad de las personas mayores en la CABA? ¿En qué medida las necesidades de movilidad de las personas mayores son tenidas en cuenta en el diseño de las políticas de transporte y en la planificación urbana? Rada Schultze (2019) nos convoca a preguntarnos a qué población se dirigen las políticas públicas, cómo consideran a la población mayor y qué características le atribuyen; y sostiene que las gestiones planificadas y ejecutadas sin conocer las particularidades de sus habitantes están condenadas al fracaso.

2.2. La población adulta mayor que reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

De acuerdo con datos provenientes del último Censo Nacional de Población, realizado en 2010, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, residen 2.890.151 personas (INDEC, 2010), que la ubica dentro de las ciudades denominadas “millonarias” (Da Cunha y Vignoli, 2009). A la población residente permanente se agregan los transitorios, es decir, trabajadores, turistas y otros visitantes ocasionales. Diariamente, 3.200.000 de habitantes del conurbano bonaerense ingresan a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para trabajar, lo que incrementa considerablemente la cantidad de personas que circulan e interactúan en dicha ciudad.

Esta concentración ha derivado en múltiples problemas urbanos, como la insuficiencia de servicios públicos o la inadecuación de estos a las necesidades de la población que allí reside; entre ellos, el transporte.

Según Naciones Unidas, se considera que una población está “envejecida” cuando el grupo de personas de 65 años o más alcanza el 7 % y que está “realmente envejecida” cuando es superior a 12,5 % (Laslett, 1989). La CABA se encuentra en esta última categoría. El envejecimiento demográfico urbano ha sido considerado “un hecho sin precedentes y problemático” (Sánchez González, 2015) que dio lugar a numerosos interrogantes sobre los problemas a que se enfrentan las personas mayores en su entorno. En la CABA, el 16,4 % de los habitantes son personas mayores de 65 años, y la cantidad de población femenina supera a la masculina. El 5,1 % son mayores de 80 años (DGEYC, 2015).

La expectativa de vida expresa las desigualdades sociales. Es superior en la población con mayores ingresos y mejores condiciones de vida. En la CABA, en 2010, era de 74,1 años para los hombres y de 80,4 años para las mujeres. A modo comparativo, en la provincia de Chaco, donde se registra la expectativa de vida más baja del país, era de 69,5 años para los hombres y de 76,4 años para las mujeres en el mismo período (INDEC, 2013).

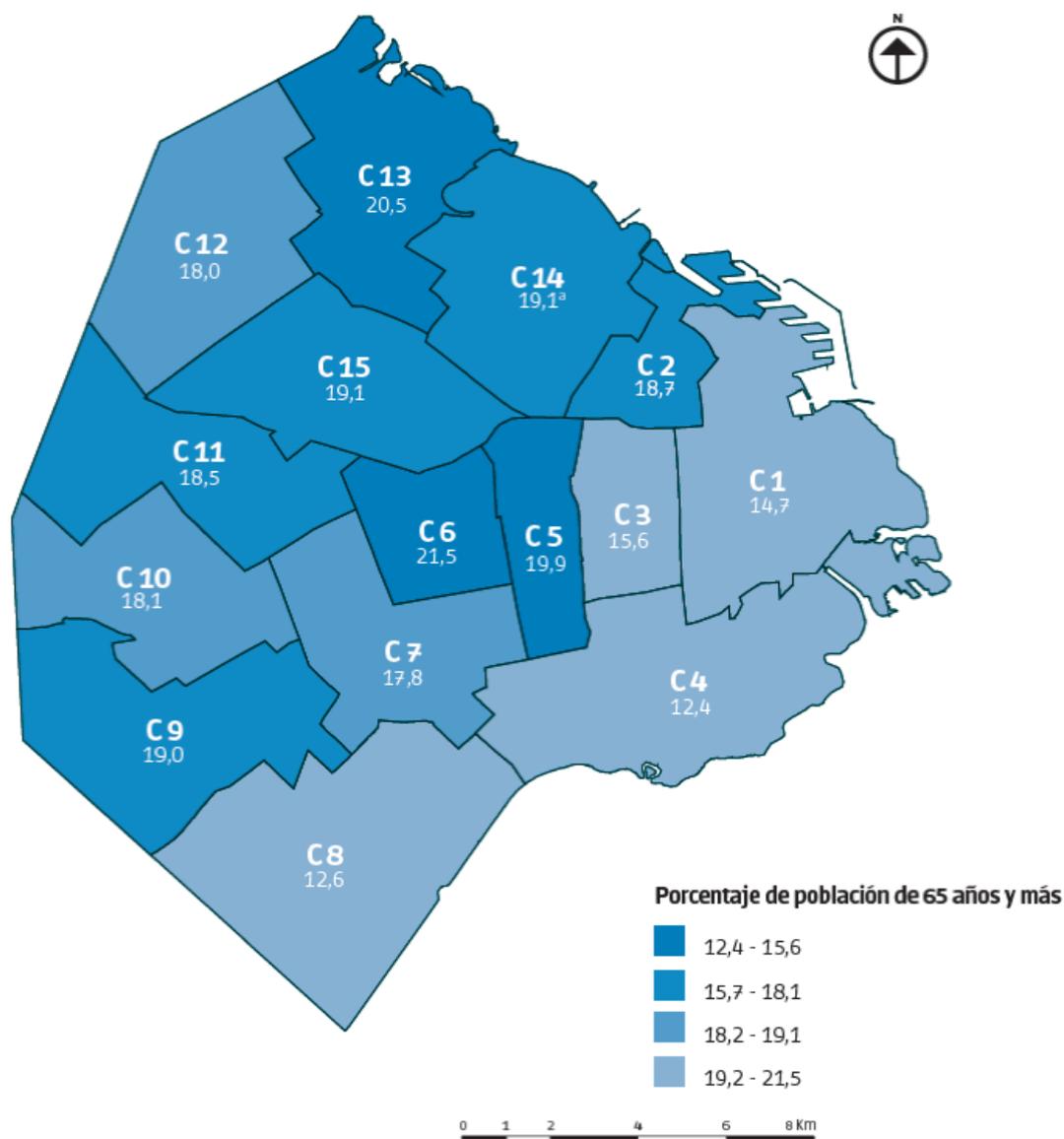
En relación con otros grupos etarios, en 2016, la población de 60 años o más que habita en la CABA era del 20,9 %, mientras que los menores de 15 años representaban el 19,2 % del total (DGEYC, 2017). Como podemos observar, se trata de una ciudad con una composición de población altamente envejecida, que supera en cantidad al grupo de niños, niñas y adolescentes.

La distribución espacial de la población mayor también presenta una clara fragmentación: se distinguen barrios con alta, media y baja presencia de habitantes adultos mayores. En Recoleta y en Belgrano, reside un alto porcentaje de personas añosas: entre el 24 % y el 25,8 %. La menor proporción de personas adultas mayores reside en los barrios de la zona sur Villa Lugano, Villa Soldati y Barracas: del 10,8 % al 14,7 % (INDEC, 2010). A partir de dichas cifras, se considera que la Ciudad de Buenos Aires tiene una población envejecida que, en su distribución socioespacial, se halla

atravesada por las desigualdades. La esperanza de vida al nacer se relaciona positivamente con el ingreso per cápita familiar. Los barrios de la zona norte, Recoleta, Nuñez, Belgrano, Colegiales y Palermo, presentan una esperanza de vida promedio mayor al de la CABA: de 78,3 años (Grushka, Baum y Sanni, 2013). La más alta se registra en Recoleta, donde la expectativa al nacer es de 81,5 años. Contar con mayores ingresos les permite a las personas acceder a mejores condiciones de vida y de salud. Entre las comunas con menores ingresos, figuran los barrios de la zona sur, La Boca, Barracas, Parque Patricios, Nueva Pompeya, Villa Riachuelo, Villa Lugano, Parque Avellaneda, Mataderos y Liniers, que, en el trienio 2007-2009, registraron una esperanza de vida al nacer estimada de 75 años (Grushka, Baum y Sanni, 2013). En todas las comunas, la perspectiva es mayor en las mujeres que en los hombres.

Al comparar los datos demográficos de los barrios de las zonas norte y sur, observamos una estrecha relación entre la disponibilidad de recursos, la elevada presencia de población mayor y la elevada expectativa de vida.

A continuación, presentamos el mapa que indica la distribución de personas mayores de 60 años por comuna, donde podemos visualizar la mayor y la menor concentración poblacional.



^a Valor de la celda con carácter indicativo (en estos grupos los coeficientes de variación están entre el 10% y 20%).
Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA, OPSIS, sobre la base de datos de EAH 2013).

Ilustración 1. Población de 60 años o más en la población total por comuna. Año 2013.
 Fuente: DGEYC.

Retomando el concepto de segregación residencial socioeconómica, podemos explicar este fenómeno, que “denota la distribución desigual en el territorio metropolitano de los grupos socioeconómicos” (Da Cunha y Vignoli, 2009: 51): son los “ganadores” y los “perdedores” del proceso de globalización. Se expresa mediante la distancia física entre los grupos o la escasez o la ausencia de interacciones entre ellos. Con relación a los recursos económicos, si casi un tercio de

los hogares percibe ingresos por trabajos pasados, y muchas de estas personas reciben los montos mínimos de jubilación o de pensión, la presencia de personas mayores en condiciones de pobreza resulta evidente.

En los últimos años, se ha producido un deterioro en la calidad de vida de las personas mayores y una pérdida de derechos, debido a la disminución del poder adquisitivo y a las políticas restrictivas en los servicios de salud y sociales (Roqué, De Marziani, Letcher y Strada, 2019). Según el informe del Centro de Economía Política Argentina (CEPA), el aumento de la jubilación mínima es muy inferior a la inflación registrada, lo que, entre otras cuestiones, les dificulta a las personas mayores la adquisición de medicamentos esenciales (Roqué *et al.*, 2019). Por otra parte, la Obra Social de Jubilados y Pensionados durante el Gobierno del presidente Macri interrumpe la entrega de múltiples medicamentos, que, hasta entonces, se hacía de manera gratuita. Al restringir su acceso, muchas personas dejaron de tomar la medicación o lo hicieron de manera esporádica, sin respetar las dosis y la frecuencia indicadas. Este estudio destaca la necesidad de utilizar taxis y remises que tienen las personas mayores con disminución en la movilidad física, y las dificultades para afrontar estos gastos de transporte con las desvalorizadas jubilaciones y pensiones que perciben (Roqué *et al.*, 2019).

Algunos autores señalan que las grandes ciudades son más atractivas para las personas jóvenes y que dichas ciudades son expulsoras de población infantil y adulta mayor (Da Cunha y Vignoli, 2009), pero, en el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el índice de residentes mayores es elevado. La migración interna es otro factor que genera efectos sobre la composición de la población. Muchas veces, las personas mayores y las próximas a retirarse de la actividad laboral emigran de estas ciudades hacia “zonas cercanas, pero más apacibles que la metrópoli” (Rodríguez Vignoli, 2012: 397), aunque aún no representan grandes modificaciones que reduzcan el porcentaje de personas mayores. Esta migración ciudad-periferia tiene la finalidad de que dichas personas accedan a mejoras en su calidad de vida.

Respecto de las condiciones habitacionales, de acuerdo con datos correspondientes a 2013, el 80 % de las personas mayores de 65 años o más que residen en la CABA cuenta con vivienda propia, son propietarias de la casa y del

terreno que habitan (DGEYC, 2015). Al ascender la edad cronológica, este porcentaje aumenta: el 83,8 % de las personas de 75 años o más son propietarias.

El 98,7 % reside en viviendas con buen acceso a servicios, como agua corriente, luz, gas, cloacas. El 0,8 % reside en viviendas precarias, villas o asentamientos (DGEYC, 2015). Según informes del Observatorio de la Deuda Social Argentina de la UCA, el déficit de acceso a infraestructura es bajo: el 1,3 % (Amadasi y Tinoboras, 2015). El estudio considera vivienda con déficit la que presenta uno o más indicadores de deficiencia, como calidad constructiva de la vivienda, hacinamiento o precariedades del servicio sanitario.

Con relación al nivel educativo, el 51,4 % de las personas de 60 años o más que residen en la CABA completaron el nivel secundario y superior; los hombres alcanzan un nivel superior al de las mujeres (DGEYC, 2015). Respecto del uso de nuevas tecnologías, a nivel nacional, el 44,5 % de las personas mayores no utiliza celular por sí sola; este hábito decrece con la edad (ENCaViAM, 2012). Las diferencias por género no resultan significativas. Los hombres mayores utilizan celular algo más que las mujeres: el 56,6 % los hombres, y el 54,6 % las mujeres. Los motivos por los cuales no lo usan las personas entrevistadas son varios: no tienen ese elemento, el 38,7%; no les interesa usarlo, el 27,7 %; su funcionamiento es complicado, 19,1 %. En menor medida, mencionan no poder manipularlo, no escuchar bien o no ver bien los números, en ese orden (INDEC, 2012). El bajo uso de tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) en las personas mayores también se puede vincular con hábitos generacionales y con la falta de recursos para acceder a este tipo de dispositivos y a los servicios de internet necesarios para su conexión.

La mayoría de los hogares porteños están conformados por menos de tres personas. Respecto de la jefatura de hogar, durante el envejecimiento, se revierte la tendencia de jefatura masculina registrada en edades menores: "... las adultas mayores representan el 40 % del total de jefas, en tanto, entre los jefes, los de 60 años y más constituyen un porcentaje menor (el 30 %)" (DGEYC, 2017: 12). Estas familias pueden atravesar momentos críticos ante la necesidad de cuidados de alguno de sus miembros. Al estar conformada por pocos integrantes, la red de apoyo

puede ser insuficiente y presentar dificultades para garantizar el acompañamiento requerido.

Otro dato relevante es el aumento de la cantidad de personas mayores que viven solas en la CABA desde 1980 hasta 2010. Según un estudio sobre residentes en esta condición que habitan en la Ciudad Autónoma, el grupo poblacional que registra la variación porcentual más elevada es el de las personas mayores; en especial, el grupo de 80 años o más (DGEYC, 2012). En cuanto a las diferencias por género, en 2010, el 48,7 % de las mujeres de 80 años o más vivían solas, mientras que el 24,6 % de los hombres de la misma edad mantenía esa situación (DGEYC, 2012). El incremento progresivo de personas mayores sin convivientes las expone a mayores riesgos, ya que, en situaciones de emergencia, no cuentan con apoyos de proximidad y deben resolver este tipo de situaciones y otras necesidades de la vida cotidiana en soledad.

De continuar esta tendencia, el estudio recomienda tener en cuenta, en especial, al grupo más vulnerable (las personas mayores de 80 o más que viven solas) en el diseño de políticas y programas (DGEYC, 2012). Según la literatura geriátrica, el deterioro cognitivo, la presencia de enfermedades crónicas y la pluripatología aumentan con la edad (Roqué y Fassio, 2016), por lo cual estas personas necesitarán mayor apoyo en las actividades de la vida diaria y, al vivir solas, requerirán de ayudas externas. En la CABA, es elevada la presencia de enfermedades de larga duración en las personas mayores: el 78,6 % tiene algún tipo de enfermedad crónica y, por lo tanto, requiere mayores cuidados y controles (DGEYC, 2015). Del mismo modo, cabe considerar la posible irrupción de enfermedades transmisibles que incrementan la necesidad de protección, como en el advenimiento de epidemias.

Utilizar medios de transporte es una de las actividades instrumentales de la vida diaria, puesto que permite mantener la autonomía e interactuar con otras personas (Roqué y Fassio, 2016). Las posibilidades de traslado reales pueden ser determinantes del acceso a la atención en los servicios de salud y, por lo tanto, garantes de este derecho. Las personas con alta dependencia necesitan medios de transporte

adecuados a sus necesidades y apoyo en los trayectos que, muchas veces, la familia no puede brindar. El grado de dependencia de las personas mayores puede ser leve, moderado o severo. Se valora a partir de la posibilidad que tiene cada persona de desempeñar en forma autónoma las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria⁷ (Roqué y Fassio, 2016). Las personas mayores en condición de fragilidad precisan el apoyo de la familia o de personas cuidadoras para su movilidad; por lo tanto, la existencia de redes informales se torna fundamental para asegurar los traslados. La inclusión de las mujeres en el mercado laboral, los cambios en las familias y otros factores han dado lugar a la modificación en los apoyos de este tipo de red, acotándolo. De esta manera, “el rol de las familias como fuente de apoyo está cada vez más debilitado” (Roqué y Fassio, 2016: 199), y es necesaria la consideración del derecho al cuidado como un derecho ciudadano que debería garantizar el Estado.

En los últimos años, se ha producido un incremento de las personas con enfermedades crónicas, lo que aumenta el grado de dependencia y genera nuevas y diversas necesidades. Los cambios en los patrones de enfermedad y de muerte, el pasaje de una mortalidad infantil elevada y de muerte por infecciones a la prevalencia de enfermedades crónicas se denomina transición epidemiológica. Esta se produce por la interrelación de distintos factores; entre ellos, el avance de la medicina, que permitió el control de enfermedades antes mortales. Se vive más y, muchas veces, con enfermedades crónicas, situación que impulsa una mayor demanda de tratamientos y de servicios de atención de la salud, y genera nuevas necesidades de movilidad (DGEYC, 2015). El discurso del envejecimiento activo de la OMS apunta a que las propias personas mayores gestionen los riesgos derivados de las enfermedades no transmisibles a partir de la adopción de hábitos saludables; por lo tanto, el mejoramiento de la calidad de vida pasa a depender del individuo (Rodríguez Zoya, 2018). En nuestra opinión, el paradigma minimiza la

⁷ Las actividades básicas son las correspondientes al autocuidado, como alimentarse, vestirse, utilizar el baño. Las instrumentales permiten mantener la autonomía e interactuar. Dentro de esta categoría, se encuentran la utilización de dinero y del teléfono, realizar compras, cuidar su ropa, usar medios de transporte. Las actividades avanzadas de la vida diaria incluyen la participación en actividades y la realización de viajes (Rubin, 2016).

responsabilidad del Estado como gestor de los asuntos concernientes a la salud de la población, imposible de eludir desde las políticas públicas.

Las políticas de ajuste implementadas en Argentina desde 2016 han generado un empeoramiento en las condiciones de vida de las personas mayores. En 2017, se elimina el sistema de movilidad semestral automática en las jubilaciones, se implementa una variación trimestral y se crea la Pensión Universal para el Adulto Mayor (PUAM), basada en una lógica asistencial que, posiblemente, amplíe las desigualdades dentro del sistema (Trujillo Salazar, 2018).

Según la Defensoría del Pueblo, la canasta básica requerida por un jubilado para cubrir sus necesidades en octubre de 2019 supera los \$ 35.000. La medición de la canasta básica de los jubilados incluye distintos rubros, como vivienda, alimentos, servicios, medicación y productos de farmacia, higiene y limpieza, transporte, vestimenta y recreación. Las personas mayores destinan la mayor parte de sus ingresos a gastos de alimentación, vivienda y medicamentos. El transporte corresponde al 5 % de sus desembolsos. El monto de la jubilación mínima del mismo período no alcanza a cubrir el 30 % de la canasta básica de las personas jubiladas. Si se relaciona el costo de la canasta básica con la cantidad de personas mayores que perciben la jubilación mínima, de acuerdo al informe del CEPA, el 60 % de los jubilados son pobres (Roqué *et al.*, 2019).

La Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA) relaciona la valoración funcional de las personas mayores con las condiciones económicas. La evaluación de la capacidad para realizar las actividades básicas, avanzadas e instrumentales permite determinar el nivel de funcionalidad de la persona. Según la EDSA, las personas que presentan dificultades para realizar las actividades de la vida diaria atraviesan un deterioro económico mayor que las que tienen la capacidad de realizarlas con autonomía. El estudio señala las estrategias que implementan las personas mayores para afrontar esta situación: el 32 % pidió dinero prestado a una financiera, familiar o amigo; el 27 % dejó de pagar algún impuesto o tasa municipal; y el 21 % no abonó algún servicio público (Amadasi, Tinoboras y Cicciari, 2018).

Como hemos mostrado, la CABA es una ciudad altamente envejecida, caracterizada por la desigualdad económica y la segregación socioespacial. Identificamos barrios privilegiados, con mayor expectativa de vida, mejores condiciones de habitabilidad y de salud. Contrariamente, en otros sectores, los servicios públicos son insuficientes, y esto, generalmente, coincide con los barrios de menor densidad de personas mayores: los ubicados en la zona sur. Por otro lado, en las familias, se ha reducido la cantidad de integrantes y aumenta la cantidad de personas mayores que viven solas. Muchas de ellas no cuentan con los ingresos suficientes para garantizar la cobertura de sus necesidades básicas. Estas desigualdades persisten desde hace largo tiempo, y las políticas públicas implementadas en los últimos años, lejos de achicar la brecha, tienden a perpetuar las desigualdades. Teniendo en cuenta este escenario, nos preguntamos en qué medida las inequidades señaladas inciden en las posibilidades de movilidad y transporte de las personas mayores, y en el consecuente acceso al derecho a la salud.

2.3. El sistema de salud y los servicios de atención médica

Las personas mayores son uno de los principales grupos etarios usuarios de los servicios de salud, que se organizan de acuerdo a determinados programas de políticas públicas sanitarias.

El sistema de salud argentino es complejo y fragmentado. Está compuesto por tres subsistemas: el público (hospitales, centros de salud), de dependencia nacional, provincial o municipal, el privado (medicina prepaga) y las obras sociales. Estas últimas comprenden obras sociales nacionales y provinciales para trabajadores y la Obra Social para Jubilados y Pensionados (PAMI).

Las personas mayores pueden acceder al subsistema público de manera gratuita aunque residan fuera de su área programática. Si tienen otro tipo de cobertura, de acuerdo con lo establecido por la Ley N.º 5.622/16, la prestación se factura a cada efector. Este subsistema está compuesto por varias organizaciones: hospitales, centros de salud, centros médicos ambulatorios barriales, centros

odontológicos, centros de salud mental, atención en emergencias y en urgencias. A pesar de ser universal, al subsector público acuden, principalmente, personas que tienen como única opción este tipo de efector, puesto que no cuentan con otra cobertura. Las principales usuarias son las personas de ingresos más bajos, sin capacidad de pago de servicios privados ni acceso a obras sociales (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017). En la CABA, las especialidades más consultadas por las personas mayores de 65 años en los servicios públicos son Enfermería, Clínica Médica, Cardiología, Medicina Familiar y Traumatología (Baum, 2019).

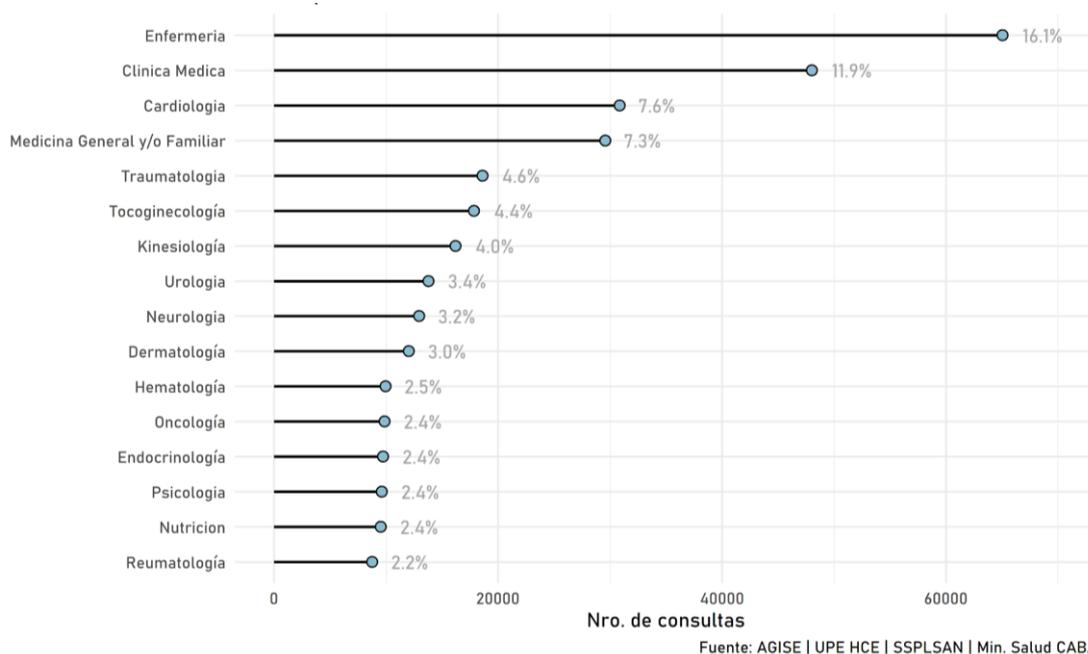


Ilustración 2. Especialidades más consultadas por personas de 65 años o más en servicios públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fuente: Baum (2019).

Algunas personas que utilizan el subsistema público acuden a más de un servicio de la red de salud, que corresponden a distintos niveles de atención. Como necesitan realizar viajes adicionales, utilizan mayor tiempo en el traslado e invierten más recursos. A continuación, se pueden observar las trayectorias de las personas usuarias entre los distintos niveles, el hospital general, el de alta complejidad, los centros de especialidades médicas y los centros de salud comunitarios; se visualizan

trayectos que atraviesan distintos barrios. Cabe interrogarnos sobre las posibles motivaciones de los desplazamientos: si se vinculan a la insatisfacción respecto de la atención recibida en los primeros servicios a que asisten, si lo hacen por falta de insumos, si responden a la necesidad de acudir a los de cercanía para controles u otros causas.

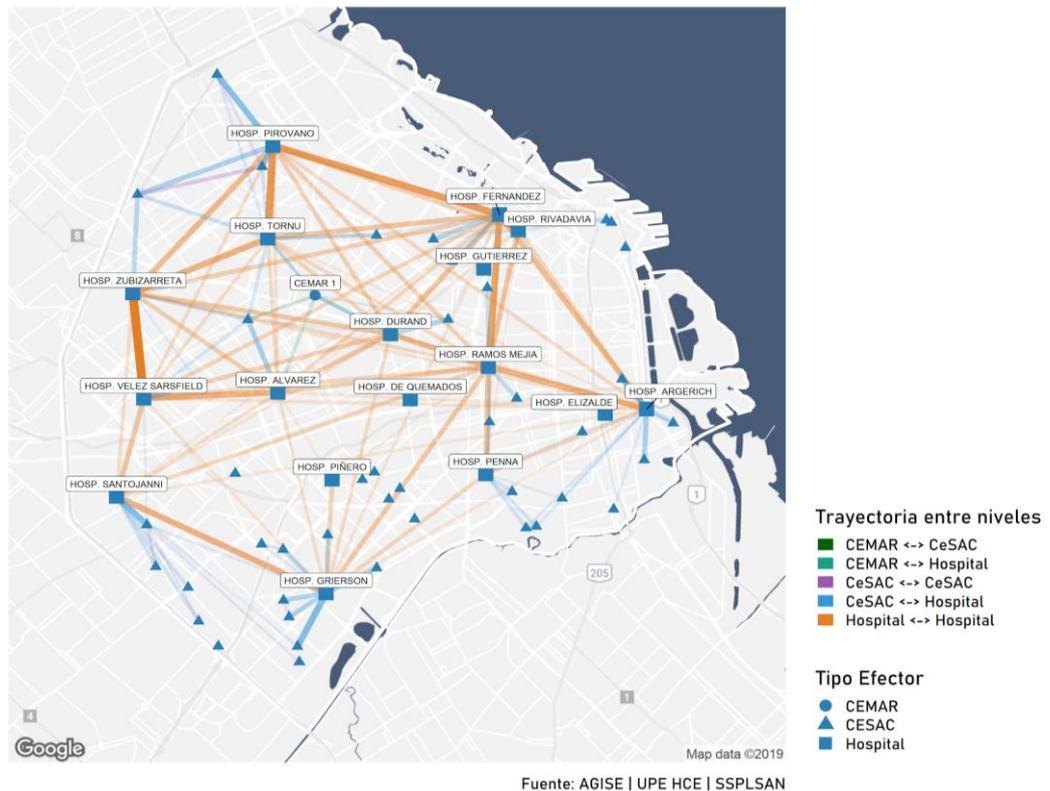


Ilustración 3. Trayectorias de pacientes de 65 años o más representadas por niveles de atención. Fuente: Baum (2019).

El escenario actual del subsistema público se caracteriza por una población usuaria envejecida con aumento de enfermedades crónicas, atención episódica de condiciones agudas, limitada articulación de servicios y uso ineficiente de recursos (Baum, 2019).

En el caso particular de las personas mayores, también el perfil de usuarias del servicio público se ha ido modificando. Según los datos recopilados por la EDSA y el análisis de las características de las personas mayores que asisten al hospital público, el 47,3 % son varones. El aumento de los hombres de entre 60 y 64 años como usuarios del hospital público se explica porque no cuentan con la cobertura de

PAMI, dado que no han llegado aún a la edad establecida para la jubilación (Amadasi y Tinoboras, 2017). Según la EDSA, las personas mayores que acuden a dichos servicios tienen ingresos más bajos, han tenido escasas oportunidades de formarse y se ven privadas de servicios e infraestructura urbana. Por otra parte, las personas con cobertura de PAMI y otras obras sociales también utilizan el servicio público.

El subsistema privado, de afiliación voluntaria, está conformado por establecimientos particulares, prestadores independientes y empresas de medicina prepaga. Su elevado costo genera un acceso restrictivo, solo para las personas de mayores ingresos. Las prestaciones que ofrecen, en general, superan las obligatorias, establecidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO). Se halló una relación entre el nivel educativo de las personas mayores y el uso de servicios de salud por tipo de dependencia. Las que cuentan con un nivel educativo elevado acuden para su atención preferentemente a servicios de obras sociales, prepagas o consultas privadas (Amadasi y Tinoboras, 2015). En la CABA, de acuerdo con registros de 2016, el 13,7 % de las personas de 65 años o más cuentan solo con la cobertura de medicina prepaga (DGEYC, 2016). Según la ENES, la CABA se destaca por el elevado porcentaje de cobertura privada en relación con otras regiones del país: el 18,4 % de las personas mayores refiere utilizar este tipo de servicio (Oddone, 2018). La Superintendencia de Servicios de Salud informa que, en la CABA, 529.098 personas de 60 años o más pertenecen a entidades de medicina prepaga, más mujeres que hombres (Superintendencia de Servicios de Salud, 2020).

El PAMI es una institución creada a principios de los años setenta mediante la Ley N.º 19.032/71 con la finalidad de brindar atención tanto médica como social a las personas adultas mayores. Dicha Ley establece que el directorio encargado de su gestión debe estar integrado por representantes del Estado y por personas jubiladas, lo que, en la actualidad, no se cumple. Desde hace varios años, se halla a cargo de la gestión de interventores. Estas restricciones en la inclusión de personas mayores impuestas por sucesivas gestiones de gobiernos pueden incidir en los bajos niveles de participación de las personas mayores en cuestiones que las afectan, tema sobre el que profundizaremos en capítulos siguientes. Las personas mayores que perciben algún tipo de jubilación o de pensión, y sus familiares a cargo cuentan con la

cobertura de PAMI. Esta se brinda a través de efectores propios, pero también mediante servicios privados contratados o a través del subsistema público. Es una de las obras sociales con mayor cantidad de personas afiliadas: 4.947.762 en todo el país; del total, el 63,35 % son mujeres y el 36,65 % son hombres (PAMI, 2018). En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en 2017, se registraban 356.178 personas afiliadas (DGEYC, 2017). Respecto de la composición de personas afiliadas del PAMI que, efectivamente, lo utilizan, la mayoría tiene entre 60 y 74 años; el 78,2 % no finalizó el nivel educativo secundario; y el 59,8 % de las consultas fueron realizadas por personas del estrato económico más bajo (Amadasi y Tinoboras, 2015).

La población afiliada a PAMI presenta una amplia heterogeneidad, presenta distintos tipos de necesidades no solo referidas a la salud, sino también sociales, diversidad propia de este grupo poblacional. Por el contrario, a partir de 2015, en la obra social se implementaron distintas políticas de ajuste, como la reducción en las prestaciones sociales, la restricción en el acceso a la medicación sin costo, los subsidios para alquiler de vivienda o para cuidadores domiciliarios. Se trata de un problema de larga data que ahora se ha agudizado; y que varias autoras analizaron, cuando problematizan sobre los límites de la institución y el acotado alcance de sus programas. Wittenkamp (2009) cuestiona las acciones que priorizan la intervención sobre el riesgo específicamente médico en personas con enfermedad crónica y terminal, y la vacancia de acciones que apuntan a los elementos socioestructurales del problema y que atienden a las aristas psicológicas. También señalaron los hechos que originaron la crisis institucional, como la corrupción y los favoritismos políticos, que obstaculizan el logro de su función esencial, la atención de la salud de las personas afiliadas y la mejora en la calidad de sus prestaciones (Pinilla, 2004). El avance de las enfermedades crónicas y la agudización de los problemas socioeconómicos no son abordados de manera eficiente por la obra social, lo que profundiza el deterioro de las condiciones de vida de las personas mayores.

En pocas palabras, el sistema de salud es heterogéneo y desarticulado, no logra dar respuestas adecuadas a las necesidades reales de las personas mayores. Si bien se basa en el derecho universal a la salud, existen brechas en el acceso y en la cobertura efectiva. Cabe reiterar que Argentina es uno de los países de la región con

mayor gasto en salud, pero no, por eso, con menores problemas, dada la persistente inequidad e ineficiencia evidenciada (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2019).

En la CABA, coexisten los tres subsistemas, segmentados por ingreso económico o por situación laboral: las obras sociales, para las personas con empleo formal; el servicio público, para las personas de menores ingresos; y las prepagas, para las de mayores recursos (Organización Panamericana de la Salud, 2017). Estos servicios presentan limitada articulación en su funcionamiento y gestionan la información de manera autónoma, lo que profundiza la fragmentación. En el caso del servicio público, con el fin de promover una mayor conexión e integración en los distintos niveles, se encuentra en proceso de implementación la historia clínica electrónica, denominada “historia de salud integral”. Tiene el propósito de unificar el registro, para que pueda ser compartido y consultado en los distintos servicios. Esto permite conocer los antecedentes y los tratamientos anteriores de las personas que acuden. Los prestadores de PAMI no pueden acceder a dicha información, ya que solo se habilita para profesionales que se desempeñan en dependencias del Ministerio de Salud de la CABA. La escasa vinculación y el alto nivel de segmentación produce un desajuste entre el diseño de los servicios de salud y las necesidades de la población (OPS, 2017). Si bien el porcentaje de personas mayores con cobertura de obra social ha ido aumentando en los últimos años, la mejora en la calidad de vida no ha sido alcanzada, dado que persisten las desigualdades socioeconómicas. En los informes del Barómetro de la Deuda Social Argentina del Bicentenario (2011- 2018), se analizó la desigualdad social y su relación con el nivel socioeconómico donde refieren que “... se presentan estados de salud y enfermedad diferentes para cada estrato social y un sistema por completo fragmentado e inconexo que atiende a subpoblaciones heterogéneas” (Salvia, 2019: 3).

A partir de 2003 y a nivel nacional, se ponen en marcha de manera progresiva una serie de medidas de restitución de derechos. En el caso de las personas mayores, se implementa la movilidad jubilatoria, que habilita aumentos automáticos semestrales, y se posibilita el acceso a la jubilación de personas que no reunían la totalidad de los requisitos establecidos por el sistema anterior. Esto permitió que las

personas que habían quedado fuera del sistema previsional y las mujeres mayores de 60 años, amas de casa o trabajadoras sin aportes formales, pudieran acceder a un haber y a una cobertura médico-social. En 2008, se elimina el sistema de capitalización individual y se pone en marcha un sistema de reparto bajo gestión del Estado. De esta manera, el porcentaje de personas mayores con cobertura logra superar el 90 % en 2014. En el caso de las mujeres, históricamente relegadas a las tareas reproductivas y no remuneradas del hogar, excluidas del sistema previsional formal, se produce un aumento mayor que en los hombres, y ello redundó en una disminución en la brecha de desigualdad por sexo en los niveles de cobertura (Trujillo Salazar, 2018). Por consiguiente, podemos caracterizar a esta etapa como un momento de recuperación de derechos en materia previsional.

La contrarreforma previsional implementada entre 2004 y 2008 (Danani y Beccaria, 2011) posibilitó el acceso al beneficio de una jubilación o de una pensión a una mayor cantidad de personas y también contribuyó al incremento del nivel de cobertura médico-social. En 2015, el 64,1 % de las personas mayores de 65 años habitantes en la CABA estaban afiliadas a una obra social; el 8,7 %, a una prepaga; y el 2,2 % utilizaba el subsistema público. Las restantes contaban con la cobertura de mutual o prepaga vía obra social, u otros sistemas (DGEYC, 2015).

En 2017 y en 2018, se ejecuta la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA-Agenda para la Equidad), que se aplica a población del AMBA de 18 años o más. Uno de los indicadores que analiza es el tipo de cobertura médica de la población mayor residente en el AMBA, donde se mantiene la tendencia descrita en el párrafo anterior. El 55,6 % de las personas encuestadas de 75 años o más cuenta con la cobertura de PAMI, seguida de obras sociales y mutuales, y prepagas. Es muy reducida la cantidad de personas que utilizan la cobertura pública: el 0,3 % (Salvia, 2019). El nivel de personas mayores con algún tipo de protección de salud es alto, lo que no asegura la calidad de los servicios que se brindan ni el efectivo acceso a estos. El aumento de las enfermedades crónicas en la población mayor impulsa la necesidad de un mayor uso de los servicios y, por lo tanto, impacta en el aumento de los requerimientos de movilidad. Teniendo en cuenta la diversidad en los servicios, las personas mayores tienen la posibilidad de realizar múltiples trayectorias en busca de

prestaciones que consideren necesarias para el mejoramiento de su salud. Por este motivo, estimamos relevante considerar los aspectos subjetivos de las personas mayores sobre la propia salud y su percepción sobre la calidad de los distintos servicios.

La EDSA estudió el estado de salud autopercebido, es decir, la medida subjetiva de la percepción de las personas acerca de su estado general de salud. El 23,9 % de las personas mayores consultadas refiere tener “bastantes problemas de salud o padecer alguna enfermedad crónica o grave”. Las mujeres consultadas perciben mayor déficit que los varones. El 18,2 % de las personas que refieren tener “bastantes problemas de salud” reside en la CABA. En el conurbano bonaerense, la cifra aumenta: el 45,1 % considera tener muchos o bastantes problemas de salud. En dicho estudio, se relacionan estos datos con el tipo de cobertura. Las personas que acuden al subsistema público o utilizan PAMI presentan una propensión a autopercebir negativamente su salud respecto de quienes tienen obra social o servicio de prepaga (Amadasi y Tinoboras, 2017).

Las valoraciones sobre la calidad de los servicios de salud son diferenciales territorialmente. De las personas mayores consultadas en el marco de la EDSA Agenda para la Equidad (2017-2025) Observatorio de la Deuda Social Argentina (UCA) que evalúan negativamente la atención recibida en salud, el 60,7 % reside en el conurbano bonaerense. En la CABA, solo el 5,6 % la considera mala o regular. Entre quienes no realizaron, al menos, una consulta médica de control, prevención o tratamiento en el último año, el 54,9 % reside en el conurbano bonaerense; y el 10,1 %, en la CABA (Amadasi y Tinoboras, 2017).

Con relación al lugar de atención, las personas mayores de 75 años son el grupo poblacional que más se atiende en centros de salud ubicados en la CABA. El 45,5 % de las personas encuestadas de esa edad residentes en el AMBA reporta haber asistido a la Ciudad Autónoma para su atención. Las personas que viven en condiciones de pobreza acuden a servicios ubicados en el conurbano bonaerense, y las que más utilizan servicios ubicados en la CABA pertenecen al estrato medio (Salvia, 2019). Este informe analizó el déficit en el acceso a la atención médica u odontológica. En la CABA, es el más bajo de la región analizada: el 11,6 %;

significativamente distante de la mayor medición: el 29,8 %, en el conurbano oeste. El 41,4 % de las personas mayores de 75 años refiere haber esperado más de un mes para la atención médica con turno; en el caso de las personas de entre 60 y 74 años de edad, el 47,8 % refiere haber aguardado el mismo tiempo para ser atendido (Salvia, 2019).

Tanto en los servicios públicos como en el caso de PAMI, la EDSA arroja que quienes residen en el conurbano bonaerense presentan mayor probabilidad de insatisfacción respecto de sus necesidades de salud que las personas mayores que residen en la CABA (Amadasi y Tinoboras, 2017), lo que puede conducir a la búsqueda de servicios distantes del domicilio.

Como hemos analizado, la múltiple oferta de servicios de salud en la CABA no garantiza por sí misma el acceso. La fragmentación y la desarticulación que los caracteriza dificultan que el derecho a la salud sea preservado. Los aspectos subjetivos intervienen en las personas mayores al momento de decidir a qué servicios acudir e incide en su valoración. La autopercepción negativa sobre la salud de las personas que habitan en el conurbano y la depreciación que asignan a los servicios periféricos pueden generar nuevas movi­lidades para el autocuidado que procuren la adecuada atención de los problemas que refieren padecer. Las enfermedades crónicas no transmisibles son uno de los principales motivos de consulta, aunque cabe considerar la posición desventajosa de las personas mayores de 65 años frente a la irrupción de enfermedades transmisibles. Ellas son consideradas grupo de riesgo, en especial, las que residen en instituciones, ya que, al habitar en lugares cerrados, aumentan las posibilidades de contraer este tipo de enfermedades cuyo contagio se produce por contacto estrecho.

2.4. Las políticas de transporte en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

El sistema de transporte de la CABA está compuesto por distintos servicios, públicos y privados, y los hábitos de uso de la población han ido variando

temporalmente. Dada la afluencia diaria de habitantes del conurbano bonaerense por la concentración de actividades en el centro de la Ciudad Autónoma, el transporte debe ser analizado en el marco del AMBA.

Entre 2002 y 2015, en el período de la posconvertibilidad, el sector del transporte se caracterizó por altos niveles de inversión con escasos resultados positivos, ausencia de procesos sistemáticos de planificación, decisiones cortoplacistas, debilitación institucional del Estado con frágil acatamiento de la regulación, lo que generó la progresiva degradación de los servicios y la infraestructura (Barbero y Bertranou, 2019).

El sistema de transporte se rige por la normativa de múltiples jurisdicciones: la nacional, la provincial y la local. Algunos modos atraviesan diferentes puntos de la RMBA que tienen distinta reglamentación. Varios autores sostienen que la desigual competencia y la falta de integración limitan su accionar y generan desventajas para las personas usuarias (Cavalli, 2018; Barbero y Galeota, 2018; Rascovan, 2017). Teniendo en cuenta que, desde 2015, coincide la línea política en las tres jurisdicciones, podría pensarse que la coordinación se vería facilitada. En 2014, se crea la Agencia de Transporte Metropolitano (ATM), integrada por representantes del Gobierno nacional, del provincial y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con la intención de trabajar coordinadamente en políticas de movilidad para que las personas viajen mejor y con más seguridad. Dicho organismo elabora en 2018 el Plan Director de Transporte que apunta a identificar acciones y proyectos para mejorar el transporte en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Agencia de Transporte Metropolitano, 2018). El documento enumera las problemáticas históricas del transporte en este contexto y establece un listado preliminar de proyectos, que se encuentran en proceso de desarrollo.

Otra de las propuestas para resolver estos problemas es la creación de un plan maestro nacional, idea aún no implementada. También se consideró la necesidad de tener en cuenta la perspectiva de las personas usuarias en el diseño de políticas de transporte y la creación de una defensoría del pasajero que facilite la comunicación (Rodríguez Tornquist y Vazano, 2019). Hasta el momento, no se han observado cambios que representen una mejora significativa en las condiciones de

los viajes y brinden soluciones que permitan un acceso equitativo a la movilidad (Tavella y Oniszczyk, 2015). Cabe señalar que, en los últimos años, se han generado nuevas políticas urbanas y de transporte en la CABA, conformadas por una secuencia de programas que dieron lugar a modificaciones.

En un intento de reordenamiento del servicio de transporte, a partir de 2010, se comienza a implementar una serie de acciones para afrontar los problemas del transporte desde una perspectiva de planeamiento urbano basada en la idea de modernización y con una visión gerencial. Desde entonces, el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ha dado prioridad a las políticas de transporte e incrementa considerablemente el presupuesto destinado a esta área (Tavella y Oniszczyk, 2015).

La reforma iniciada en 2010 comprendió el diseño y la implementación de un conjunto de hechos concretos que continúan en ejecución, como la construcción del metrobús y las bisisendas, la implementación del servicio de bicicletas públicas gratuitas en zonas céntricas, la restricción espacial mediante el cierre de áreas de intenso tránsito en determinados horarios los días hábiles, que son los de mayor circulación. Estas medidas intentan agilizar los desplazamientos y restringir el uso del automóvil particular. Ahora bien, ¿cuál es el impacto de estas reformas en la movilidad de las personas mayores? ¿Las nuevas medidas han favorecido su movilidad? Respecto del metrobús, presenta la ventaja de organizar el tránsito por vías separadas de transporte público y vehículos privados, y así lograr mayor velocidad y menor congestión. Su desventaja principal es la eliminación de paradas de cercanía, valoradas por las personas mayores con limitaciones para trasladarse. A partir de la instalación del metrobús, tienen que caminar varias cuadras desde su domicilio hasta el corredor para tomar el colectivo. Con relación a las bisisendas, no aportan mejoras respecto de la movilidad de las personas mayores, ya que no constituyen un medio de uso habitual. Para desalentar el uso del automóvil, es necesario contar con servicios de transporte público de calidad y accesibles a toda la población, aún no garantizados en la CABA. En pocas palabras, a pesar de los cambios acontecidos, los ciudadanos y las ciudadanas, principalmente las de mayor edad,

encuentran cotidianamente importantes obstáculos en la movilidad (Tavella y Oniszczyk, 2015).

En la gestión 2015-2019, las políticas en materia de transporte aparecen alineadas a las propuestas de la agenda neoliberal, la transferencia de servicios públicos al sector privado lucrativo, la gestión basada en la eficiencia y la focalización, como el caso de las tarifas diferenciales para la población más vulnerable (Ferreira Santos Farah, 2001). La planificación también tuvo en cuenta la sustentabilidad y el cuidado del medio ambiente, como hemos mencionado, mediante la promoción del uso de bicicletas, pero no ha considerado la forma en que las personas habitan la ciudad, sus experiencias y sus necesidades reales.

La oferta de servicios de transporte en la CABA es heterogénea, ya que, para desplazarse por la ciudad, existe transporte público y privado, de tipo individual y colectivo, no motorizado y motorizado. Este sistema complejo se halla integrado no solo por el subsistema público y el privado, sino también por los servicios informales, como remises, combis y buses, cuya magnitud se desconoce debido a su naturaleza clandestina (Brennan, 2019). Respecto de los patrones de movilidad de la población, si se analiza la distribución modal de viajes, se observa que los de mayor uso en 2014 son el automóvil particular y los colectivos; en menor medida, se realizan desplazamientos en taxis, trenes, subterráneos y otros tipos (Brennan, 2019). Retrospectivamente, en el AMBA, en los últimos 30 años, disminuyó el uso de colectivos y aumentó el modo de traslado en automóvil particular.

Generalmente, diversos modos de transporte se denominan “transporte público”, pero, en muchos casos, se trata de servicios tercerizados a través de acuerdos con empresas privadas. Los arreglos institucionales constituyen formas de relación mediante pactos o acuerdos entre entes públicos o privados para el logro de un determinado fin u objetivo. Dichos acuerdos contemplan, entre otras condiciones, las transferencias de subsidios del Estado a las empresas privadas, como en el caso de colectivos y trenes. Estos arreglos institucionales han promovido una mejor asignación de recursos, pero no dan cuenta de una solución efectiva a los problemas en el uso del transporte de las personas mayores. Persiste la oferta de colectivos no

accesibles, continúan las deficiencias en los dispositivos de ingreso al servicio de subte y las tarifas elevadas de los servicios protegidos.

En la CABA, las personas mayores pueden optar por diversas formas para trasladarse a los servicios de salud: la red de colectivos (público colectivo motorizado), el taxi (privado individual motorizado), el subterráneo (público colectivo motorizado), el vehículo particular (privado individual motorizado), entre otros. La elección de uno u otro tipo de transporte dependerá de múltiples factores: la accesibilidad física y económica, la mayor o la menor situación de dependencia de la persona mayor, la existencia de redes de apoyo y los hábitos culturales de uso. También se ha señalado que se elige teniendo en cuenta el que mejor se adapte a los deseos y a las oportunidades. Estas responden al conjunto de modos de transporte alternativo que se consideran luego de analizar las restricciones de cada uno (Regoli Roa, Bobbio y Brondino, 2013).

El Código de Tránsito y Transporte de la CABA (Ley N.º 2.148/2006) enuncia las normas de tránsito vehicular y peatonal, y, ante su incumplimiento, se establecen distintos tipos de sanciones. Expresa que las personas usuarias tienen la obligación de ceder el asiento a las personas mayores, que el chofer tiene prohibido realizar frenadas o aceleraciones bruscas, y debe acercar el colectivo lo más posible al cordón de la vereda para el ascenso y el descenso de pasajeros. En los colectivos, las personas mayores o con discapacidad, y las mujeres embarazadas pueden utilizar los dos asientos delanteros reservados, que, en horarios de alta demanda, resultan insuficientes. En días de lluvia y de noche, de las 22 a las 6, el chofer tiene la obligación de detenerse en la esquina que se le indique. Las personas con discapacidad o que utilicen ayudas técnicas tienen derecho a viajar con silla de ruedas, andador, trípode o bastón. Respecto de las unidades, a mediados de los años noventa, se reglamenta la progresiva renovación de las flotas de las empresas de transporte colectivo terrestre. Se indicó que los nuevos vehículos debían contar con piso bajo y espacios para sillas de ruedas, pero la meta de alcanzar la totalidad de los servicios aún no ha sido lograda (Rodríguez Tornquist y Vazano, 2019). A modo compensatorio, el Estado conminó a las empresas a brindar información a las personas usuarias sobre los horarios y las frecuencias de las unidades accesibles.

Respecto de los choferes, tratar con respeto y consideración a las personas usuarias, y adoptar una postura amable y cordial son recomendaciones incluidas en el Manual de Buenas Prácticas en el transporte de pasajeros (Comisión Nacional de Regulación del Transporte, 2016). En el subte, los demás pasajeros tienen la obligación de cederles a las personas mayores los asientos ubicados cerca de las puertas. En la cartelería de varios vagones, se indica esta prioridad.

En cuanto al costo del transporte público, existen tarifas preferenciales para personas mayores en determinados tipos de transportes, como los colectivos y el subte. Los colectivos tienen descuentos en el precio del boleto, y los subtes ofrecen viajes gratuitos en horarios pautados y para personas que reúnen determinados requisitos. En la CABA, el sistema de descuentos en tarifas no es unificado, sino que presenta múltiples modalidades y distintos procedimientos, lo que complejiza su acceso.

El Sistema Único de Boleto Electrónico (SUBE) es una herramienta que se implementa en 2009, y se generaliza en 2015, como único medio de pago del transporte público. Su creación responde a varios objetivos: evitar el uso de monedas, segmentar tarifas, subsidiar la demanda y generar información confiable (Brennan, 2019). Mediante una tarjeta se abonan los pasajes de tren, colectivo, subterráneo y metrobús; se adquiere en Puntos SUBE y en comercios habilitados, donde se puede precargar saldo. También permite viajar con saldo insuficiente y realizar una carga posterior. Las personas jubiladas y pensionadas, quienes perciben pensiones no contributivas y pensión universal para el adulto mayor, pueden acceder a un descuento del 55 % de las tarifas para viajar en tren y en colectivo. Para eso, deben registrar su tarjeta a través del sitio web y luego activar el servicio en las terminales automáticas. Este programa se denomina Tarifa Social Federal de Transporte. También pueden aplicar el descuento de la Red Sube si realizan entre dos y tres viajes en un lapso de dos horas, sin distinción de edad (Resolución 77/2018, Ministerio de Transporte). La implementación de la tarjeta SUBE es considerada una de las principales mejoras en la evaluación de las políticas de transporte durante los años de la posconvertibilidad (Barbero y Bertranou, 2019).

Para viajar en subte, el procedimiento es diferente. Pueden acceder al pase gratuito las personas jubiladas y pensionadas que perciben un ingreso de hasta un 10 % superior al haber mínimo. Se gestiona en algunas estaciones de las líneas de manera personal y les permite viajar solo en horarios determinados, fuera de las horas pico, de intensa demanda de pasajeros. En el transcurso de 2017, desde la Defensoría del Pueblo se le recomendó a la empresa concesionaria del subte y al Ministerio de Desarrollo Urbano y Transporte de la CABA incorporar a todas las personas jubiladas en el pase libre, sin tope de ingresos. La petición se basó en los reclamos de las propias personas usuarias mayores (Defensoría del Pueblo, 2018).

Para acceder a las tarifas preferenciales, los procedimientos son distintos por modo, y es necesario reunir determinados requisitos, como percibir jubilaciones mínimas o registrarse mediante la página web, es decir, no son beneficios universales y alcanzan a un reducido porcentaje de personas mayores. Las disposiciones en materia de transporte dirigidas a las personas mayores son predominantemente económicas, basadas en la implementación de tarifas preferenciales o gratuitas. Responden a una forma de concebir a la población mayor asociada a la pobreza, y se focalizan en sus necesidades de apoyo económico, sin considerar otro tipo de necesidades de movilidad.

Reconocemos que estos sistemas de subsidio a la demanda intentan revertir las falencias de la modalidad anterior, que subsidiaba la oferta mediante transferencias a las empresas prestadoras de servicios, lo que generó errores de inclusión y no redundó en mejoras en los servicios (Rodríguez Tornquist y Vazano, 2019). La aplicación de descuentos directos a las personas mayores usuarias no fue suficiente para generar mayor equidad en el acceso a los servicios de transporte.

En los últimos años, se implementaron cambios referidos a las tarifas con sucesivas actualizaciones. A partir de 2015, se inicia una etapa de aumento de precios en los boletos del transporte público. En el caso del boleto de colectivo, desde 2015 hasta 2018, se registra una suba del 333 % en su costo (Instituto de Estudios Ciudadanos [IEC], 2018). En el transcurso de 2018, continúan los progresivos incrementos en las tarifas de transporte, y llega al 116 % de aumento el boleto mínimo de colectivo, al 66 % el de subte y al 118 % el de tren (IEC, 2018). Los montos

de jubilaciones y pensiones no fueron actualizados según el nivel inflacionario y de tarifas de los servicios públicos esenciales. En 2018, las jubilaciones aumentaron alrededor del 28 %, y se registró una inflación del 47,6 % (INDEC, 2018), lo que implica que, para las personas mayores, los gastos en concepto de alquileres, alimentos, servicios, medicamentos y traslados sean más difíciles de afrontar.

A partir de lo expuesto, nos preguntamos cómo acceden las personas mayores a la movilidad y, en consecuencia, al derecho a la salud si sus ingresos no son suficientes para cubrir los gastos que demanda su cuidado, el acompañamiento y el traslado en condiciones de protección; en especial, las que se encuentran en situación de dependencia. La movilidad es un derecho que facilita el acceso a otros derechos y, en el caso del acceso a los servicios de salud, puede resultar determinante, sobre todo, en personas con enfermedades crónicas, que requieren de controles periódicos o tratamientos prolongados (Gutiérrez, 2009). Sin embargo, insistimos en que la posibilidad de movilidad no se reduce a la accesibilidad económica, ya que son múltiples los factores que determinan las prácticas de movilidad y los modos de uso.

En el próximo capítulo, desarrollaremos el diseño metodológico que hemos adoptado para la realización de la investigación que sustenta esta Tesis. Explicaremos los objetivos que nos propusimos, la forma en que recopilamos la información y los procedimientos que aplicamos para el análisis y la interpretación.

Capítulo 3. Metodología

El objetivo de esta Tesis doctoral es analizar las prácticas de movilidad de las personas adultas mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para conocer en qué medida los desplazamientos determinan el acceso a los servicios sanitarios y permiten el ejercicio del derecho a la salud.

Nos propusimos los siguientes objetivos específicos:

1. Describir y clasificar las prácticas de movilidad de las personas mayores en búsqueda de atención de la salud.
2. Identificar las barreras y los facilitadores relacionados con la movilidad que intervienen en el acceso a los servicios de salud.
3. Analizar las diferencias por género en las prácticas de movilidad para el acceso a los servicios de salud.
4. Sistematizar los aspectos a tener en cuenta para el diseño de acciones públicas que permitan mejorar la movilidad de las personas mayores para acceder a los servicios de salud.

A partir de un diseño cualitativo (descriptivo y exploratorio), buscamos conocer las prácticas de movilidad de las personas adultas mayores y su relación con el logro de la atención de la propia salud y con la equidad de género.

La técnica implementada para la recolección de datos fue la entrevista, la más adecuada para estudiar la movilidad. El encuentro entre la entrevistadora y la persona entrevistada permite acceder a su perspectiva sobre el tema de interés, reconstruir acciones pasadas y experiencias a partir de su propia palabra, y conocer situaciones no directamente observables (Piovani, 2007).

Antes de realizar las entrevistas, elaboramos una guía semiestructurada, a partir de las siguientes dimensiones y subdimensiones:

1. Datos sociodemográficos: Género. Edad. Cobertura de salud. Beneficio previsional. Autovalimiento. Lugar de residencia.
2. Prácticas de movilidad: Elección de movilidad, no elección de movilidad. Movilidad optativa. Tarifas preferenciales.
3. Barreras y facilitadores de la movilidad: Cambio de hábitos de uso. Dificultades en la movilidad. Viajes evitables. Viajes inútiles. Costos. Reclamos.
4. Movilidad ideal: Expectativa de cambios, movilidad ideal. Experiencias de viajes.

Esta guía de entrevista intentó abarcar de la manera más completa posible las distintas dimensiones del tema e incluyó preguntas cerradas y abiertas. Se aplicó a las personas que acudieron a los centros sanitarios para realizar consultas, estudios u otras prácticas relacionadas con el cuidado de la propia salud, es decir, usuarios y usuarias que asistieron de manera espontánea. Al inicio del trabajo de campo, realizamos una prueba de la guía con la finalidad de modificarla en caso de que alguna pregunta no se comprendiera o fuera reiterativa. De hecho, una de las preguntas fue redefinida a partir de dicha prueba: se reemplazó la palabra “transporte” por “traslado”, ya que la primera se asociaba al transporte público, y la segunda facilitaba una mayor amplitud en su representación al incluir los modos no motorizados y privados, ausentes en las respuestas cuando se formulaba como “transporte”.

En el trabajo de campo, podemos distinguir dos momentos, que responden a decisiones metodológicas resultantes de la reflexión continua en el proceso de trabajo. La reorientación de la investigación puede implementarse en los diseños cualitativos de tipo flexible, sujetos a revisión, en los que se pueden tomar determinaciones durante el proceso en función del acercamiento a los sujetos de interés (Piovani, 2007).

El primer momento responde al proyecto original de investigación, en el que se realiza el trabajo de campo con la submuestra inicial en los centros de salud seleccionados. El segundo momento, que decidimos a partir del planteo de nuevos interrogantes, de nuevas lecturas y de la identificación de problemas que podrían obstaculizar el cumplimiento de los objetivos planteados, dio lugar a la conformación de la segunda submuestra. En este caso, seleccionamos a personas mayores frágiles, dependientes o semidependientes, que requieren algún tipo de apoyo con la intención de dar cuenta de los modos de movilidad de quienes presentan mayores dificultades para trasladarse, y las entrevistamos en su domicilio personal.

3.1. El primer momento: Las entrevistas en los centros de salud

El trabajo de campo correspondiente a la primera etapa se realizó en julio y en agosto de 2018.

Para realizar las entrevistas que se implementaron en los centros de salud, gestionamos las correspondientes autorizaciones a través de los profesionales a cargo de cada servicio. Se realizaron sucesivas salidas a campo hasta que se logró completar la cantidad planificada.

La unidad de análisis son las personas adultas mayores de 60 años o más que concurren a dos centros de salud y, en algunos casos, sus acompañantes. Se trabajó en dos centros, uno público, el Hospital P. Piñero, y uno propio de PAMI, la Unidad Asistencial Dr. César Milstein, servicio de la obra social, en dos de sus sedes, situadas en los barrios de Flores y de San Cristóbal (CABA). Estos subconjuntos se seleccionaron con la intención de analizar la movilidad de personas usuarias de un servicio público y de un servicio de obra social según la heterogeneidad tanto de las potenciales personas usuarias como de las características de cada organización. El Hospital, que depende localmente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, está ubicado en Flores Sur, zona próxima a la Villa 1-11-14⁸, adonde acuden, principalmente, personas sin otro tipo de cobertura, cautivas del servicio público. En el caso de los dos servicios del Milstein, pertenecientes a la estructura de la obra social de alcance nacional, se hallan en barrios de clase media y atienden exclusivamente a personas afiliadas a esta cobertura. Por otra parte, los centros también se seleccionaron en base a un criterio de accesibilidad. El conocimiento previo de integrantes de los equipos profesionales de cada institución facilitó tanto la entrada física a los lugares y la gestión de requisitos administrativos como la apertura a dialogar de otros actores de cada espacio, tal es el caso del personal administrativo que recepciona a las personas usuarias.

Para realizar este trabajo, adoptamos la edad cronológica de 60 años establecida por la Organización Mundial de la Salud para definir al grupo de las

⁸ La población de la Villa 1-11-14 se incrementó significativamente en los últimos 50 años. En 1962, residían 4.467 personas en el barrio, y, en 2010, se registraban 26.295 habitantes (Dodamia, 2019). Este aumento impactó en una mayor demanda de servicios de salud en las zonas cercanas.

personas adultas mayores. Se trabajó con una muestra intencional, no probabilística y no representativa. La muestra estaba conformada por las personas que asistieron a los centros durante los meses en que se realizó el trabajo de campo en los días de concurrencia y que, al ser consultadas, aceptaron participar. Estuvo integrada por 40 casos: 20 en cada institución; 30 mujeres y 10 hombres a quienes se les propone la participación voluntaria y se les garantiza la confidencialidad y el anonimato. Teniendo en cuenta la feminización del envejecimiento demográfico y la mayor asistencia de mujeres a los servicios de salud, incluimos más mujeres que varones. Esto coincidió con una mayor presencia femenina en ambos centros los días en que se desarrolló el trabajo de campo. Si bien el proyecto inicial establecía este tamaño de muestra, la adopción de un diseño flexible contemplaba la posibilidad de ampliarla si era necesario, es decir, tomar decisiones relativas a la selección y a la recolección. De acuerdo con el criterio de saturación teórica, consideramos que la incorporación de nuevos casos respecto de las entrevistas realizadas en los centros sanitarios no aportaría más elementos desconocidos sobre el tema que los obtenidos hasta el momento (Piovani, 2007).

Respecto de la edad, las personas entrevistadas tienen entre 60 y 92 años y la mayoría se ubica en un rango de 70 a 79 años. Más de la mitad cuenta con la obra social de PAMI, las restantes acuden a los servicios públicos. Respecto de sus lugares de residencia, es superior la cantidad de personas mayores que provienen de distintos barrios de la CABA, y se registran algunos casos de personas que residen en la provincia de Buenos Aires. Con relación a las condiciones de salud, refieren acudir por distintos motivos y reportan algunas de las siguientes patologías: disminución visual grave, diabetes, afección cardíaca, obesidad, artrosis, enfermedad de Parkinson, alteración del equilibrio, fibrosis pulmonar, patología psiquiátrica no especificada, disminución auditiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cataratas, desprendimiento de retina, várices. Varias cuentan con Certificado Único de Discapacidad (CUD).

Casi la totalidad de las personas son autoválidas, lúcidas y concurren solas. Solo tres asistieron en silla de ruedas. Con el fin de explicar la conformación de la

muestra respecto de sus posibilidades de movilización, agrupamos a las personas que la integraron en las siguientes categorías:

1-Personas mayores de 60 años con movilidad conservada (MC): Son las personas autoválidas, que se movilizan por sus propios medios sin necesidad de un acompañante, y que mantienen aptitud física locomotriz conservada, es decir, tienen capacidad para desplazarse de un lugar a otro (OPS, 2020). También incluimos en esta categoría a quienes presentan algún tipo de discapacidad, pero han desarrollado habilidades sociales para desempeñarse en el espacio público sin apoyo. Dentro de la muestra, se valoró como integrante de este grupo a una mujer no vidente que se traslada sola, a una que utiliza bastón verde, a un hombre con obesidad que despliega estrategias para viajar solo, a otro con disminución auditiva que se traslada sin acompañante. De las personas entrevistadas, treinta presentaban movilidad conservada.

2- Personas mayores de 60 años con movilidad media (MME): Se movilizan con ayudas técnicas como bastón, andador o trípode. Presentan algún nivel de dificultad, pero pueden o no requerir acompañante. Se incluyó en este grupo a una mujer que utiliza bastón solo para viajar, a un hombre y a una mujer con asistencia respiratoria permanente. En total, son siete personas.

3-Personas mayores de 60 años menos móviles (MM): Son personas en situación de dependencia, que requieren, indefectiblemente, ayuda para concurrir, presentan progresiva fragilización y se trasladan en silla de ruedas. Se trata de tres personas menos móviles que integran la muestra en el primer momento.

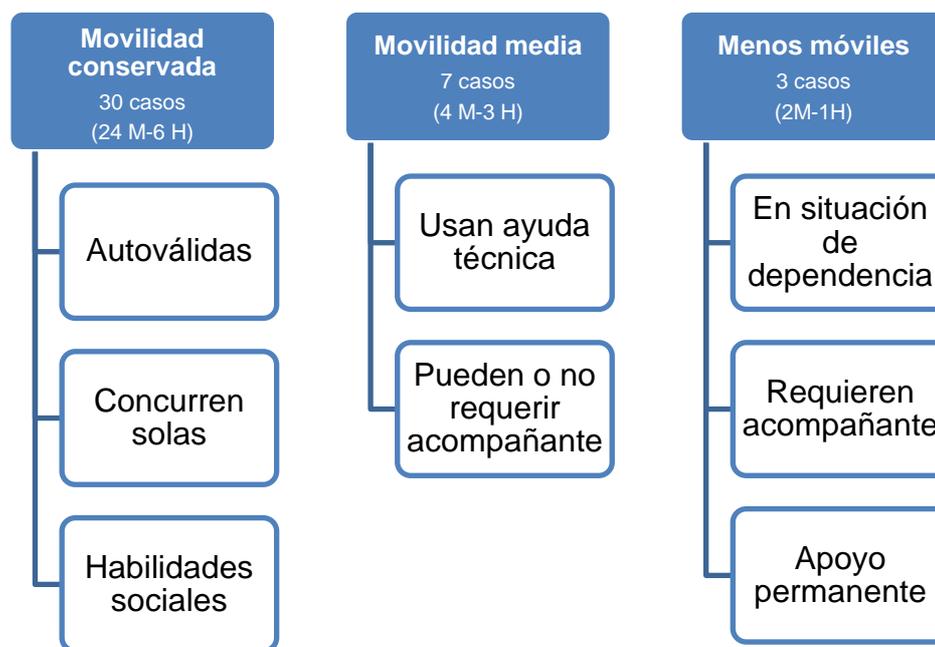


Ilustración 4. Clasificación según características de movilidad personal. Fuente: Elaboración propia.

Las personas mayores con limitaciones en su autonomía personal requieren apoyo de otras personas de manera imprescindible para garantizar el traslado a los centros de salud. En la muestra estudiada, son escasas las personas que acudieron en esta situación. Cuando las personas convocadas a participar en la investigación no se encontraban en condiciones de responder porque presentaban deterioro cognitivo o intelectual, que obstaculizaba la comunicación, se le propuso a su acompañante, al familiar (esposa o esposo) y a la cuidadora formal que participaran. Realizamos tres entrevistas a acompañantes. Decidimos incorporar las voces de estos actores, ya que la persona cuidadora desempeña un rol fundamental como facilitadora de apoyos para garantizar la movilidad. Entendemos que la investigación cualitativa contempla la consideración de los datos que tienen lugar espontáneamente y que pueden incluirse mediante la capacidad interactiva (Vasilachis de Gialdino, 2006). La inclusión del grupo de cuidadores y cuidadoras en estudios sobre personas mayores fue implementada con anterioridad en la aplicación del Protocolo de Vancouver en varias ciudades del mundo. Se integran como estrategia para acceder a las experiencias de las personas mayores que, por su condición física o mental, no puedan participar en los grupos focales, y se valora su

perspectiva para conocer las ventajas y las dificultades a que se enfrentan las personas a quienes cuidan cotidianamente (OMS, 2007).

Respecto de los criterios de selección de la muestra, se incluyeron personas de 60 años o más que asistían a los centros sanitarios seleccionados y que se encontraban en condiciones de expresar su consentimiento para responder las preguntas de la entrevista. Se excluyeron las personas que no se encontraban en condiciones psíquicas o cognitivas de responder, y las que no presentaban interés o voluntad de participar en el estudio.

El acceso al campo se vio facilitado por profesionales de ambas Instituciones, un médico y una trabajadora social. El espacio físico donde se realizaron los encuentros con las personas mayores entrevistadas no fue siempre el mismo. Algunos días, dispusimos de un espacio privado o de un consultorio; otras veces, los realizamos en la sala de espera, mientras aguardaban ser llamadas por los médicos para la realización de la consulta. En este último caso, el encuadre dificultó parcialmente la tarea. En los encuentros previos a la consulta médica, se observó que varias personas respondían rápidamente y de manera puntual, con escasa profundización, atentas a ser llamadas. No obstante, se pudo recopilar la información necesaria para la realización del estudio. Al contrario, las entrevistas realizadas luego de la asistencia médica, en general, se caracterizaron por una mayor amplitud y profundización en las respuestas, por lo que se optó por priorizar a las personas que habían salido de la consulta.

Las entrevistas individuales a personas mayores o a sus cuidadores en los centros sanitarios el día que asisten para su atención presentan ventajas y desventajas. Como ventajas, podemos señalar el alto grado de espontaneidad en las respuestas, la posibilidad de repreguntar y de solicitar clarificación o ampliación de la información. Entre las desventajas, podemos señalar los potenciales sesgos en las respuestas, quizá, condicionadas por el espacio físico en el que se realizan y por su rol de personas usuarias de los servicios de salud en que se realizó el trabajo de campo.

También realizamos entrevistas informales a informantes clave de ambos servicios, el público y el de la obra social, con la finalidad de conocer los

procedimientos vigentes. De esta manera, el personal administrativo de la recepción aportó detalles sobre los aspectos particulares de cada servicio, como solicitud de turnos, retiro de estudios y otras cuestiones organizativas. La interacción con estos nuevos actores institucionales aportó de manera espontánea su punto de vista sobre el tema de estudio.

Otros aspectos para considerar son las características de la muestra. Dado que solo accedimos a la perspectiva de las personas mayores que lograban llegar a los centros de salud, se observó que sería de gran interés conocer las opiniones de las personas que no asistían a los centros y la relación con el uso de los modos de transporte.

En esta instancia, transitamos una pausa reflexiva que reorientó el trabajo de campo y dio lugar al segundo momento de la investigación.

3.2. El segundo momento: la incorporación de nuevos casos. Las entrevistas domiciliarias a personas adultas mayores

Al analizar el perfil de las personas entrevistadas en los centros sanitarios, observamos que la mayoría poseía un alto grado de autovalimiento y autonomía, lo que nos generó varios interrogantes sobre la limitación que presentaba la muestra. ¿Cómo se movilizan las personas con mayor dependencia? ¿No asisten a los servicios? ¿Qué estrategias adoptan para acceder a los servicios de salud? Este problema metodológico ha sido observado por otros autores. Las encuestas de transporte priorizan el estudio de las formas de movilidad de personas usuarias: “El porcentaje de no viajeros representa una población invisible en los estudios de transporte, en la mayoría de los casos se desconocen las causas que motivan el no viaje” (Agudelo-Vélez, Sarmiento-Ordosgoitia, Mejía Gutiérrez y Córdoba Maquilón, 2018: 842). La misma dificultad aparece en la aplicación de encuestas de origen-destino y en las que se miden hábitos, prácticas y perspectivas de pasajeros. En nuestro estudio, consultamos a personas usuarias el día que asistían al servicio; de esta manera, se presentaba un obstáculo similar. Si solo consultábamos a personas usuarias, tendríamos una visión parcial sobre la movilidad, es decir, serían las

prácticas de las personas mayores más móviles, con mayor autonomía para trasladarse, las de quienes lograban llegar a los servicios de salud. El problema del análisis de la demanda efectiva es que no refleja “la demanda latente de grupos especiales” (Vasconcellos, 2015). Se trata de las personas mayores que no viajan porque las condiciones inequitativas del transporte no lo permiten o lo dificultan. Son potenciales usuarias de los servicios de salud, que, de producirse modificaciones en los medios de transporte, se movilizarían.

Por estos motivos, decidimos iniciar un segundo momento metodológico, en el que volvemos a la fase de recolección de datos, con la intención de tener una idea más acabada de la diversidad de situaciones de las personas mayores relacionadas con la movilidad. Decidimos ampliar la muestra realizando entrevistas a personas dependientes y semidependientes en su domicilio, mayores de 60 años, que residieran en viviendas particulares en la CABA. Se excluyó a las personas mayores que vivieran en residencias geriátricas, dado que presumimos que allí disponen de mayor apoyo para resolver los traslados y cuentan con atención médica en la propia institución o servicios a domicilio.

Esta submuestra está conformada por siete personas seleccionadas secuencialmente que reúnen las características descritas en la categoría “menos móviles”. En el estudio de caso, se trabaja con pocas unidades de análisis y se apunta a comprender en profundidad sin realizar inferencias generalizantes (Archenti, 2007). Tienen entre 65 y 87 años, residen en la CABA, en los barrios de Constitución, Montserrat, Floresta, Once, Parque Patricios, Recoleta y Barrio Norte. Según autorreportan, presentan diversas enfermedades crónicas que generan una reducción en la movilidad física y, por lo tanto, mayor fragilidad, como enfermedad de Parkinson avanzada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica con asistencia respiratoria permanente, accidente cerebrovascular reciente y obesidad. Utilizan ayudas técnicas para deambular, como silla de ruedas, bastón o andador, y algunas cuentan con cuidadores formales e informales. Estas entrevistas se realizaron en los domicilios personales, previo acuerdo telefónico, entre diciembre de 2018 y abril de 2019. En un caso, el ingreso a la vivienda fue dificultoso, ya que la cuidadora se había ausentado, y la entrevistada, que se hallaba sola en su departamento, no se

encontraba en condiciones de trasladarse a la planta baja para abrir la puerta de acceso al edificio. La situación se resolvió con la colaboración de vecinos y nos permitió confirmar la relevancia de la decisión tomada: llegar de alguna manera a la perspectiva de las personas que presentan mayor dificultad para movilizarse y para resolver las distintas tareas en su vida cotidiana; en especial, las relativas a la atención de la salud.

Adaptamos la guía de preguntas aplicada en el primer momento. Se eliminaron preguntas que no resultaban pertinentes, y se incorporaron otras con el objetivo de conocer el modo de traslado habitual para las consultas médicas o para realizar estudios relacionados con el cuidado de la salud.

Respecto de la estrategia de análisis e interpretación de datos, atravesamos un proceso no lineal en el que fuimos tomando decisiones respecto de la metodología, la reducción y el análisis de la información, y sobre la elaboración del informe y la presentación. El primer paso para la sistematización de datos fue la lectura y relectura del material proveniente de las entrevistas, registradas manualmente, y la identificación de fragmentos relevantes para el estudio. Se omitió la grabación de las entrevistas para favorecer el proceso comunicativo, ya que, muchas veces, esta acción genera rechazo (Piovani, 2007); además, se trataba de un único encuentro con una persona desconocida. A partir de estas primeras lecturas, se procedió a la reducción, la sistematización y la organización de los datos. Se elaboró una matriz con el programa Excel, y se clasificó la información obtenida a partir de las dimensiones de análisis y de los temas emergentes. Esta descomposición y clasificación en “familias” de temas (Borda, Dabenigno, Freidin y Güelman, 2017) facilitó la identificación de regularidades y de divergencias, y la interpretación posterior.

Para el objetivo 1, identificamos y clasificamos los modos de movilidad, agrupándolos a partir de varios elementos, como la frecuencia de utilización, los motivos de elección o no elección, y el nivel de valor o disvalor que le asignan a cada modo. Elaboramos tipologías a partir de los criterios de aceptación y de hábito de uso del modo, la valoración asignada, la consideración de posible viaje y sus atributos. De este análisis, resultan tres categorías: los modos de adhesión alta,

media y baja o nula. Las categorías permiten establecer clasificaciones a partir del agrupamiento de elementos en común (De Souza Minayo, 2012).

Para el objetivo 2, analizamos los relatos a fin de identificar obstáculos; consideramos barreras los hechos o las situaciones que impidieron que se cumpliera la finalidad del viaje. Fueron excluidos de la categoría “barrera” los obstáculos superados por las personas mayores mediante alguna estrategia para el logro de la atención, aunque incorporados al análisis. Son los casos de personas mayores que superan las limitaciones que se les presentan y acceden a los servicios, como ocurrió con una entrevistada no vidente que realizó rehabilitación especializada y pudo desarrollar habilidades para deambular sola, asistir sin acompañante y sin dificultad. Se consideran facilitadores los elementos relacionados con la movilidad valorados por las personas entrevistadas para el acceso a la salud.

La pregunta abierta final de la guía de pautas sobre si tienen alguna experiencia de viaje que quisieran compartir introduce nuevos temas emergentes de los testimonios de las personas entrevistadas que no habían sido contemplados al inicio. Así, se habilita una nueva familia de temas que incorporamos a partir de la información que aportan las personas mayores al responder la última pregunta de la guía (Borda *et al.*, 2017) referida al trato, los derechos y las condiciones de viaje en el transporte público.

En la redacción y en la organización de la Tesis, decidimos incluir recursos de despliegue visual que permitan representar ideas de manera sintética y simple, y ver los resultados en una forma alternativa: sin reemplazar el texto extenso, sino complementándolo para facilitar su comprensión (Borda *et al.*, 2017). Esto se implementó en algunos temas, como la elección modal, las barreras y los facilitadores.

Las consideraciones éticas adoptadas en esta investigación, en ambos momentos del trabajo de campo se basan en el principio de respeto a la dignidad humana, ya que, al proponer la participación voluntaria en el estudio, se resguarda el derecho a la autodeterminación. A las personas que aceptaron la entrevista les informamos acerca de los objetivos y de los alcances del estudio, y les garantizamos

el derecho a la información; además del anonimato y la confidencialidad. De esta forma, aseguramos el respeto del derecho a la privacidad. Solo se les solicitó el nombre de pila y datos básicos como edad, género y barrio de residencia. Dichos nombres fueron modificados en la redacción de la Tesis. Todas las personas abordadas aceptaron participar, no se registraron rechazos. Algunas lo hicieron con mejor predisposición, profundizando sus respuestas, aportando detalles; y otras se ajustaron a la respuesta mínima requerida. Se trató, principalmente, de las personas que aguardaban ser atendidas en el servicio.

Mediante la aplicación de la guía de entrevista a usuarios y usuarias de servicios de salud en destino, apuntamos a conocer las prácticas de viaje de las personas mayores y explicar cómo determina el acceso a estos para dar respuesta a varios interrogantes. ¿Cómo se movilizan las personas mayores para llegar a los centros de salud? ¿Por qué eligen dichos modos de desplazamiento? ¿Qué modos de traslado no elegirían y por qué? ¿Han modificado sus hábitos de viaje en los últimos tiempos? ¿Por qué motivo han modificado sus hábitos de viaje (salud, económico, pérdida de movilidad, falta de acompañante, miedo a salir solo, imposibilidad de conducir su automóvil)? ¿Alguna vez han dejado de concurrir a los servicios de atención de la salud por causas relacionadas con la movilidad? ¿Realizaron viajes en los que no pudieron concretar su finalidad (ausencia del médico, paros, llegada tarde por problemas de transporte, etc.)? ¿Identifican viajes que se podrían evitar? ¿De qué manera incide la movilidad en el acceso a los servicios de salud? ¿Cómo consideran que sería el tipo de viaje ideal en este momento de su vida? ¿Cómo interviene la movilidad en la mediación entre los sujetos mayores y los servicios de salud? ¿Existen diferencias por género en las prácticas de movilidad de las personas adultas mayores? ¿Cuáles son y a qué se deben?

Los conceptos contenidos en algunos de los interrogantes precedentes han sido trabajados en estudios sobre movilidad de otros grupos poblacionales. Fueron compilados en el *Manual sobre metodologías para estudios de movilidad* (Gutiérrez, 2018), que se ha tomado como referencia para el diseño del proyecto de investigación y para la elaboración de la Guía de preguntas, cuyo modelo puede consultarse en el Anexo de esta Tesis.

Capítulo 4- Resultados

4.1. Las prácticas de movilidad de las personas mayores que acuden a los centros de salud

La movilidad incide positivamente en la calidad de vida durante la vejez y proporciona múltiples beneficios a las personas mayores. En el caso del acceso a los servicios de salud, la movilidad puede resultar determinante. Para estudiarla, articulamos la oferta de transporte disponible en un espacio determinado, los hábitos de uso de este grupo social y los sentidos que le asignan a sus prácticas.

Con el fin de describir y clasificar las prácticas de movilidad, consultamos a las personas mayores entrevistadas sobre el modo utilizado para llegar al centro sanitario, si, además, usaban alguna otra forma de desplazamiento y qué tipo no elegirían para viajar. En la elaboración de la guía de entrevista, incluimos una pregunta cerrada sobre la forma en que se habían trasladado al centro de salud el día de la consulta y una pregunta abierta sobre los motivos de la elección. Las opciones abarcaban todos los modos de transporte disponibles en la CABA, públicos y privados, individual y colectivo, motorizado y no motorizado. De esta manera, incorporamos las diversas posibilidades de desplazamiento: a pie, bicicleta, moto, automóvil propio, colectivo, combi, taxi, remís y uber. También consideramos el traslado programado para personas afiliadas a la obra social y el traslado familiar, que no había sido estimado previamente ni incluido en la guía inicial, pero fue mencionado de manera espontánea por varias personas.

La oferta de modos de movilidad en la CABA es múltiple, por lo que, *a priori*, podríamos considerar que existen opciones adecuadas para las necesidades heterogéneas de las personas mayores. Pero, como observaremos a lo largo de este apartado, las limitaciones y las barreras que operan en cada modo pueden invalidarlos como posibilidad de uso para esta población. Por tal motivo, decidimos analizar los modos omitidos y los motivos por los cuales desestiman su uso. Entendemos que conocerlos nos permite acceder a los posibles obstaculizadores que los neutralizan como opción para viajar o reducen sus posibilidades de ser seleccionados.

La mayor variedad de modos contribuye al mejor acceso a bienes y servicios (Martínez, Régoli y Romano, 2016). Cada modo se conforma como alternativa de traslado para las personas mayores cuando representa una posibilidad real de uso. Como hemos señalado, en algunos espacios, existe un único medio posible de traslado. En estos casos, las personas usuarias son cautivas de ese modo por la ausencia de alternativas de elección.

Las personas mayores constituyen un grupo poblacional diverso y heterogéneo, integrado por sujetos con distintos grados de autovalimiento. Este es un elemento que interviene de manera directa al momento de optar por un modo de movilidad, y corresponde a los factores intrínsecos que influyen en la elección modal. Al disminuir la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria, se incrementa la necesidad de modos protegidos de traslado, lo que restringe las posibilidades.

Las personas entrevistadas valoran las formas de traslado que se realizan en compañía, en condiciones de seguridad y facilitando la accesibilidad física, lo que, en el marco de este estudio, denominamos “modos protegidos”. La capacidad de autovalimiento genera más opciones y posibilidades de elección; contrariamente, su ausencia genera barreras de habilidad y la necesidad de mayor protección en el itinerario. Así, las personas mayores dependientes pueden configurarse como usuarias cautivas de modos protegidos de traslado.

Definimos la adhesión a un medio de transporte como el nivel o grado de aceptación de las personas mayores a una forma de movilidad que puede convertirse en regular; en otras palabras, en un modo de uso habitual. El nivel de adhesión estará determinado por los hábitos culturales, las experiencias vivenciadas, las condiciones psicofísicas de las personas, los costos de cada modo y otros aspectos que asignan valores o disvalores a cada tipo. A partir de la información recopilada, clasificamos los modos de transporte de acuerdo con criterios comunes de agrupamiento. De esta manera, identificamos modos de adhesión alta, media y baja o nula, según las valoraciones que las personas mayores les asignen. Luego analizamos los modos alternativos y los motivos de no elección, que permiten conocer posibles obstáculos

o barreras percibidos por las personas mayores en cada modo correspondientes a factores extrínsecos.

4.1.1. Los modos de adhesión alta

El principal modo de movilidad utilizado por las mujeres mayores consultadas es el colectivo, seguido del remis. En el caso de los hombres, se trasladaron, principalmente, en colectivo o condujeron su propio automóvil.

Los modos de adhesión alta incluyen los tipos de movilidad utilizados frecuentemente y más apreciados por las personas consultadas. Son los que garantizan el traslado a los servicios de salud. Los atributos identificados en esta categoría, valorados por las personas mayores, son comodidad, rapidez, tarifa, accesibilidad y seguridad. En la muestra estudiada, integran esta posición el traslado familiar, los colectivos y los remises, aunque estos modos no coincidan con las formas de traslado del día de la entrevista.

El colectivo es uno de los modos de traslado más utilizados. En la actualidad, la CABA registra uno de los más altos porcentajes del país respecto del uso de transporte público de este tipo. En el AMBA, circulan 276 líneas; es el principal medio de transporte público elegido para moverse (Rascovan, 2017). Según la ENMODO (2010), casi la mitad de las personas mayores optan por el transporte público para viajar, y la mayoría utiliza colectivo. En la misma tendencia, el transporte público colectivo es el principal modo de viaje para llegar al servicio de salud de las personas entrevistadas: las mujeres lo utilizan más que los hombres tanto en el servicio público como en el de la obra social. Lo eligen por diversos motivos, como la cercanía de las paradas, su bajo costo, la practicidad y la comodidad: “Es más económico y me deja cerca”, afirma Felicitas (68 años). Marta (68 años) también explica los motivos de su elección: “Porque me queda a la vuelta de mi casa, y me deja a tres cuadras”. La valoración del conjunto del itinerario, al considerar la distancia del domicilio a la parada y la cercanía al lugar de destino, destaca la accesibilidad de este modo en sentido amplio, es decir, en todas las etapas de la cadena de transporte. Las personas

que lo seleccionan como medio que no elegirían para viajar fundamentan su selección, principalmente, porque la propia imposibilidad física dificulta la utilización, pero también por la inseguridad, porque demora o es incómodo. Iris, que tiene dificultades para caminar, señala los motivos por los cuales no lo utiliza: “Me cuesta subir, bajar, me da miedo cuando frena. No me siento segura” (77 años).

Otro modo de alta adhesión es el remís, valorado por las personas mayores para movilizarse hacia los servicios de salud, ya que traslada de puerta a puerta, y la tarifa se fija previamente, lo que limita los abusos en el cobro. En general, las agencias que ofertan este servicio registran a sus clientes mediante alguna clave o número que permite su identificación. También se establecen relaciones de confianza con los choferes habituales, lo que genera una percepción de seguridad durante los traslados. En el remís, pueden llevar silla de ruedas o andador; muchas veces, cuentan con la colaboración de los conductores para subir y al bajar. Todos estos atributos permiten calificarlo como un modo protegido de movilidad.

La oferta de remises se ha incrementado en los últimos 30 años, y el perfil de las personas usuarias ha ido mutando. En los años noventa, con el aumento de la desocupación, se produce un aumento significativo de personas sin actividad laboral formal abocadas a esta actividad. Muchos trabajadores que quedan fuera del mercado de trabajo como consecuencia de la privatización de empresas públicas invierten sus indemnizaciones en este tipo de emprendimiento. Progresivamente, las agencias se expanden a los distintos barrios. La actividad se populariza. Cambia su modalidad inicial, en la que se realizaban traslados de personas de un nivel económico alto, y aumentan los viajes más cortos realizados por usuarios más vulnerables. Ya en 2005, una publicación señala algunas particularidades sobre sus nuevos hábitos de uso y su constitución como opción de transporte alternativo de uso frecuente para personas de bajos ingresos, jubilados y residentes en barrios precarios (Gutiérrez y Kralich, 2005). En el estudio, identificaron como viajeros a grupos vulnerables, tales como personas mayores, convalecientes, discapacitados, entre otros. Las autoras señalan que, frente al deterioro en los medios de transporte colectivo tradicional y la exposición a hechos de inseguridad, el remís aparece como una opción válida y segura. Según informan, este tipo de transporte se utiliza, en

general, para desplazamientos ocasionales, cortos, de 3 km a 10 km de recorrido (Gutiérrez y Kralich, 2005).

Las principales cualidades de esta forma de movilidad que fundamentan su elección son confiabilidad, comodidad y seguridad. La confiabilidad es señalada como valor por varias mujeres consultadas: “Es de confianza, tengo clave, más fácil” (Felicitas, 68 años); “Es lo más confiable” (María, 74 años). Y también por los hombres: “El remis es más garantía, no cobran de más” (Blas, 72 años). Otras personas lo eligen por la comodidad del servicio puerta a puerta: “Porque me vienen a buscar a mi casa” (Angel, 85 años); “El remis viene a mi casa, al taxi lo tengo que ir a buscar” (Iris, 77 años). El remis permite viajar en condiciones seguras y evitar riesgos, como las caídas, pero también ayuda a prevenir hechos delictivos. Así lo señalan algunas de las mujeres mayores entrevistadas: “Por seguridad. Si frena el colectivo me puedo caer”; “Es de más confianza, estoy registrada” (Silvia, 74 años); “Es más seguro, los conozco de años. Es más caro, pero sigo eligiendo el remis” (Jovita, 60 años). Para las personas que residen en asentamientos o villas, el remis aparece como única opción, por lo que podemos denominarlas “usuarias cautivas” de este modo. Según refieren, el transporte público, en general, no ingresa a estos barrios; tampoco los taxis ni las ambulancias. Así lo señala una de las entrevistadas: “El taxi no entra en mi barrio, el remis sí” (Amalia, 67 años). Estefanía y su esposo habitan en el barrio Cildáñez, la ex Villa 6, ubicada en Parque Avellaneda. Ella utiliza silla de ruedas para trasladarse al hospital público donde realiza los controles de salud. Su esposo afirma que siempre utilizan remis para ir, lo que consideran una prioridad a pesar de su mayor costo y de los bajos recursos con que cuentan. Anteriormente, habían solicitado el traslado programado de la obra social, pero no concurrió, y perdieron el turno. Al retrasarse la atención, desestimaron el uso de esta prestación.

En momentos de necesidad, por situaciones críticas o para no obstaculizar las tareas laborales de la familia, el remis es el modo elegido por varias mujeres para el traslado: “Cuando me operaron” (Nidia, 64 años); “Cuando la ambulancia no llega” (Miriam, 81 años); “Para no complicar a mi familia, ellos trabajan” (Silvia, 74 años). Las condiciones climáticas adversas también intervienen al momento de seleccionar

el tipo de movilidad, dado que el uso de modos protegidos permite evitar la exposición corporal en días muy fríos, muy calurosos o de intensas lluvias: “Remís, cuando llueve” (Dora, 79 años). En el caso de usuarias habituales de colectivo, el remís es la opción alternativa cuando otro medio de transporte no garantiza el traslado o llegar a tiempo: “Cuando tengo que venir temprano, uso remís” (Raquel, 62 años).

Por lo expuesto, el remís es un medio calificado de manera muy positiva por las personas mayores, principalmente por las mujeres, que permite resolver traslados en ausencia de familia u otras redes de apoyo de forma segura. Los motivos por los cuales algunas personas entrevistadas no eligen el remís se relacionan, fundamentalmente, con su costo, que consideran elevado. Según Vasconcellos (2015), los condicionantes económicos, junto con los no económicos, operan al momento de evaluar y decidir la elección modal dentro de las opciones posibles de desplazamiento en una zona determinada.

Al consultar a las personas entrevistadas sobre el uso de otros tipos de movilidad, emerge como modo el traslado familiar, no incluido originalmente como opción en la Guía de preguntas. Comprende el desplazamiento realizado en vehículos, principalmente de familiares, como hijos, hijas o nietos, pero también de vecinos o de personas amigas, es decir, redes de apoyo informal. Ludi (2018) estudió el rol del grupo familiar en relación con las personas mayores y con sus necesidades emergentes. Frente a la identificación de más necesidad de apoyo o en situaciones de crisis, es la familia la que comienza a brindar mayor acompañamiento. El traslado familiar es la forma de movilidad más aceptada por las personas entrevistadas, ya que permite un traslado seguro y protegido. Solo las personas mayores que no cuentan con redes familiares o, ante la imposibilidad de que la familia colabore con el traslado, optan por otras formas de viaje. Si bien no se registran casos de traslado por este medio el día de la consulta en la muestra estudiada, lo mencionan como alternativa prioritaria a la hora de concurrir a los servicios.

4.1.2. Los modos de adhesión media

Denominamos “modos de adhesión media” a los utilizados de manera alternada por las personas mayores debido a la coexistencia de valoraciones positivas y negativas sobre ellos. El taxi y el remís son estimados por la comodidad en el traslado, pero, muchas veces, son omitidos como modo de viaje por motivos principalmente económicos. Otra de las formas de adhesión media es la movilidad peatonal en cuya elección intervienen diversos factores. En la literatura sobre movilidad, muchas veces, se subvalora el estudio de la movilidad a pie, naturalizando esta práctica (Giucci, 2018). Entendemos que caminar es una forma de transporte no motorizada, y es frecuente su combinación con otros modos. La práctica de caminar se les recomienda a las personas mayores por su capacidad de mejorar funciones corporales y emocionales. Realizar actividad física moderada reduce la ansiedad, la depresión y los riesgos de enfermedades (Di Domizio, 2017). Además, caminar permite habitar el espacio público, favorece la inserción social y puede tener distintos significados, como disfrutar de la ciudad, sentirse libre y conectarse con otras personas. La Organización Mundial de Salud afirma que el entorno debe favorecer la actividad física proporcionando a las personas mayores espacios seguros para caminar (OMS, 2015). Las personas entrevistadas que concurren al centro de salud caminando son, principalmente, mujeres. En general, porque residen cerca del lugar, en el mismo barrio. Una de ellas elige esta forma por no tener recursos para acceder a algún tipo de transporte tarifado: “No tengo trabajo, no tengo medios para pagar” (Matilde, 68 años).

Frente a la ausencia de servicios de transporte, como en las villas donde no ingresan colectivos ni taxis, o a la carencia de recursos para abonar el pasaje, el traslado a pie aparece como una opción posible para las personas en condiciones físicas de deambular, aun cuando deben realizar extensos tramos para llegar a los servicios de salud. En algunos casos, adoptan esta modalidad con fines de esparcimiento, como realizar paseos, pero, al trasladarse al servicio de salud, eligen un tipo de modo que garantice la llegada a tiempo.

Entre las personas mayores que no elegirían esta modalidad, se encuentran las que presentan dificultades físicas para deambular, que utilizan bastón o tienen

patologías que afectan su desplazamiento, como artrosis en rodillas, lo que se designa como “barrera de habilidad”.

La movilidad a pie también presenta desventajas para las personas mayores por el riesgo a sufrir caídas o incidentes viales en su rol de peatones. Vasconcellos (2015) señala las consecuencias del uso irresponsable del automóvil, que puede tornarlo un dispositivo amenazante y violento para los peatones. En consecuencia, genera inequidad de seguridad, ya que la mayor cantidad de muertes por accidentes de tránsito afecta a caminantes. Otros riesgos a que se hallan expuestas las personas de más edad en la movilidad a pie en la CABA son caídas por el mal estado de las veredas, accidentes por ausencia de prioridad de paso a peatones, hechos de inseguridad y exposición a condiciones climáticas adversas. La Ciudad Autónoma no reúne las condiciones necesarias para facilitar la movilidad peatonal de las personas mayores. Las grandes distancias, la falta de equipamiento urbano y las condiciones de inseguridad en el espacio público no facilitan los desplazamientos a pie de mujeres y hombres de más edad.

El taxi es otro de los modos que consideramos de adhesión media, dado que las personas mayores le asignan simultáneamente atributos positivos y negativos. Este transporte público de uso privado es un medio regulado por reglamentaciones específicas que establecen la realización de cursos de capacitación, la gestión de licencia de conducir profesional, los seguros obligatorios y los requisitos que deben reunir las unidades para ser habilitadas. Las tarifas se establecen por recorrido mediante un reloj especial ubicado en las unidades. No obstante, varias personas mayores refirieron haber sido víctimas de cobros abusivos. Solo dos personas entrevistadas reportan haber utilizado taxi como modo de traslado al centro de salud, un hombre y una mujer. Este medio es elegido por su rapidez, pero también por la imposibilidad física de viajar en colectivo. Algunas personas afirmaron tomarlo solo en casos puntuales, de extrema necesidad. Varios son los motivos de no elección: en especial, el alto costo y las estafas de choferes, quienes, mediante el cobro de tarifas superiores a las indicadas, lo tornan inseguro. También mencionaron situaciones de discriminación por edad y falta de disponibilidad en barrios vulnerables, ya que, según explican, los taxis no ingresan a las villas.

4.1.3. Los modos de adhesión baja o nula

Los modos de adhesión baja o nula agrupan la oferta de movilidad no considerada por las personas mayores tanto por desconocimiento del servicio como por valoración negativa. Integran esta categoría las bicicletas públicas, no mencionadas por las personas mayores ni como elegidas ni como no elegidas, también el subterráneo y uber. Por varios motivos, el subte y uber son los modos que la mayoría de las mujeres no elegirían para desplazarse. En el caso de los hombres, mencionan la bicicleta y uber.

Desde la perspectiva de la movilidad sostenible, se considera a la bicicleta algo más que una actividad recreativa. En los últimos años, se ha promocionado su uso, dado que es entendida como un medio para concretar determinados fines y, además, no tiene impacto negativo en el medio ambiente, promueve un estilo de vida saludable y es económico. Presenta beneficios mayores que otros medios, ya

que no contamina, no utiliza combustible y su uso facilita una mejor salud física y mental (Rosales Ortega, 2013). En la CABA, en 2009, con la construcción de las primeras ciclovías y biciesendas, se comienza a promover desde el Estado el uso de la bicicleta como alternativa al transporte motorizado. Las biciesendas intentan procurar un desplazamiento con mayor seguridad, a través de vías exclusivas señalizadas y ubicadas, predominantemente, en zonas céntricas. Al año siguiente, se implementa el sistema Ecobici, que consiste en la utilización de una bicicleta en préstamo por tiempo determinado y de modo gratuito. La existencia de biciesendas de doble vía puede complejizarles el paso de una vereda a otra a las personas mayores, ya que deben observar varios sectores de manera simultánea para lograr un cruce seguro. El hábito de uso de las personas mayores en este tipo de movilidad en la CABA es muy bajo, al igual que en otros países; por ejemplo, en España, donde los usuarios de bicicleta son, principalmente, hombres y menores de 40 años. Las mujeres y las personas mayores presentan menor interés por este tipo de movilidad. Su uso es más intenso en pequeños pueblos que en grandes ciudades. En España, el 34 % de las personas de entre 70 y 79 años respondió que no la utiliza por tener demasiada edad y por falta de estado físico. También argumentaron problemas de salud que lo dificultan (Barómetro de la Bicicleta, 2017) En Argentina, la ENMODO señala que el 45 % de los jubilados opta por el transporte no motorizado, pero el 92 % de ellos lo hace a pie, y solo el 7 % utiliza bicicleta. Ninguna de las personas mayores consultadas asistió al centro de salud en bicicleta. Tampoco la consideran un medio alternativo de traslado. En algunos casos, la mencionan como medio que utilizaban habitualmente y dejaron de usar. Uno de los entrevistados, que en su juventud se trasladaba en este medio para llegar a su empleo, afirmó: “Antes, de joven, iba en bicicleta a trabajar” (Blas, 72 años). Quienes no la elegirían fundamentan su selección en la imposibilidad física de utilizarla y en los posibles riesgos: “Me mato a la media cuadra” (Hugo, 75 años).

Las bicicletas públicas no son utilizadas por ninguna persona mayor consultada, y no las identifican como una modalidad posible de traslado. La limitación física para el uso de bicicletas en ancianos es considerada un problema que también afecta a quienes presentan dificultades auditivas, visuales y de comprensión

(Vasconcellos, 2015). Por otra parte, el incentivo del uso de bicicletas sin una adecuada organización del espacio público puede entorpecer la deambulaci3n a pie de las personas mayores, quienes deber3n transitar cuidadosamente no solo por los autom3viles, sino tambi3n por las bicicletas que se desplazan en sentido contrario a los se3alizados, a alta velocidad y por espacios no habilitados para su uso. Esto genera conflictos entre peatones y ciclistas. Como afirma Herce (2009: 258): “... ganar espacio para la bicicleta no puede ser a costa de los derechos de los peatones”.

El subterr3neo tambi3n integra el grupo de modos de baja adhesi3n en las personas mayores consultadas. El subte es un tren r3pido que recorre diversos barrios de la Ciudad Aut3noma, pero no llega a todos. El desplazamiento se realiza a mayor velocidad, dado que no existen obst3culos en el trayecto, y las paradas en las estaciones se realizan en tiempos muy breves, lo que puede dificultar el ascenso y el descenso de las personas mayores. Comprende seis l3neas conectadas entre s3 y el premetro, que circula a nivel de la calle. La primera l3nea de subte fue la L3nea A, inaugurada en 1913, cuyo recorrido desde Plaza de Mayo hasta Plaza Miserere ten3a la intenci3n de aminorar el congestionamiento del tr3nsito derivado del creciente aumento cuantitativo de la poblaci3n. Apuntaba a un pasajero ideal, empleado, profesional o comerciante, de clase media, cuyos viajes se relacionaban, principalmente, con la actividad laboral. Este medio de transporte ha sido valorado por sus ventajas respecto de la velocidad, pero tambi3n se le ha asignado una serie de cualidades descalificatorias, que, muchas veces, determinan su no uso. Zunino Singh (2013) explora la dimensi3n material y simb3lica de la producci3n de movibilidades urbanas a trav3s de la historia de este medio de transporte. Se3ala que este materializ3 la cultura del progreso y que la intenci3n de su implementaci3n fue brindar un medio de traslado masivo, seguro, r3pido y confortable. El autor explica que los documentos de la 3poca permiten observar apreciaciones negativas sobre el subterr3neo en algunos sectores, quienes argumentaban que se trataba de una modalidad muy costosa, inadecuada para los h3bitos de la poblaci3n, con luz artificial y aire viciado. En aquellos tiempos, el subterr3neo lleg3 a ser comparado con el infierno (Zunino Singh, 2013). Las representaciones negativas de este medio de

transporte continúan en la actualidad (Zunino Singh, 2018).

En la CABA, se mantiene la tendencia de uso del subte con fines laborales. Una encuesta realizada en 2017 señala que el 80 % de las personas usuarias consultadas viajaban para ir a sus trabajos y volver. Entre los que se ubican en la franja etaria de 60 a 70 años, solo el 4 % utilizaba el subte frecuentemente; el 10 % hacía un uso medio; y el 6 %, esporádico. No presentan datos de mayores de 70 años ni desagregados por género (GCBA, 2017). Respecto de la accesibilidad, las estaciones de subte con ascensores y escaleras mecánicas que no funcionan por extensos períodos de tiempo invalidan este tipo de medio como posibilidad de viaje para las personas mayores con algún tipo de limitación física, lo que podría ser uno de los factores explicativos de su bajo nivel de uso.

También se hallaron datos sobre este modo de viaje en el informe de la ENMODO (2010). En la muestra estudiada en el marco de dicha encuesta, se analizó la movilidad de las personas jubiladas, que representan el 11,59 % del total. Este grupo no es homogéneo por género: el 62 % son mujeres, y el 38 %, hombres. El 49 % de estas personas elige el transporte público como medio de desplazamiento, pero solo el 7 % opta por el subte o el premetro. Los hombres eligen más el subte que las mujeres.

Respecto de las personas mayores consultadas en la presente investigación, ninguna ha asistido al centro sanitario en subterráneo. Muchas veces, fue seleccionado como medio de transporte que no elegirían para viajar; en especial, entre las mujeres. En pocos casos, lo seleccionan como medio alternativo al de uso habitual, ya que valoran la rapidez. La mayoría de las mujeres se niegan a usar este tipo de transporte por temor o por considerarlo físicamente inaccesible. La representación negativa de este modo anula su uso, como podemos observar en las siguientes expresiones: “Le tengo terror” (Dora, 79 años); “Le tengo miedo, nunca viajé” (Laura, 79 años). Este sentimiento de temor es vinculado a la velocidad que requiere para el ascenso y el descenso, a la densidad de personas usuarias y a la necesidad de contar con habilidades físicas para movilizarse en las estaciones. Viajar en subterráneo en la CABA puede resultar muy dificultoso para personas mayores

con algún tipo de limitación para deambular. En horas pico, estaciones y coches superpoblados, personas que transitan velozmente, tiempos muy breves de detenimiento de la formación en las estaciones, escaleras mecánicas y ascensores que, con frecuencia, no funcionan dificultan la accesibilidad. Así lo señalan varias entrevistadas: “Me cuesta caminar. A veces, no funciona la escalera mecánica” (Iris, 77 años); “Hay escalera, y no puedo subir y bajar” (Marta, 68 años); “No uso por la escalera, nunca andan los ascensores” (Rita, 62 años).



Ilustración 5. Entrada de la Estación Federico Lacroze del subterráneo Línea B (2018). Foto de la autora.

Se considera que la inseguridad es un aspecto obstaculizador del uso del subterráneo cuando el temor a ser víctima de un robo determina la no utilización de

este modo: “No viajo en subte, vi muchos robos” (Jovita, 68 años). En síntesis, son varios los elementos que inciden en la baja adhesión de las personas mayores al uso del subte, y que podemos vincular a barreras de habilidad, emocionales y culturales.

Uber es otro de los modos disponibles en la CABA identificado como de baja adhesión de uso por las personas mayores consultadas. Esta modalidad, promovida por una empresa internacional, comenzó a funcionar en Argentina en 2016. Previamente, había iniciado su actividad en otros países de la región, como México, Colombia y Chile. Consiste en la contratación del servicio a través de una aplicación que se instala en el teléfono celular y, mediante la cual, se conectan choferes y viajeros. Ambos son calificados luego del viaje, lo que facilita un mayor compromiso en cada rol. El costo del servicio es sensiblemente menor al de medios tradicionales similares, como el taxi y el remís. La llegada de Uber a la Argentina produjo una tensión con los taxistas, quienes lo perciben como una amenaza para el desarrollo de su actividad y como competencia desleal. Esta nueva modalidad fue y es atacada con distintos argumentos; principalmente, por su ilegalidad. Pero es una alternativa para las personas usuarias de taxi insatisfechas con ese servicio (González Orden, Vallejo Andrada y Sarasola Sánchez Serrano, 2014). Desde otra perspectiva, se define a Uber como una plataforma colaborativa que no posee más que un *software*, que funciona como intermediario informativo y representa una economía compartida acorde con esta nueva era de innovación tecnológica, un nuevo servicio típico de la sociedad de la información (Barnes, 2017). En esta línea de análisis, el conflicto taxis versus uber se presenta como binomios enfrentados (Barnes, 2017). Resulta relevante mencionar esta cuestión, dado que quienes se desempeñan como taxistas, al percibirlo como competencia desleal, impulsan una campaña de desprestigio que se replica en los medios de comunicación, en la que transmiten su percepción del servicio como ilegal y peligroso, e instalan un conflicto derivado de intereses en disputa. Este desprestigio estuvo acompañado de hechos concretos de violencia hacia los choferes y sus vehículos, lo que, como veremos, quizá, incida en la negativa de las personas mayores a utilizarlo, a pesar de que podría proporcionar una alternativa más de traslado protegido. Ninguna persona consultada en el estudio se ha trasladado al centro de salud en este tipo de transporte, y no constituye un medio

de uso habitual. Uno de los adultos mayores consultados explica que el motivo por el que no usa uber es el modo de contratación del servicio: “No somos muy tecnológicos” (Héctor, 61 años). El uso de estos dispositivos es aún acotado entre las personas mayores; de allí, las barreras tecnológicas lo invalidan como modo. Otros factores que fundamentan su selección como medio de transporte que no elegirían para viajar son la ilegalidad, el desconocimiento del servicio y la desconfianza que les genera: “No le tengo confianza” (Alba, 73 años); “Porque es un peligro. Hasta que no blanqueen todo, no” (Ramona, 75 años).

Por lo expuesto, son varios los elementos que pueden incidir en la negativa de las personas entrevistadas a optar por la utilización de un uber. Uno de ellos puede vincularse al escaso manejo de nuevas tecnologías en las personas mayores, como el teléfono celular: solo puede contratarse el servicio mediante la aplicación. Por otra parte, la desacreditación y la puesta en cuestión desde los medios de comunicación, en muchos casos, inciden en la poca o en la nula demanda de este servicio, puesto que generan prejuicios sobre Uber. Así lo señalan varias personas consultadas: “Porque escucho que es malo en la televisión” (Juana, 78 años); “Porque es ilegal” (Aníbal, 67 años); “Porque en la televisión le dan mala manija” (Gladys, 64 años). Para las personas mayores, la televisión es el principal medio de comunicación con que informarse, seguido de la radio; en especial, en el grupo etario de 50 años o más (Hernández, Zovatto y Fidanza, 2016). De esta manera, posee una fuerte presencia como formadora de opinión y se configura como una barrera cultural que obstaculiza la amplitud de posibilidades al momento de la elección modal.

El automóvil particular es un modo que también presenta ventajas y desventajas. Percibido como confortable y seguro por las personas usuarias, ha sido cuestionado en la literatura por su alto costo, las lesiones y muertes ocasionadas por accidentes viales, la contaminación que genera y su uso restrictivo para personas de ingresos medios y altos. La expansión de su uso se explica desde distintas perspectivas: la visión antropológica, la política, la psicológica, la económica y el enfoque sociológico (Vasconcellos, 2015). La visión antropológica considera que el automóvil aparece como símbolo de prestigio, poder, estatus y riqueza. La política lo relaciona con la propiedad privada y con la libertad de adquisición y el uso de bienes.

El enfoque psicológico asocia su uso a las ideas de juventud y de placer personal. El valor del automóvil a partir de su utilidad real es analizado desde la perspectiva económica. Estas primeras cuatro visiones son denominadas convencionales y consideradas insuficientes para explicar este fenómeno (Vasconcellos, 2015). El enfoque sociológico entiende el uso del vehículo particular como medio de reproducción de clase, garante de las actividades mercantilizadas de las nuevas clases medias (Vasconcellos, 2015). Estas actividades los diferencian de las clases trabajadoras, usuarias del transporte público. Los problemas derivados del uso intenso del automóvil son varios: congestión de tránsito, incremento en la contaminación ambiental y atmosférica, incidentes viales cuyas principales víctimas son peatones (Lupano, 2009). El tránsito vehicular en la Ciudad Autónoma es percibido por los conductores como caótico, violento, transgresor, falto de respeto. En la revisión bibliográfica, las conductoras mujeres de todas las edades refieren haber sufrido discriminación de género en su rol de conductoras (Geldstein, Di Leo, Ramos Margarido, 2011). También se identifican discursos estereotipados y negativos sobre los conductores de mayor edad, que se definen como “vacilantes y sin reflejos” (Geldstein *et al.*, 2011). En el campo del tránsito, aparece un discurso hegemónico de dominación masculina que sostiene que los hombres conducen mejor. Muchas mujeres maduras naturalizan la supuesta superioridad de los hombres como conductores, y otras han tenido que luchar para lograr el acceso a un medio y a un espacio hegemónicamente masculinos.

Respecto de las personas mayores entrevistadas en este estudio, solo dos concurren al centro de salud en su vehículo particular, ambos hombres. En un caso, porque lo considera más económico que tomar remís o taxi; en el otro caso, porque es el único medio en el que se traslada debido a limitaciones físicas. La mayoría no tiene licencia de conducir actualmente. Quienes tenían licencia y dejaron de manejar, hombres y mujeres, lo han hecho por propia voluntad: “Porque un día dije: ‘No manejo más. En la calle, están todos locos, locos. No manejo más’” (Luisa, 71 años); “Cuando me jubilé, quise dejar de manejar” (Víctor, 91 años). Otras personas refieren haber dejado de conducir por propia decisión, como consecuencia

de sus limitaciones físicas y para evitar riesgos: “Dejé de manejar por la vista” (María, 74 años); “Por problemas en la vista y el oído” (Nicanor, 76 años).

Por distintas causas, estas personas han decidido en forma autónoma dejar de conducir, incluso algunas afirman haber vendido su vehículo. La legislación vigente en el país no establece límites de edad cronológica para acceder al registro habilitante. Para la renovación, las personas mayores de 65 años, además del examen psicofísico, deben rendir nuevamente el teórico y el práctico. Cada tres años, tienen que realizar el trámite completo, el mismo requerido para conductores y conductoras principiantes. En el caso de mayores de 70 años, como indica la Ley de Tránsito N.º 24.449, se renueva anualmente.

Otros modos de transporte que circulan en la CABA de baja o nula adhesión son las motos o los ciclomotores, el tren y las combis.

En la Ciudad Autónoma, la moto es utilizada predominantemente por personas jóvenes, en la franja etaria de 25 a 34 años (ENMODO, 2010). Las personas mayores consultadas no utilizan este tipo de medio y lo ubican dentro del grupo de transportes que no consideran posible de utilizar, por imposibilidad física o por temor. Así lo manifiestan algunas mujeres consultadas: “Es peligrosa” (Alba, 73 años); “Siento temor” (Jacinta, 68 años). A estas mujeres, la moto les genera miedo e inseguridad; estas sensaciones son señaladas como motivos de su no elección.

Respecto del tren, en la CABA, circulan varias líneas ferroviarias: Mitre, Belgrano Norte, Belgrano Sur, San Martín, Sarmiento, Roca y Urquiza. Atraviesan distintos barrios y conectan con localidades del conurbano bonaerense. Según la literatura, las principales personas usuarias de los trenes pertenecen a las capas medias y bajas, que utilizan el servicio por motivos laborales (Pérez, 2017). Ninguna de las personas mayores consultadas utilizó este medio para concurrir al servicio de salud. Cabe mencionar que los centros donde se realizó este estudio están alejados de las estaciones de las líneas ferroviarias que circulan por la CABA. El tren es elegido como modo alternativo a los habituales por su rapidez y con otros fines, para trasladarse al conurbano bonaerense los fines de semana y porque “viajan gratis”. En ambos casos, se trata de usuarios hombres.

Las combis, las *traffic*, los *charters* o los minibuses surgen a partir de los años noventa, como consecuencia de varios fenómenos: el deterioro del transporte público colectivo, la suburbanización que se evidencia con el crecimiento de los barrios cerrados en el Gran Buenos Aires y la percepción de inseguridad en el espacio público. Es un tipo de transporte también considerado alternativo. Se utiliza, principalmente, para viajes cotidianos pendulares (de casa al trabajo, del trabajo a casa), que ofrecen la posibilidad de trayectos directos por autopista desde el conurbano. Por estas razones, las personas laboralmente activas que se trasladan en un servicio cómodo y rápido desde los corredores oeste, sur y norte hacia la Ciudad Autónoma de Buenos Aires diariamente para trabajar son las principales usuarias (Gutiérrez, 2005). Las personas mayores consultadas que residen en la provincia de Buenos Aires y se trasladan a la CABA por motivos de salud no utilizan este medio de transporte ni lo consideran un modo alternativo para viajar; desconocen las características de este servicio, y esto lo obtura como opción.

Finalmente, analizaremos el traslado programado para la atención de la salud, servicio disponible para las personas afiliadas a la Obra Social de Jubilados y Pensionados. A principios de 2018, se implementó una nueva normativa para el traslado de las personas afiliadas. El Módulo de Atención de Traslados Programados establece los servicios individuales de movilidad terrestre para afiliados y afiliadas que presenten imposibilidad física o cognitiva de trasladarse por sus medios. La finalidad es garantizar el acceso a la prestación médica. Incluye varios objetivos de viaje, como realización de estudios, pruebas y colocación de prótesis, traslados por alta, entre otros. Establece los tipos de servicio contemplados según la situación de cada persona, automóvil o utilitario para autoválidos, ambulancia de baja complejidad para personas que utilizan silla de ruedas o requieren camilla, ambulancia con médico para quienes necesiten asistencia técnico-sanitaria, ambulancia con unidad de terapia intensiva móvil para los casos complejos y ambulancia para pacientes con obesidad.

Estos servicios pueden ser brindados mediante ambulancias propias o por prestadores privados que reúnen los requisitos de acreditación para la firma de convenio. Los prestadores privados perciben aranceles estipulados por el tipo de

servicio y por la cantidad de kilómetros recorridos. El pago total del servicio es afrontado por la obra social, sin costo para la persona afiliada usuaria.

Respecto del procedimiento para acceder a esta prestación, existen diferencias regionales en el país. En el caso de la CABA, los traslados que no constituyen una emergencia requieren la indicación del médico de cabecera de cada persona mayor o pueden ser gestionados en las agencias en que se encuentran afiliadas. Cuando la persona afiliada tiene confirmado un turno médico, debe comunicarse con 48 horas de anticipación a la central telefónica para gestionar el traslado. En ese momento, se le designa un prestador. La difusión de este tipo de servicio y su nueva modalidad se realizaron, principalmente, a través de la web y de las redes sociales.

En el caso de las personas entrevistadas en el marco del presente estudio, solo una mujer con dependencia para deambular asistió al centro de salud con este tipo de traslado y acompañada por una cuidadora formal. La mayoría desconoce este tipo de prestación: “No lo conozco” (Luisa, 71 años). La mayoría de quienes lo conocen no lo han utilizado e indican que no han tenido “necesidad”: “No lo necesitamos hasta ahora” (Iris, 77 años). Quienes sí lo han utilizado descalifican esta modalidad. Varias personas la caracterizan de manera negativa porque la ineficiencia del servicio obstaculizó el acceso a la salud: “Nunca vino. Tramité, y no vino” (Hugo, 75 años). Los acompañantes también reportan obstáculos derivados de las deficiencias en el traslado programado de la obra social: “No vinieron, y perdí el turno” (esposo de Estefanía, 78 años). Las referencias negativas sobre este servicio, aunque la persona mayor no haya padecido estos problemas de manera directa, lo invalida como opción. Es decir, sin haber sido usuarias, lo califican de manera negativa; este es motivo suficiente para desestimar su uso: “Me contaron que tarda mucho” (Juana, 78 años). Este tipo de elección modal no es relevante para las personas consultadas; el desconocimiento del servicio y el procedimiento de acceso, sumado al desprestigio y a las “malas experiencias”, derivan en una baja adhesión de uso.

Conocer los modos que no se usan y la fundamentación de su exclusión como opción de viaje nos permite inferir las barreras que intervienen en cada uno y que los

invalidan como posibilidad de traslado. Los modos de adhesión media también fueron incorporados para el análisis de las barreras; principalmente, al valorar aspectos negativos que los ubican en dicha posición. Este análisis permite identificar las barreras de habilidad, culturales, emocionales, tecnológicas, organizacionales y económicas que intervienen en la elección modal de las personas mayores.



Ilustración 6. Barreras que intervienen en la elección modal en la movilidad de personas mayores. Fuente: Elaboración propia.

4.1.4. Los modos alternativos

Con el fin de conocer los cambios en las trayectorias de movilidad y qué los generan, consultamos a las personas mayores sobre la utilización de modos alternativos a los habituales. Además, indagamos sobre los hechos y las motivaciones que dieron lugar a la modificación del modo de uso frecuente. Las divergencias aportan información sobre los motivos que originan rupturas en los hábitos de uso. Más de la mitad de las mujeres utilizan modos alternativos de traslado para la atención de su salud frente a situaciones especiales, como intervenciones quirúrgicas o urgencias. Con más frecuencia, ellas eligen como segunda opción el subte, el

colectivo, el tren y el traslado familiar, seguido del remís y el taxi. El tren es mencionado como medio de traslado para otro fin de viaje, como visitar a la familia. Seleccionan el colectivo por ser más económico y porque carecen de recursos para pagar los más costosos. El remís vuelve a ser elegido, esta vez como alternativa, por su confiabilidad para resolver la necesidad de un traslado más protegido o para llegar a tiempo, lo que también sucede, aunque en menor medida, con el taxi.

La mitad de los hombres presentan una tendencia conservadora respecto de los modos de uso: refieren utilizar una sola forma de viaje de manera habitual. Hemos señalado precedentemente que otros investigadores también observaron la tendencia masculina a mantener sus costumbres sobre el tipo de viaje el mayor tiempo posible (Alsnih y Henser, 2003). Los escasos hombres mayores que modifican sus modos habituales de uso optan por el tren o el traslado familiar.

Las personas entrevistadas, tanto hombres como mujeres, utilizan un solo tipo de transporte para trasladarse al centro de salud: no se hallaron usos combinados o multimodales. Estas personas valoran su propio tiempo, lo que puede inferirse cuando fundamentan los motivos de su elección modal. Eligen determinada forma de traslado por la rapidez del servicio y porque evitan “llegar tarde” a los servicios de salud; en especial, cuando se trata de turnos estipulados previamente. En el caso del transporte público colectivo, al tiempo de viaje debe sumarse el tiempo de llegada hasta la parada, la espera en la parada y luego, al bajar, el trayecto hasta el centro de salud, lo que se denomina “tiempo de acceso” (Vasconcellos, 2015).

Como ya hemos desarrollado, el automóvil propio, el traslado familiar, el remís y el taxi son consideradas las principales formas de movilidad por las personas mayores entrevistadas para el traslado a los servicios de salud de manera protegida; en especial, cuando presentan restricciones físicas en la movilidad. También los seleccionan en situaciones especiales, como emergencias o necesidad de mayor cuidado por fragilidad.

En la literatura analizada, se desarrollan las desventajas de estos modos a corto, mediano y largo plazo, dado que promueven congestión vial, contaminación ambiental, atmosférica, visual y sonora, accidentes de tránsito, déficit energético y

ocupación del suelo, que restringe los espacios para los ciudadanos (Dombriz Lozano, 2009). Por las deficiencias de accesibilidad en los servicios públicos ofertados en la CABA, las personas mayores restringen su uso, y el modo motorizado individual se convierte en indispensable; en especial, en aquellos momentos críticos en los que se enfrenta un dilema de compleja solución. Por múltiples razones, se intenta disuadir a la población de usar el modo motorizado individual, pero se trata del único medio que proporciona un traslado protegido a las personas mayores con dificultades físicas para desplazarse.

Desde las políticas públicas de transporte implementadas en los últimos años en la CABA, se ha alentado la utilización de los modos no motorizados por varios motivos ya señalados. Para las personas mayores, estos modos no constituyen el tipo prioritario ni habitual de desplazamiento; en especial, el caso de la bicicleta, cuya selección como modo de traslado es nula en los hombres y en las mujeres participantes en este estudio.

En la elección modal, intervienen muchos factores no monetarios, como tiempo de viaje, comodidad, accesibilidad y confiabilidad (Vasconcellos, 2015). Respecto de los monetarios, generan desigualdad, ya que el uso de modos protegidos es más costoso, y su acceso depende de la capacidad económica de las personas mayores.

De acuerdo con la información recopilada, podemos afirmar que las personas mayores interactúan en el espacio social alternando roles activos y pasivos, como pasajeras del transporte público, conductoras de automóviles, caminantes, acompañantes, usuarias de servicios. Algunos de esos roles son más vulnerables, como el de usuarias de colectivo o peatonas; en el último caso, por el riesgo a accidentes o caídas en la vía pública debido al mal estado de las calles y de las veredas, o por falta de respeto ante las reglas viales. La utilización de modos inseguros expondría a las personas mayores a una situación de desprotección.

En síntesis, si bien la oferta de transporte en la CABA es múltiple, las valoraciones y los atributos negativos invalidan varios tipos, y ello restringe la elección modal. Al momento de optar por un modo de viaje, factores intrínsecos y

extrínsecos inciden en la decisión. Por temor, mal servicio, problemas de accesibilidad y otros motivos, varios modos son desestimados para viajar. De esta manera, las personas mayores que necesitan trasladarse a los servicios de salud disponen de acotadas posibilidades entre las cuales optar. Los modos de baja o nula adhesión superan en cantidad a los de adhesión alta, lo que visibiliza las restricciones que operan en el acceso a la movilidad de las personas mayores respecto de la elección modal.

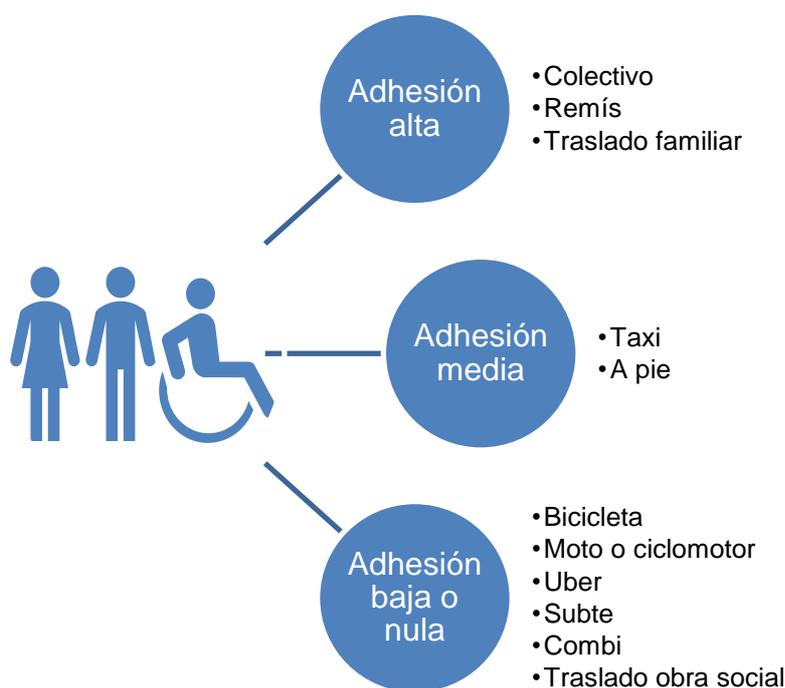


Ilustración 7. Elección modal de personas mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por adhesión. Fuente: Elaboración propia.

4.2. Barreras y facilitadores en el acceso a los servicios de salud relacionadas con la movilidad

En el apartado anterior, hemos explicado y analizado los modos de movilidad de las personas mayores en la CABA: los más utilizados, los desestimados y sus justificaciones. Así, conocimos las prácticas de viaje, las regularidades y las divergencias, los modos de mayor adhesión, los de adhesión media y los de adhesión baja o nula. Conocer los modos omitidos nos permitió aproximarnos a las

limitaciones y a las representaciones de cada uno que los invalidan como posibilidad de traslado.

En este apartado, relacionamos los modos de movilidad con el acceso a los servicios y problematizamos respecto de su carácter facilitador u obstaculizador en el acceso a la salud; asimismo, analizamos posibles estrategias o nuevos hábitos de traslado. Como veremos, las barreras para el acceso a la salud relacionadas con la movilidad presentan una semejanza significativa con las barreras en la elección modal ya desarrolladas.

Existen distintas perspectivas teóricas sobre el concepto de accesibilidad, que consideran múltiples aspectos para su valoración. A los fines del presente estudio, adherimos a la definición de accesibilidad a los sistemas de salud como “el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios” (Rossi *et al.*, 2007: 11). Las barreras que obstaculizan el acceso a la salud pueden clasificarse a partir de diversas dimensiones: barreras de habilidad, organizacionales, económicas, culturales, tecnológicas, comunicacionales, emocionales y geográficas. Muchas veces, estos factores no aparecen de manera aislada, sino relacionados.

La dimensión geográfica considera las distancias entre el lugar de residencia y los centros de salud. En este estudio, han sido dispares, ya que las personas usuarias provienen tanto del mismo barrio como de barrios distantes, incluso de la provincia de Buenos Aires. Las condiciones adversas del clima inciden parcialmente: en general, en estos casos, optan por modos protegidos; son pocas las personas que no asisten a las consultas por este motivo; se trata del grupo poblacional con menores recursos económicos.

En algunas personas mayores, las prácticas de movilidad permanecen estables, puesto que conservan los hábitos de traslado habituales, y se modifican por la irrupción de algún evento que genere una barrera.

Conocer las necesidades de movilidad de las personas mayores y analizar los obstáculos que enfrentan permite diseñar políticas de transporte inclusivas. Las dificultades que, con frecuencia, se presentan impiden la realización de los traslados

y, por consiguiente, la efectivización de sus derechos; en este caso, el derecho a la salud.

4.2.1. La movilidad del autocuidado

Al explicar la organización de los servicios de salud dirigidos a personas mayores, señalamos la coexistencia de los tres subsistemas y la posibilidad de contar con más de un tipo de cobertura. Aquí analizaremos las prácticas de viaje de las personas mayores para la atención de su salud en relación con los servicios. La movilidad del autocuidado es la movilidad realizada por las personas mayores para el cuidado de su salud y se relaciona de manera directa con la organización de cada servicio. Los pertenecientes a la obra social tienen un tipo de procedimiento, y los servicios públicos, otro; por eso, los requerimientos de movilidad de las personas usuarias en cada uno son desiguales. La organización administrativa de ambos servicios se articula con las necesidades de movilidad que generan.

La obra social tiene alcance nacional y, por su dimensión, se encuentra estructurada en agencias locales. En la CABA, se ubican más de 15 unidades de atención, entre agencias y oficinas, dentro de hospitales. Cada persona mayor se afilia a la institución en la Unidad de Gestión Local (UGL) correspondiente a su domicilio personal. Se le asigna un médico de cabecera y diferentes prestaciones locales, como laboratorios y acceso al segundo nivel de atención. Las personas pueden ser derivadas a servicios en otros barrios por distintos motivos, como inexistencia de un prestador de cercanía para realizar estudios complejos o falta de cama para internación en su zona. Quienes residen en la provincia de Buenos Aires también pueden acudir a la CABA por derivación o de manera espontánea.

La organización descentralizada no redundará en un mejor acceso a la salud. Si bien cuentan con servicios de proximidad, pueden optar por acudir a servicios ubicados fuera de la zona en que habitan.

Quienes no perciben jubilación o pensión y, por tanto, no pueden afiliarse a la obra social, acuden al sistema público, servicio gratuito integrado por hospitales y

centros de atención primaria. En estos casos, los trayectos que las personas deben realizar también se vinculan con la organización de cada sector. En el hospital donde se realizó el trabajo de campo, la atención en el servicio de geriatría responde a la demanda espontánea, es decir, no tienen que acudir previamente a solicitar turno. Las personas mayores que disponen de recursos económicos y se afilian a una empresa de medicina prepaga, en general, cuentan con mayores facilidades en las gestiones por tratarse de un servicio privado. En pocas palabras, cada subsistema adopta sus propios procedimientos; de allí derivan las movilidades que las personas usuarias deben concretar para el logro de su atención.

Respecto del género, en las concurrencias a los centros de salud, hallamos mayor presencia femenina en los distintos servicios de primer nivel. Las principales usuarias son mujeres, que realizan actividades vinculadas a la promoción de salud y prevención de enfermedades, que permiten resolver de manera temprana problemas de salud. Acuden para la atención en consultorios, la realización de estudios de control o aplicación de vacunas. Como hemos mencionado al desarrollar los aspectos demográficos, las mujeres mayores superan en cantidad a los hombres, pero otros factores pueden incidir en su mayor presencia física en el Hospital. Las particularidades biológicas y las funciones reproductivas implican una demanda temprana de servicios de salud en las mujeres (Vicente, 2018). Estudios previos indican que son ellas quienes más acuden a los servicios de atención primaria o de primer nivel para la atención de su salud, en todas las edades (López, Findling y Abramzón, 2006; López y Findling, 2009; Vicente, 2018).

Los hombres tienden a interpretar la enfermedad y los servicios de salud como símbolos de debilidad (Ballesteros, 2014). La mayor presencia masculina en el hospital público donde desarrollamos este estudio se observa en el segundo nivel de atención, donde se hallan hombres internados por enfermedades agudas, con mala conciencia de la enfermedad, falta de adhesión al tratamiento, en situación de vulnerabilidad y poca o nula red de contención, lo que dificulta el egreso o alta hospitalaria. Estos hombres mayores "... excluyen de sus vidas la posibilidad de cuidarse, de atender su salud, de ser cuidados o de cuidar a otros" (Vicente, 2018: 69). En cuanto a las diferencias por género relacionadas con el tipo de servicios, las

producciones indican que las mujeres los utilizan más con una finalidad preventiva, y los hombres, curativa (Ballesteros, 2014). Esto coincide con la población hallada en los servicios al realizar el trabajo de campo.

En el caso de las personas trans, la baja expectativa de vida, situada en los 35 años aproximadamente, explica, de alguna manera, su poca representatividad en el grupo de personas mayores (Rada Schultze, 2013).

Las mujeres, los niños y niñas y las personas de edad avanzada, son los grupos que más acuden a servicios de salud. Según los datos de la ENES, el 36 % de las personas mayores debe movilizarse más de once cuadras para acceder a los centros sanitarios (Piovani y Salvia, 2018).

La movilidad de las personas por motivos de salud ha sido poco considerada en los estudios tradicionales de transporte, que priorizaban el motivo laboral y el educativo, denominado “movilidad obligada”, y los análisis basados en las personas usuarias, en general, jóvenes. Los traslados por motivos de salud se incluían en la categoría “otros motivos” subestimando su importancia (Herce, 2009). Esta es una de las razones por las cuales se cuenta con escasa información sobre los traslados que relacionen las variables edad, género y motivos de viaje en sentido amplio y respecto de las barreras en la movilidad.

En los trayectos hacia los servicios, pueden presentarse distintas barreras que dificulten el acceso. Dichas barreras obstruyen las posibilidades de desplazamiento de las personas mayores que requieren apoyo. Se define barrera como “todo obstáculo natural o artificial que constituya un problema de movilidad o accesibilidad, pudiendo hacer impracticable un espacio urbano, un edificio o un transporte, para algunos usuarios” (Olivera Poll, 2006: 327).

El acceso se relaciona con el efectivo uso de los servicios, más allá de su existencia concreta. Si una persona, por residir a gran distancia de los servicios o por otros motivos, no puede asistir, aunque las prestaciones sean gratuitas, no podemos afirmar que se halle garantizado su acceso a la salud (Martínez *et al.*, 2016). Jirón e Imilan (2018) recomiendan problematizar sobre las barreras de accesibilidad para

conocer los obstáculos que se enfrentan. A partir de allí, pueden implementarse acciones concretas tendientes a su eliminación.

En este estudio, analizamos los trayectos realizados desde el domicilio hasta el centro de salud, para lo cual indagamos sobre la ubicación de los hogares de las personas mayores entrevistadas, tanto en el servicio público como en el de la obra social. Los orígenes son múltiples: hallamos habitantes de la CABA y también del conurbano bonaerense. Las procedencias se distribuyen de manera muy similar entre quienes residen en el mismo barrio donde se ubica el centro de salud o el hospital, en un barrio cercano (limítrofe con el primer cordón), en un barrio medianamente alejado (limítrofe con el segundo cordón), en un barrio alejado (resto de los barrios de la CABA) o en la provincia de Buenos Aires. Utilizan un solo modo de transporte para llegar, incluso quienes provienen de lugares distantes.

En los centros de salud de la obra social, al consultar a las personas mayores sobre sus lugares de residencia permanente, observamos que predominan los barrios de la zona sur del conurbano bonaerense; varios casos de habitantes de Lanús y de la zona oeste, como Villa Celina, Ramos Mejía y Aldo Bonzi. Estas personas optan por desplazarse más en busca de una mejor calidad en la atención de su salud. Refieren distintas situaciones en los servicios provinciales en las que no fueron atendidos o la atención no resultó como esperaban, no funcionaba el tomógrafo o el médico “no estaba”. Estos hechos impulsaron su decisión de trasladarse a la CABA con el fin de acceder a una mejor prestación. La misma situación se observa en un entrevistado proveniente del barrio de Retiro, alejado del centro de salud adonde acude para su atención, situado en el barrio de Parque Chacabuco. Comenta que personas allegadas le preguntan: “¿Hasta allá te vas?”. Con diagnóstico de enfermedad de Parkinson, elige viajar un extenso tramo sin acompañante y en transporte público colectivo para acceder a un servicio que considera de mayor calidad.

SERVICIO DE OBRA SOCIAL

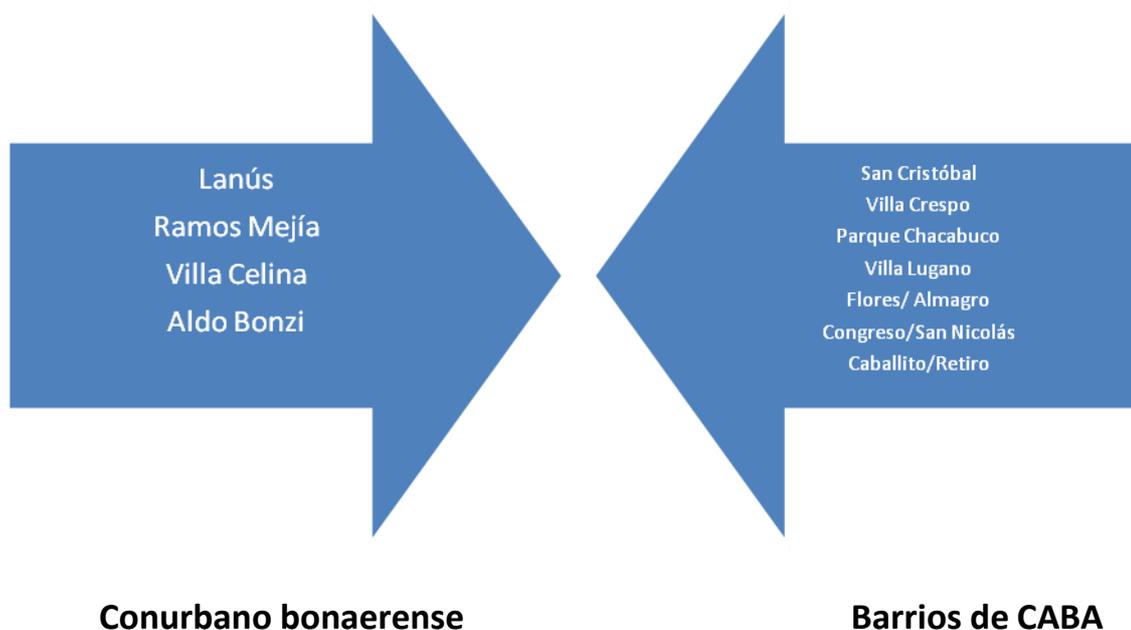


Ilustración 8. Procedencia de personas mayores usuarias del servicio de obra social. Fuente: Elaboración propia.

Cuando las personas usuarias realizan trayectos extensos, los costos en concepto de transporte son mucho más elevados que si optaran por un servicio de salud de cercanía. Algunas personas se trasladaron en remís desde Aldo Bonzi y desde Villa Celina; otras, en automóvil propio o recurrieron al traslado familiar. La búsqueda de una mejor atención justifica la decisión de efectuar un gran desplazamiento a un costo mayor. Si bien es menor la cantidad de hombres entrevistados, son las mujeres quienes más optan por esta posibilidad.

Respecto del servicio público, también se registran procedencias provinciales; principalmente, de la zona oeste: Villa Celina, Villa Madero; y un solo caso de Avellaneda, en la zona sur. También en este caso, los motivos de la decisión de realizar viajes más extensos se relacionan con la calidad de atención: “Acá hay buenos médicos”. Este entrevistado relata un recorrido previo por otras instituciones ubicadas en San Justo y en Haedo. Su disconformidad con la atención recibida lo conduce a optar por el hospital ubicado en CABA y a sostener en el tiempo su concurrencia a esta institución, a pesar de la lejanía de su lugar de residencia.

HOSPITAL PÚBLICO

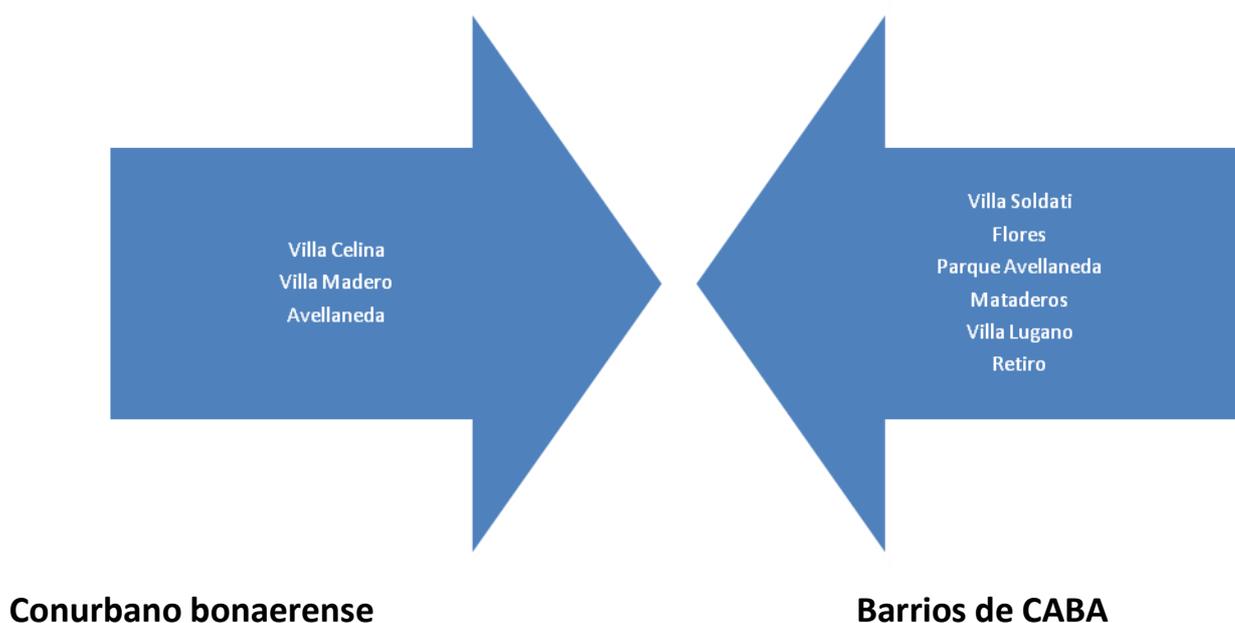


Ilustración 9. Procedencia de personas mayores usuarias del hospital público. Fuente: Elaboración propia.

Las comunicaciones eventuales que mantuvimos con personal administrativo del sector de admisión durante el trabajo de campo nos permitió acceder a su opinión sobre las múltiples procedencias de las personas usuarias del servicio público y reconocer la alta demanda de personas oriundas de la provincia de Buenos Aires: “Acá vienen mucho de La Matanza, generalmente, por falta de insumos en la provincia”.

La movilidad no constituye un obstáculo en la búsqueda de una finalidad relevante, como la atención de la salud. Las personas mayores entrevistadas están dispuestas a realizar tramos más extensos, a afrontar costos más onerosos con el fin de acceder a un servicio de salud de mejor calidad, real o imaginado. No se trata de desplazamientos forzados, sino autónomamente decididos. La distancia geográfica entre los servicios de salud y los hogares fue señalada como obstaculizador del acceso en estudios previos (Martínez *et al.*, 2016). En nuestro estudio y en la muestra con la que se trabajó, la distancia geográfica no constituye un impedimento. Cabe recordar que se trata de personas, en su mayoría, autoválidas, lúcidas, con capacidad

de decidir y elegir los servicios de su preferencia y con recursos suficientes para afrontar los costos que demande su traslado. Según Pantelides (2005), las experiencias pasadas de mala calidad en los servicios actuaría como disuasivo de consultas futuras, lo que se ve facilitado por la posibilidad de las personas afiliadas a la obra social de cambiar de servicio en busca de mejor atención.

La opción de realizar viajes largos, incluso a un costo más elevado, trasladándose desde distintos puntos de la provincia de Buenos Aires hasta la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en busca de una atención de mayor calidad, nos enfrenta a una forma particular de movilidad. Denominaremos a este tipo de acciones “movilidad táctica”, entendidas como las movilidades decididas e implementadas para alcanzar determinadas metas. Según investigaciones previas, muchas veces, estas decisiones, que dan lugar a nuevas movilidades, se fundamentan en vivencias anteriores, son producto de las experiencias, valoraciones y significaciones de las personas usuarias (Imilan, 2018).

Luego consultamos a las personas entrevistadas sobre si la movilidad fue un obstáculo para acceder a los servicios de salud. Solo 12 personas respondieron de manera afirmativa; principalmente, refieren haber perdido turnos como consecuencia de la imposibilidad de trasladarse. También mencionaron los conflictos gremiales como las principales causas; señalaron que distintas situaciones, como paros de transporte, movilizaciones o manifestaciones en el espacio público, les impidieron llegar.

En sus relatos, los hombres y las mujeres mayores marcan otras situaciones contingentes que obstaculizaron el acceso a los servicios vinculados a la movilidad. Cuando el traslado programado por la obra social no asistió o cuando su automóvil se hallaba en reparación, no fue posible concurrir y concretar la consulta pautada. Varias personas hicieron referencia a las malas condiciones climáticas, los días de lluvia excesiva o de frío intenso en invierno, y la imposibilidad económica de utilizar un medio de transporte personalizado, como un remis, para protegerse. Matilde (68 años), quien reside en la Villa 1-11-14, no cuenta con jubilación ni pensión, está desocupada y carece de recursos para acceder a modos protegidos, explica: “Si está feo el tiempo, no puedo salir. No tengo modo de pagar”. Una entrevistada que se

traslada a la madrugada caminando varias cuadras para llegar al hospital, en ocasiones, omite concurrir porque teme por su seguridad. En otro caso, adopta la estrategia de salir más temprano si las condiciones son complicadas para garantizar llegar a horario y ser atendida. Las demoras de los colectivos y remises también son mencionadas como obstáculos que imposibilitan la atención.

Desde la perspectiva de otros actores institucionales, la disponibilidad de recursos también es un elemento que interviene en el acceso. El personal administrativo de una de las recepciones de los centros de salud de la obra social explica la notoria disminución de la cantidad de pacientes que asisten a rehabilitación hacia el fin de cada mes y, en especial, en días de lluvia: “Todavía no cobraron y no tienen plata para pagar remis o taxi”.

De lo expuesto, se desprende que, en la movilidad para el autocuidado, juega un rol fundamental la representación que tienen las personas mayores sobre la calidad de los servicios. Seleccionan los valorados de mejor calidad y relegan los de cercanía, incluso si es necesario realizar trayectos largos. Por consiguiente, las distancias y los costos se incrementan, y, en este último caso, pueden determinar el acceso. En conclusión, para las personas mayores entrevistadas, la distancia geográfica no constituye un impedimento, tampoco los recursos económicos, ya que, incluso cuando viven en provincia, priorizan su interés por ser atendidas en los servicios ubicados en la CABA y afrontar costos de desplazamiento elevados. Sin embargo, este hallazgo hecha luz sobre el acceso desigual a los servicios de mejor infraestructura; principalmente, para las personas mayores con alguna discapacidad que residen en zonas distantes y no disponen de medios económicos para garantizar su traslado.

4.2.3. Los viajes y el logro de sus finalidades

La movilidad insatisfecha comprende los traslados que no logran cumplir el fin que los motiva, son los denominados “viajes inútiles” (Gutiérrez, 2010). Más de la mitad las personas mayores consultadas identifican este tipo de movilidad, generada

por diversos hechos: medidas gremiales, ausencia de profesionales o problemas de distinta índole en los servicios de salud, tanto públicos como privados.

Las medidas de fuerza gremial pueden ser sorpresivas o programadas. Si es programada, existe la posibilidad de evitar el traslado de las personas mayores mediante una comunicación telefónica previa, que, de no realizarse, deriva en un viaje inútil. Varias personas refieren haber llegado al lugar y no ser atendidas por este motivo: “Estaban de paro” (Dora, 79 años); “Ese día, estaban de huelga los médicos” (Oscar, 65 años).

Los problemas de falta de comunicación se repiten en los casos de inasistencia de los profesionales. Si la ausencia es planificada, el viaje inútil puede evitarse: “El médico no vino, y no me avisaron” (María, 74 años); “Sí, muchas veces. Una vez fui a Emilio Mitre, y decía que estaba cerrado, no atendían. No sé por qué. A veces, al médico se le murió la suegra, no vino...” (Luisa, 71 años).

Por otra parte, las deficiencias propias de los servicios también intervienen impidiendo el logro del fin del viaje: “Sí, no funcionaban los aparatos, el médico no estaba” (Gladys, 64 años). La burocracia administrativa complejiza el acceso e impulsa movilidades adicionales: “Vine a sacar turno, y no había. Voy a PAMI 6, y me mandan a otro lado, y así. Hay un estudio que hace un año que estoy tratando de conseguir” (Marta, 68 años).

No se han observado diferencias entre el servicio público y el servicio de obra social respecto de las dificultades para alcanzar el objetivo del viaje; en ambos casos, refieren situaciones similares. Podríamos inferir que los obstáculos administrativos se producen en menor medida en el servicio público, dado que los turnos se entregan el mismo día.

Conviene señalar que los viajes inútiles pueden originarse en factores intrínsecos, es decir, causas inherentes a la persona, como confusiones sobre días y horarios, o llegadas tarde. Así lo señalan varias entrevistadas: “Porque yo me equivoqué de día” (Ramona, 75 años); “Me confundí el horario” (Estefanía, 78 años). Mencionamos estas situaciones, pero no las consideramos barreras correspondientes a la movilidad.

La movilidad asociada comprende los “viajes realizados para cumplir otros fines asociados al principal” (Gutiérrez, 2010: 16), como solicitar turnos, retirar resultados de estudios o autorizar órdenes de práctica. En este sentido, las personas mayores entrevistadas identifican varios viajes que se podrían evitar, pero la mayoría menciona un hecho principal: la solicitud personal de turnos. Sobre este punto, es necesario explicitar las distintas modalidades en los dos grupos estudiados. En los servicios de obra social, existen, formalmente, dos modalidades: la solicitud telefónica mediante una línea específica y la solicitud personal. La línea telefónica es gratuita y, supuestamente, brinda su servicio a los afiliados en horarios extensos, incluso los fines de semana. Al llamar, una grabación anuncia que la central de turnos atiende de lunes a domingo desde las 7 hasta las 16. Las personas afiliadas entrevistadas manifiestan recurrentes referencias negativas sobre este servicio: “En los teléfonos, no atienden nunca” (Juan, 63 años); “No atienden el teléfono, es un caos” (Gladys, 64 años); “Podés estar ocho horas, y no atienden el teléfono. Tenés que ir a la ventanilla” (Rita, 62 años). La segunda opción, y la más utilizada, es la solicitud de turno personal. El primer día hábil de cada mes, se habilita la agenda de turnos del mes siguiente. De acuerdo con los distintos relatos, es necesario asistir los primeros días, ya que, si se completa el cupo, no es posible acceder; en ese caso, se debe acudir nuevamente los primeros días del mes siguiente. Uno de los entrevistados expresa: “Tenés que ir el primer día del mes y a las 7 de la mañana” (Hugo, 75 años). Este viaje podría ser omitido si se implementaran formas alternativas que faciliten las gestiones: “Se podría evitar ir si funcionara el teléfono para sacar turnos: no atienden” (María, 74 años). Son los hombres quienes más se expresan respecto de este problema, aunque varias personas identifican traslados posibles de suprimir que corresponden a obstáculos administrativos, como órdenes vencidas, gestiones reiteradas, falta de aviso de ausencia de médicos, pedidos de kinesiología. Señala una afiliada: “Te mandan a demasiadas partes a autorizar, muchos trámites. Hay gente que no puede... Tendría que ser más fácil” (Felicitas, 68 años). En algunos casos, estas gestiones se delegan en un familiar, si es que cuentan con este tipo de red de apoyo. Las dificultades derivadas de la organización del sistema de salud y de las formas de funcionamiento cotidiano (en particular, la modalidad de reserva de turnos) fueron denominadas “barreras sociales”

(Pantelides, 2005). Es probable que estas barreras disminuyan con el aumento del uso de modos virtuales en las personas mayores. Si bien el nivel de uso continúa siendo bajo, en los últimos años, se ha procurado la capacitación de las personas mayores en nuevas tecnologías, que han ampliado sus posibilidades de apropiación.

En el servicio público, se presenta un escenario diferente, ya que, como hemos explicado, los turnos se otorgan en el día, es decir, las personas mayores asisten temprano y acceden a la consulta médica mediante la llamada “demanda espontánea”. Esta modalidad se implementa en el servicio de Geriatria, cuyas personas usuarias fueron entrevistadas. Según señala el personal administrativo del sector: “En Geriatria, atienden a todos”, sin turno programado. En otras especialidades la situación es más compleja, como Obstetricia, Ginecología, Urología, por mayor demanda de consultas. Podríamos conjeturar que, de extenderse esta modalidad a todos los servicios de atención de personas mayores, se evitarían movilizaciones adicionales e inútiles.

4.2.4. Los reclamos por deficiencias en el transporte

En la CABA coexisten distintos recursos institucionales para efectuar reclamos por deficiencias en los servicios de transporte: la Comisión Nacional de Regulación del Transporte, la Defensoría del Pueblo y varias organizaciones no gubernamentales de defensa de derechos de consumidores o usuarios. Para los traslados programados por la obra social, la gestión por reclamos puede realizarse telefónicamente mediante un número de comunicación gratuita, cuando sea posible lograr comunicarse, ya que varias personas mayores entrevistadas han señalado las periódicas dificultades con este servicio. Dado que el teléfono de línea constituye la principal forma de contacto de las personas mayores, sería importante reforzar y mejorar este medio.

Cuando un problema similar afecta a varias personas, puede suceder que se agrupen para el logro de un objetivo común, lo que se denomina “acción colectiva”. La disconformidad frente a hechos considerados injustos puede generar acciones

individuales o colectivas, que procuren su modificación, o ninguna de las dos. En Latinoamérica, la organización colectiva orientada a las mejoras en los servicios de transportes es débil o nula; se reduce a reclamos aislados por accidentes puntuales, que no derivan en transformaciones definitivas (Vasconcellos, 2015). En la bibliografía especializada, se señala que uno de los motivos de la poca existencia de movimientos sociales del transporte es el desempeño de varios roles de manera alternada: peatón, conductor, acompañante (Vasconcellos, 2015). En el caso de reclamos por accidentes fatales individuales, no perduran en el tiempo. En la provincia de Buenos Aires, los reclamos aparecen bajo la forma de estallidos que expresan disconformidad y dinamizan cambios; en especial, en el modo ferroviario (Pérez, 2011). En 2012, se produce una tragedia cuando una de las formaciones impacta contra el andén al arribar a la Estación Once: 51 personas fallecidas y más de 700 personas con secuelas temporales o permanentes. Entre las víctimas fatales, se encuentran varias personas mayores. Una de ellas, de 69 años, se trasladaba desde el conurbano hacia la CABA para la atención de su salud. Este hecho da lugar a la conformación del movimiento Familiares y Amigos de Víctimas y Heridos de la Tragedia de Once. Dicho movimiento logra impulsar la investigación por maniobras fraudulentas y, desde entonces, se promueven cambios en el servicio, la reparación de vías, la incorporación de nuevas formaciones, la remodelación de estaciones y obras de señalización (Hernández, 2017).

Respecto de las personas mayores entrevistadas y de los reclamos por deficiencias en los servicios de transporte, la acción individual es muy limitada; y la colectiva, inexistente. La mayoría no realizó ningún tipo de gestión formal de reclamo, aun habiendo mencionado distintas situaciones de servicio deficiente, vulneración de derechos o malos tratos. Cuando lo hacen, las mujeres adoptan una actitud proactiva y directa, verbalizando sus reclamos a choferes e inspectores. Los hombres recurren más a las instituciones, como defensorías y comunas. Solo seis de ellas afirman haber efectuado un reclamo, que, generalmente, concretan de manera directa al chofer, al inspector o llamando a la terminal de colectivos: “Le digo al chofer: ‘¿Qué pasó? ¡Hace dos horas que esperamos!’. Y me explicó” (Luisa, 71 años);

“Por maltrato de un chofer, llamé por teléfono directamente a la línea de colectivos. Tenía muchas denuncias” (Gladys, 64 años).

En el caso de los hombres, las acciones son acotadas y se realizan formalmente en alguna organización. Un adulto mayor dice haber concurrido a una entidad a realizar una propuesta para facilitar la movilidad de las personas mayores, que consiste en compartir los viajes en vehículos particulares, pero no se dio curso a su iniciativa: “En la Defensoría del Pueblo, propuse que los jubilados compartamos los gastos del coche para venir. Pero no pasó nada” (Julián, 71 años). Nicanor reside en una villa ubicada en Mataderos, viaja en colectivo porque las tarifas son accesibles, ya que percibe el monto mínimo de jubilación y no puede abonar otro tipo de traslado más costoso. Relata haber concurrido a una reunión en la comuna de su barrio para tratar el tema de la inaccesibilidad al transporte público por excesivas demoras en el servicio: “Uno tenía que esperar horas que pase el colectivo. Fuimos a una reunión vecinal en el CGP (sic), y mejoró” (Nicanor, 76 años). En este caso, mediante la participación, se logró una mayor frecuencia en el servicio.

Como puede observarse, mayormente, las mujeres intervienen de manera directa para intentar resolver los inconvenientes; los hombres adoptan estrategias más formales o no reclaman. Así, concluimos que, en las mujeres mayores, predominan las acciones espontáneas, y, en los hombres, las intervenciones formales o institucionales al momento de reclamar por derechos vulnerados en el transporte.

Quienes no efectuaron reclamos, a pesar de haber atravesado problemas o diversas dificultades, en algunos casos, argumentan que desconocen los procedimientos para tal fin: “No sé a quién dirigirme, sino lo haría” (María, 74 años); o que buscaban garantizar su tranquilidad y evitar la exposición a situaciones de conflicto: “No tengo ganas de pelear” (Rita, 62 años). Pocas personas dicen que no han reclamado por no haber atravesado inconvenientes en sus viajes. Varias de las que no lo hicieron, ante la formulación de la pregunta, reflexionan sobre la decisión adoptada: “Tendría que hacerlo, los choferes te dejan en medio de la calle” (Nuncia, 74 años); “Es la ley del menor esfuerzo de callarse la boca” (Rita, 62 años); “Tendría que haberlo hecho. Al bajar, me apretó con la puerta. Arrancó antes de que bajemos” (Ramona, 75 años).

La falta de confianza en las instituciones y la baja expectativa sobre las posibilidades de solución o de mejoras desalienta la realización de algún tipo de gestión: “No te dan bolilla” (María Ana, 73 años).

Cambiar la forma de movilidad aparece como estrategia concreta para lograr la finalidad del viaje: si los colectivos demoran, tomar remís para llegar a horario. En otro caso, ante la pérdida de un turno porque el traslado programado de la obra social no se presentó en el domicilio, se opta por desestimar este servicio y resolver el traslado de manera privada, en remís.

Respecto de la línea telefónica de la obra social, ofrece varias opciones. Según enuncia, se puede utilizar para realizar consultas o reclamos. Este servicio se implementa a mediados de los años ochenta con el fin de unificar las quejas y los reclamos de las personas afiliadas de todo el país. La efectiva solución de las demandas planteadas contribuiría a mejorar los servicios y a fortalecer la confianza en las instituciones, pero la respuesta más generalizada que obtienen es la escucha y el registro de la denuncia. No les ofrecen soluciones a los problemas, tampoco se realiza un seguimiento de cada caso (Pinilla, 2004). La desconfianza y la falta de credibilidad en las instituciones han sido analizadas por varios autores (Pérez, 2014; Leveratto Hernández *et al.*, 2016). En un estudio sobre usuarios de ferrocarril, se hace referencia a la baja cultura del reclamo: “... si bien los canales existen, la baja efectividad atribuida socialmente y, principalmente, su falta de uso construyen una situación de vacío institucional frente a las deficiencias del servicio” (Pérez, 2014: 330). Los principales motivos de viaje en las personas usuarias de trenes son laborales; la edad media de los usuarios es de 37 años; más hombres que mujeres. La posición de las personas mayores respecto de las quejas formales es similar; de esta forma, la baja cultura del reclamo no se relacionaría directamente con una variable etaria.

Otro trabajo analiza la baja participación de los habitantes en la CABA sobre las decisiones relativas a dicha ciudad y aporta una posible línea interpretativa sobre la debilidad de las acciones de reclamo. Sostienen una postura crítica sobre las decisiones que se toman y frente a proyectos de modificaciones concretas; afirman que los actos de corrupción, especulación, despilfarro, pérdida de espacios públicos

y exclusión de la población generan desconfianza y prejuicios, muchas veces justificados (Leveratto, 2005). Este problema es señalado como una de las dificultades más graves de Argentina, porque el escaso apego a las leyes genera conductas anómicas (Hernández, Zovatto y Fidanza, 2016). En la CABA, encuestas recientes indican que sus habitantes son menos exigentes con la legalidad, a la vez que la mayoría considera a los argentinos desobedientes y transgresores, y califica como mala, regular o muy mala la respuesta del Poder Judicial. Quienes consideran que no vale la pena acudir a la Justicia fundamentan su respuesta con varias causas principales. Dicen que no hacen nada, que no hay solución y que los procesos son muy lentos (Hernández *et al.*, 2016). La falta de credibilidad en las instituciones debilita o inactiva las acciones, y las personas se autoubican en un lugar de indefensión frente a la vulneración de sus derechos.

Respecto de las personas mayores, en la EDSA, se analiza la cultura democrática, la confianza en las instituciones y la vida ciudadana en este grupo poblacional (Tinoboras, 2018). El 97,4 % de las personas de 60 años o más residentes en la CABA consultadas declaran confiar poco o nada en el Poder Judicial, lo que, de alguna manera, explicaría los bajos niveles de reclamo. El descreimiento respecto de la eficaz respuesta institucional puede determinar la retracción de reclamos formales en las distintas instancias, desde las prejudiciales⁹ hasta las judicializadas. En este último caso, se inician cuando no es posible establecer soluciones o mejoras en la etapa previa.

4.2.4. Tarifas y costos

Los costos y las tarifas inciden en las prácticas de movilidad de las personas mayores, llegando, incluso, a determinarlas. La insuficiencia de recursos, en algunas ocasiones, repercute en las trayectorias de viaje, cuando se cambian los modos considerados ideales por otros de menor costo, pero menos protegidos, aunque se tengan que afrontar obstáculos de accesibilidad. Así lo explica Irina al referirse al

⁹ Son las acciones correspondientes a instancias como defensorías, organizaciones de defensa de derechos y entes reguladores.

colectivo. Ella reside en la Villa 1-11-14 y utiliza el hospital público. Como no percibe jubilación ni pensión, tiene que utilizar transporte público. Por sus limitaciones físicas y por la falta de unidades bajas, el acceso es dificultoso: “Apenas subo, pero otro no puedo pagar” (Irina, 65 años).

Muchas veces, la disponibilidad o la carencia de recursos define el modo elegido para el traslado. Las personas de menores ingresos se desempeñan, principalmente, en los roles de usuarias de transporte público o caminantes; y las de mayores recursos, en conductoras de automóviles (Martínez *et al.*, 2016).

El determinante económico fue mencionado por más de la mitad de las personas mayores entrevistadas. La mayoría tiene tarjeta SUBE, y casi la totalidad de las que cuentan con ella la han registrado para acceder a la tarifa social. Son menos las que dicen no recordar si han realizado esa gestión.

La mayoría de las personas entrevistadas se encuentran desinformadas sobre las distintas modalidades de gestión para aplicar descuentos en la tarifa o viajar gratis. También sucede que, como los procedimientos son muy complejos y confusos, no acceden a este supuesto beneficio: “Me hago matete con los descuentos combinados” (Gladys, 64 años). Casi la totalidad desconoce la posibilidad de acceder a viajes gratuitos en subte. Quienes sí la conocen no la emplean porque no es un medio de transporte de uso habitual en las personas mayores. Algunos cuentan con CUD y lo utilizan para viajar sin abonar pasaje, derecho establecido en la legislación vigente.

El gasto mensual en concepto de transporte es difícil de estimar, pero sí hacen referencia a los costos elevados al momento de decidir cómo viajar y de elegir o desestimar un modo de traslado. La carencia de recursos económicos no obstaculiza el acceso a los servicios de salud, pero sí determina el modo y el cambio de modo; optan por servicios más económicos, resignando protección, accesibilidad y comodidad.

Cuando los recursos disponibles son escasos, priorizan su distribución en traslados imprescindibles, como asistir al médico o al banco a cobrar la jubilación o la pensión: “Viajo lo justo y necesario” (Gladys, 64 años).

Como se ha venido desarrollando a lo largo de este trabajo, los motivos de elección modal en las personas mayores se vinculan con múltiples factores. La decisión requiere una evaluación de ventajas y desventajas; muchas veces, los aspectos económicos intervienen al momento de decidir, aunque no de manera determinante. En el siguiente cuadro, relacionamos los costos y la existencia de tarifas preferenciales con los niveles de hábito de uso:

TIPO	MODO	COSTO	TARIFA PREFERENCIAL	HÁBITO DE USO	
Transporte no motorizado	A pie	Sin costo		Medio	
	Bicicleta propia	Sin costo		Muy bajo	
Transporte motorizado privado	Automóvil propio	Costo alto		Bajo	
	Moto o ciclomotor	Costo medio		Nulo	
Transporte motorizado público	Colectivo	Colectivo	Costo bajo		Alto
		Tren	Costo bajo	Sí	Muy bajo
		Subte	Costo bajo	Sí	Muy bajo
		Combi	Costo medio	No	Muy bajo
	Individual	Taxi	Alto costo	No	Medio
		Remís	Alto costo	No	Alto
		Uber	Alto costo	No	Nulo

Transporte no motorizado público	Bicicleta pública	Sin costo		Nulo
Traslado programado obra social		Sin costo		Bajo
Traslado familiar		Sin costo		Medio

Ilustración 10. Movilidad de personas mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: modos, costos, tarifas y hábitos de uso. Fuente: Elaboración propia.

A partir de lo expuesto, puede observarse que los modos de alto costo presentan grados de adhesión alto, medio y bajo o nulo, y los de bajo costo arrojan una adhesión similar. Es probable que otros factores sean más ponderados por las personas mayores al tener que resolver cómo viajar para la atención de su salud.

Los modos con mayor hábito de uso de las personas mayores, el colectivo y el remís; se distinguen por su accesibilidad económica y física, respectivamente. En el caso del colectivo, podemos observar la incidencia de los aspectos económicos en la movilidad: se trata de un modo de bajo costo y con tarifas preferenciales para personas jubiladas y pensionadas. Este hallazgo coincide con estudios previos, donde se señala que las personas mayores utilizan más modos motorizados para trasladarse (Alcántara Vasconcellos, 2010). En nuestro caso, es nulo el uso de bicicletas, y son muy pocas las personas mayores que se trasladan a pie. Como asevera el autor, son modos de desplazamiento predominantemente utilizados por las personas jóvenes.

El traslado programado es gratuito para las personas afiliadas a la obra social; no obstante, presenta bajos niveles de utilización. Si bien el tren y el subte son modos de bajo costo y cuentan con tarifas preferenciales, es escaso del hábito de uso de las personas mayores, lo que indicaría la relativa incidencia de los aspectos económicos al

decidir cómo movilizarse cuando el objetivo del viaje se relaciona con el cuidado de la salud.

4.2.5. Experiencias de viajes. El maltrato en el transporte público

Consideramos que conocer las experiencias de las personas durante los desplazamientos resulta relevante, dado que las vivencias pueden incentivar determinados modos de viaje y desestimar otros. Estas experiencias configuran determinadas valoraciones, representaciones, emociones, y pueden producir modificaciones de los hábitos de uso. Hacia el final de cada encuentro, consultamos a las personas mayores sobre si tenían anécdotas de viaje que quisieran compartir. A partir de esta pregunta abierta, accedimos a información emergente del trabajo empírico que decidimos incorporar al análisis, puesto que observamos que muchas personas habían sufrido u observado situaciones de trato inadecuado durante los traslados. Permitir que la emergencia de nuevas situaciones a partir del análisis de datos amplíe el marco conceptual es algo deseable en investigación cualitativa (Borda *et al.*, 2017).

Existen producciones precedentes que reflejan las condiciones de desprotección durante los viajes. En la bibliografía se halló que personas usuarias de transporte público identifican los comportamientos “antisociales” más frecuentes mencionados por los propios usuarios, como no ceder el asiento y no respetar a pasajeros con capacidades especiales. Estas son las acciones calificadas como más graves (Laboratorio de Políticas Públicas [LPP], 2017). Las barreras en las ciudades, pensadas para una población joven y sana, son analizadas en estudios sobre los procesos de envejecimiento y urbanización, donde mencionan los problemas en el transporte público a partir de la actitud de los demás actores con quienes las personas mayores interactúan. Los problemas de estabilidad para viajar parados y el mayor tiempo que necesitan para el ascenso y el descenso no siempre son tenidos en cuenta por choferes y otros pasajeros (Ballesteros y Jimenez Blasco, 2016). Por otra parte, los problemas derivados de la falta de comodidad en horas pico y las

pocas posibilidades de viajar sentados afectan preferentemente a ancianas y a ancianos (Vasconcellos, 2015).

En el marco de nuestro estudio, las personas mayores que entrevistamos hacen referencia a situaciones similares durante los traslados. Reportan que no les cedieron el asiento a pesar de la prioridad, que no se respetaron sus tiempos de ascenso y descenso, es decir, que viajan en condiciones de desprotección. Las experiencias de viajes relatadas se refieren, predominantemente, a hechos y a recuerdos negativos durante la movilidad; en especial, en colectivos. De manera espontánea, aportan información sobre diversos acontecimientos que permiten inferir la presencia de maltrato social en el transporte público.

El trato se define en la relación con un otro, es una manera de proceder hacia los demás. En el estudio sobre maltrato a personas mayores, se enuncian múltiples categorías. Las más comunes son maltrato físico, psicológico (o emocional) y económico (también denominado “financiero”); recientemente, se han incorporado nuevas categorías, que hacen referencia al maltrato social y al estructural. Las situaciones de maltrato pueden acontecer en tres escenarios: la familia, las instituciones y la sociedad. El maltrato social referido a personas mayores se relaciona de manera directa con los estereotipos negativos sobre la vejez, que derivan en situaciones de discriminación y de vulneración de derechos. Se presenta cuando las personas involucradas no tienen relaciones previas (Soto Villagrán, 2014). Es uno de los tipos de maltrato que se producen en el espacio público. Dentro de esta categoría, se incluyen actitudes de desprecio, falta de respeto y discriminación por edad (Rueda y Estrada, 2008).

Las personas mayores, de manera espontánea, relatan diversos sucesos que se relacionan con hechos de inseguridad, dificultad en el acceso a los servicios y trato inadecuado tanto de choferes como de otras personas usuarias.

Los hechos de inseguridad fueron vivenciados u observados, y se relacionan, principalmente, con robos o estafas por cobros abusivos: “Vi que a una persona le robaron el celular” (Angel, 85 años); “El taxi no me gusta, tratan de cobrarte de más. Te ven viejo, y quieren cobrarte más” (Nuncia, 74 años).

Los problemas de accesibilidad recurrentes permiten evidenciar la ausencia del Estado, que no establece mecanismos de control ni de sanción frente a los derechos vulnerados de las personas mayores usuarias. En este sentido, hacen mención, principalmente, a extensos períodos de tiempo en que no funcionan escaleras mecánicas y ascensores de subtes: “Siempre están rotos los ascensores” (Rita, 62 años); y a unidades de colectivos de difícil acceso: “Los colectivos tienen escalera muy alta para subir” (Víctor, 91 años).

El trato inadecuado proviene de choferes y de otras personas usuarias, y sucede principalmente en el transporte público colectivo. Las personas mayores identifican los derechos vulnerados a partir de experiencias propias o de la observación de situaciones en las que no se respetan los derechos de otras personas. Refieren hechos vinculados a la falta de respeto y consideración, como la inexistencia de ayuda y no ceder el asiento. Son las mujeres quienes las señalan más frecuentemente. Rita tiene artrosis en las rodillas, por lo cual se moviliza con bastón. Aunque su discapacidad es visible, ha tenido dificultades al viajar: “No me dan el asiento” (Rita, 62 años). Ella reconoce sus derechos como usuaria y también vivenció incidentes con un chofer. Lo explica del siguiente modo: “Hace poco quise bajar por adelante, y el colectivero se enojó. Le digo que estoy discapacitada, y dijo: ‘No, baje por atrás’. No me dejó bajar por adelante, tuve que ir atrás. Una mala experiencia” (Rita, 62 años).

Otro obstáculo mencionado es la resistencia de los choferes a respetar el pase gratuito de las personas con discapacidad: “Te miran mal por el pase” (Marta, 68 años); “No me dejaron usar el pase” (Mabel, 72 años). La discapacidad se asocia, principalmente, con déficits físicos o corporales. A modo de prototipo, el logo que la identifica contiene a una persona en silla de ruedas. Las discapacidades menos visibles, como las viscerales o las psíquicas, no se ajustan a dicha representación. Al alejarse de los significados que prevalecen socialmente, estas personas son excluidas del grupo poblacional, aunque dispongan de una validación emitida por una junta evaluadora profesional. Esta certificación es desacreditada y puesta en cuestión, dado que la persona no concuerda con el estereotipo dominante, lo que puede derivar en múltiples situaciones de discriminación.

Al manejar de manera incorrecta, los conductores ponen en riesgo a las personas viajeras, lo que es mencionado en reiterados casos: “Una vez frenó en seco, y volamos todos adelante. Perdí el sentido unos minutos. Todavía me duele el golpe” (Laura, 79 años); “Hubo personas que se cayeron porque paró de golpe” (Angel, 85 años); “A veces, están bajando, y arranca” (Iris, 77 años); “Al bajar me apretó con la puerta. Arrancó antes de que bajemos” (Ramona, 75 años). En la formación de personas conductoras de transporte público de pasajeros, se focaliza en la importancia de la seguridad en la circulación, se señalan algunas de las actitudes negativas que la obstaculizan: conducción agresiva, frenos repentinos, enojo, falta de solidaridad, inestabilidad emocional, exceso de velocidad, giros incorrectos, entre otras. Estos riesgos pueden reducirse si se respetan los tiempos de conducción y descanso, si se tienen en cuenta los derechos de las personas usuarias y peatonas, y si se procura evitar enfrentarse a situaciones de peligro (Agencia Nacional de Seguridad Vial, 2009). Sin embargo, cabe considerar otros riesgos a los que se hallan sometidos los choferes en su condición de trabajadores durante el desempeño de su tarea que exceden la responsabilidad individual, como el estado de tensión propio de la actividad, la exposición a ruidos o las malas condiciones laborales.

La desigualdad en el acceso a los servicios restringe las posibilidades de movilidad de las personas que habitan en barrios vulnerables usuarias del hospital público. Anteriormente, hemos señalado la imposibilidad de utilizar taxis o transporte público porque no ingresan a las villas, y es complejo acceder a servicios de emergencia: “La ambulancia no entra a la villa, antes hay que avisar a la policía” (Raquel, 62 años). En estos barrios, la existencia de redes sociales informales de apoyo permite resolver la movilidad en situaciones de emergencia cuando el Estado está ausente, procurando el traslado al hospital: “Un día venía mal, no podía ni caminar... Mis vecinos me ayudaron, me llevaron en su coche” (Matilde, 68 años). La falta de respuesta del Estado se denomina “maltrato estructural”. En este caso, las redes de apoyo vecinales garantizan el acceso al centro de salud frente al vacío estatal.

Los hechos significativos que exponen las personas mayores acontecen, principalmente, en el transporte colectivo, pero también señalan algunas situaciones

vivenciadas u observadas en el subte y en el taxi. De 40 casos analizados, se registran 21 referencias a situaciones de maltrato social o estructural observadas y protagonizadas tanto por hombres como por mujeres.

Entre las situaciones abusivas expuestas, mencionan hechos delictivos; calificados como maltrato de tipo económico. El maltrato financiero, material o económico consiste en la apropiación indebida de los recursos de la persona mayor, como el cobro excesivo por el servicio de taxi; que muchas veces, se ejerce contra las personas más vulnerables, cuando intentan de manera abusiva obtener ventajas de su indefensión.

También identificamos la presencia de maltrato psicológico o emocional, que se evidencia en la relación interpersonal dentro del transporte colectivo, cuando las acciones verbales o no verbales le generan daño a la persona, aunque no sean reiteradas.

Por lo expuesto, las experiencias permiten identificar inaccesibilidad urbana y en el transporte, conducción incorrecta, que expone a las personas usuarias a situaciones de riesgo y al trato inadecuado de distintos actores con los que interactúan en los viajes. Todos estos sucesos pueden encuadrarse en la categoría de maltrato social o estructural. También se registran situaciones de maltrato psicológico y económico. La negligencia de los organismos del Estado para la pronta resolución de deficiencias en las escaleras mecánicas del subte, la discriminación por edad ejercida por las personas que conducen los colectivos dan cuenta del trato inadecuado que reciben las personas mayores usuarias y que pueden afectarlas emocionalmente.

Si bien estos incidentes no se identifican como obstaculizadores del acceso a los servicios de salud, exponen a las personas mayores a vivir situaciones de maltrato social durante los traslados. Quienes no cuentan con recursos económicos para recurrir a modos protegidos de movilidad, inevitablemente, se ven expuestas a atravesar o a observar situaciones de este tipo en el transporte público. El derecho a recibir un trato respetuoso, comprensivo y cuidado, y a viajar en condiciones de

seguridad son reconocidos por la mayoría de las personas consultadas, quienes señalan su reiterada vulneración.

Respecto de las diferencias por género, se observa que las mujeres mayores reconocen haber sido víctimas de malos tratos o haber visualizado situaciones de este tipo. Por su parte, los hombres, en todos los casos, relatan hechos que les sucedieron a otras personas, en los que fueron meros observadores. Así lo recuerdan varios entrevistados: “Una vez, un chofer se quejaba porque un inválido trataba de subir” (Julián, 71 años); “Hay colectiveros que, a la gente grande, la tratan mal. No pueden subir al colectivo, y los apuran” (Juan, 63 años). Ellos afirman no haber atravesado ninguna experiencia de este tipo. Hacen referencia, igual que las mujeres, a hechos de inseguridad.

Las mujeres profundizan en sus argumentos al momento de relatar experiencias, aportan detalles y, en varios casos, expresan sentimientos de indignación. También intervienen de manera directa ante situaciones de maltrato o ante delitos. En algunos discursos, se observa una desidentificación con el grupo etario al que pertenecen: el viejo es el otro, el que no puede subir, al que no le dan el asiento, el vulnerable.

El escenario descrito refleja distintas experiencias de las personas mayores, pero no podemos afirmar que representen exclusivamente a este grupo etario. Según encuestas nacionales, el 68 % de los argentinos “... piensan que no son suficientemente cuidadosos en el trato con los demás” (Hernández *et al.*, 2016). Si bien existe legislación en la CABA que establece las normas de tránsito y transporte, y los derechos de las personas usuarias, resulta evidente que sus contenidos no son respetados y que las reglas se incumplen de manera reiterada.

A continuación, exponemos un gráfico que sintetiza los hechos relatados agrupándolos. De ellos, deriva la evidencia de maltrato social, estructural, psicológico y económico.

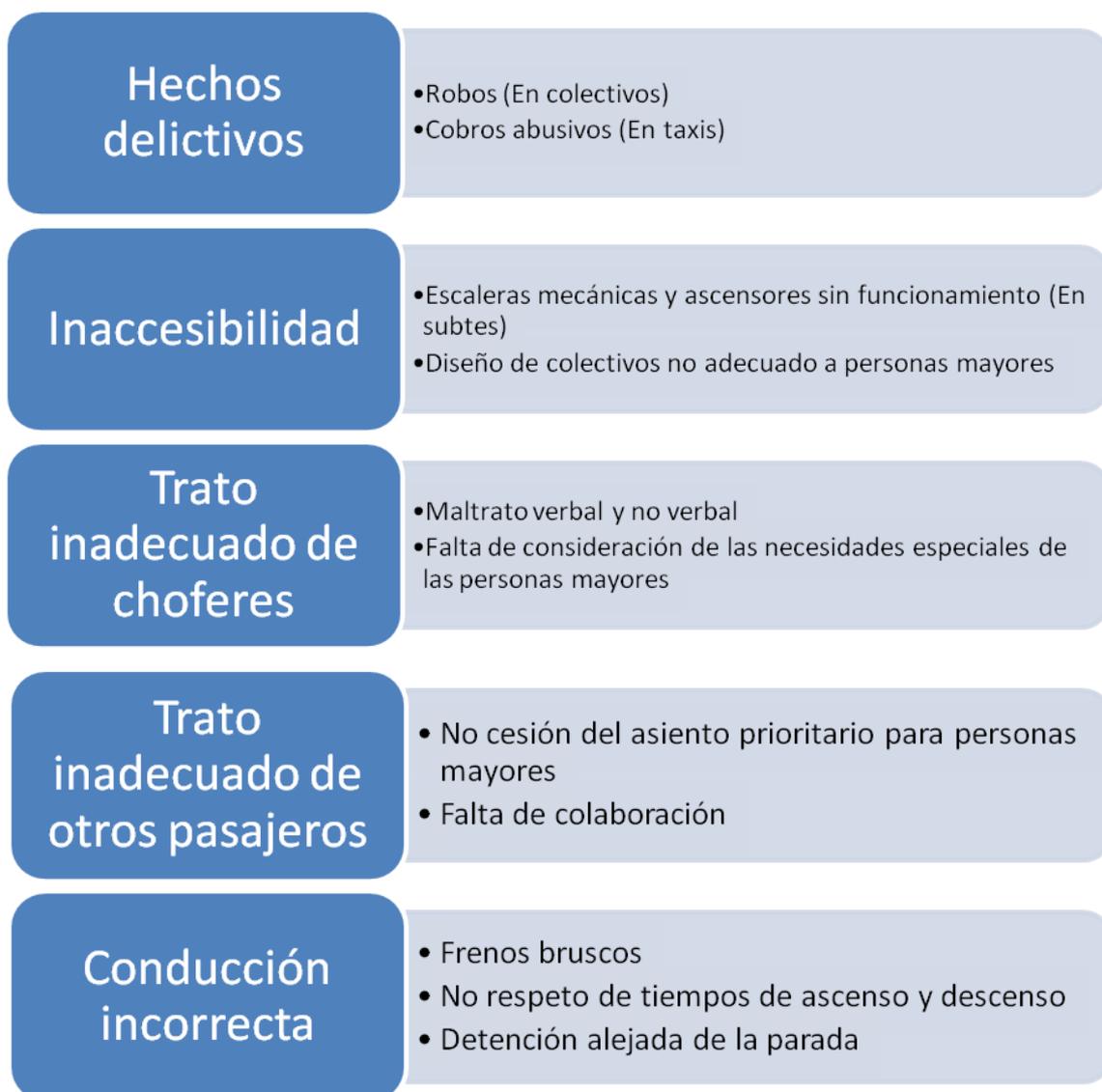


Ilustración 11. Trato inadecuado y maltrato social en el transporte. Situaciones reportadas por las personas mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fuente: Elaboración propia.

Las personas mayores vivencian u observan distintas situaciones desagradables durante los viajes, como trato inadecuado, hechos delictivos e inaccessibilidad, pero estos factores no impiden los viajes. Al estar expuestas a situaciones de riesgo y maltrato en los traslados, no desestiman movilizarse, optan, principalmente, por la modificación de la elección modal, buscan los modos más protegidos, aunque de costo elevado. La vivencia u observación de situaciones de maltrato no imposibilitan la

realización del traslado y el logro del fin del viaje: la concurrencia a los servicios de salud.

4.2.6. Vejez y enfermedad

La mayoría de las personas mayores entrevistadas son autoválidas. Algunas de ellas presentan distintas afecciones de salud, pero han desarrollado habilidades sociales para manejarse en forma autónoma. A veces, lo logran mediante el uso de ayudas técnicas de apoyo que les permiten viajar, incluso en transporte público. Podemos mencionar varios casos con estas características. Nuncia utiliza bastón verde por su baja visión y concurre al centro de salud de la obra social en colectivo. El certificado de discapacidad le permite acceder al traslado de manera gratuita; concurre sola, sin necesidad de acompañante. Hugo también viaja en colectivo solo, tiene diagnóstico de enfermedad de Parkinson, por lo cual usa bastón para sostener el equilibrio. Realiza un trayecto extenso desde su hogar, dado que habita en un barrio distante del centro de salud que elige para su mejor atención. Las personas con mayor deterioro y en situación de dependencia son solo tres y asisten acompañadas.

La EDSA analiza las dificultades en las actividades de la vida diaria en los hogares con personas de 60 años o más (Amadasi *et al.*, 2018). El 82 % no presenta dificultades. Según la información aportada en la ENDI, más del 70 % de la población de entre 65 y 79 años expone no tener impedimentos para llevar a cabo las tareas cotidianas. A partir de los 80 años, se incrementan las dificultades motoras, visuales, auditivas o cognitivas (INDEC, 2018).

Históricamente, la vejez ha sido asociada a la enfermedad y al deterioro físico y psíquico. Las políticas sociales tradicionales y focalizadas se dirigían a personas concebidas de manera homogénea, como objeto de cuidados y protección, presuponiendo que la mayoría presentaba problemas de salud y fragilidad. Como hemos señalado, varios estudios plantean que un elevado porcentaje de personas mayores no presenta dificultades. El nuevo paradigma de derechos reconoce la diversidad en los procesos e identifica la importancia del contexto, puesto que

entienden que el envejecimiento es una construcción social. Respecto de las personas con discapacidad, el proceso ha sido similar: se ha realizado un pasaje desde el modelo médico o rehabilitador, que se proponía superar las deficiencias, al modelo social¹⁰.

Las mujeres mayores entrevistadas se autoperciben predominantemente como personas enfermas, con deficiencias que dificultan el uso de determinados transportes; no identifican las barreras sociales que intervienen o los obstáculos que deben afrontar. Podemos presumir la vigencia del modelo rehabilitador para interpretar estos relatos, que se concentran en las deficiencias individuales. Esto fue observado en los discursos de varios hombres y de mujeres. Adoptar el paradigma del modelo social permite poner el foco de discusión en la discriminación hacia las personas mayores y, según nuestro criterio, también en la autodiscriminación. Muchas veces, los estereotipos dominantes sobre este grupo etario, que los asocia a la enfermedad y a la imposibilidad, influyen en las propias personas mayores, quienes tienden a reproducirlos. Esta perspectiva es valorada en la literatura, dado que "...ayudaría a desplazar el problema desde el individuo de edad avanzada hacia la sociedad, lo que supondría concentrarse en los obstáculos sociales y no en el funcionamiento de la persona" (Huenchuan, 2018: 96).

Algunas personas entrevistadas hacen referencia a sus propias restricciones sin identificar las limitaciones de la sociedad, que no se encuentra preparada para afrontar las heterogéneas necesidades de sus habitantes mayores. Así lo explican varias mujeres y hombres: "Tengo limitaciones para moverme" (Angel, 85 años); "Me cuesta subir, bajar, me da miedo cuando frena" (Iris, 77 años); "No puedo subir y bajar la escalera del subte" (Marta, 68 años). Consideramos que la autopercepción es relevante, ya que se halla estrechamente vinculada a la utilización de servicios de salud; si es negativa, genera mayores necesidades de atención y, consecuentemente,

¹⁰ El paradigma del modelo social de la discapacidad se basa en el enfoque de derechos humanos y considera que las causas de la discapacidad no se encuentran en el propio sujeto, sino que tienen un origen social. Desde esta perspectiva, la sociedad no brinda las mismas oportunidades y posibilidades para todas las personas. Considera a las personas con discapacidad en situación de desventaja social en una sociedad preparada para un diferente estándar de personas (Victoria Maldonado, 2013). Este modelo "sitúa el problema principal fuera de la persona, en la sociedad" (Victoria Maldonado, 2013: 1100). El autor señala que el problema radica en la sociedad, que no presta los servicios apropiados, y no en las limitaciones individuales.

mayor utilización de servicios de este tipo (Ballesteros, 2014). Según datos provenientes de encuestas, el 30,3 % de la población de 60 años o más autopercibe su salud como muy mala, mala o regular (Ballesteros, 2014). Los hombres tienen mayor autopercepción positiva.

Si más del 70% de las personas mayores que no superan los 80 años no presenta grandes dificultades en la vida cotidiana y sólo el 30% autopercibe su salud como mala, se desarticula la falsa asociación lineal de la vejez a la enfermedad y el deterioro. A pesar de la evidencia que presentan los datos, la deconstrucción de las representaciones negativas sobre esta población es un proceso complejo. Persisten los prejuicios sobre las personas mayores, incluso en ellas mismas, que atentan su autoestima, limitan las posibilidades de ruptura y producen lecturas sesgadas sobre la realidad.

4.2.7. Las redes de apoyo social

Las redes sociales se definen como "... prácticas simbólico-culturales que incluyen el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional..." (CEPAL, 2006: 123). Los apoyos son el conjunto de transacciones y transferencias que operan en dichas redes.

En momentos de retracción y de baja protección del Estado, las redes sociales de apoyo pasan a ocupar un rol fundamental en la cobertura de las necesidades vacantes (CEPAL, 2006). Los apoyos pueden ser formales e informales. Los primeros son los institucionales, públicos y privados. Los segundos son los proporcionados por familiares y no familiares, como amigos y vecinos. Esta red informal puede facilitar apoyo material, monetario y no monetario, emocional, cognitivo e instrumental. El soporte instrumental comprende la ayuda en las tareas del hogar, el cuidado, el acompañamiento y el transporte.

El traslado procurado por familiares, vecinos y amigos no solo resuelve el transporte, sino que también aporta apoyo emocional y cognitivo. La existencia de

redes de apoyo tiene un rol determinante para las personas mayores, dado que garantiza la movilidad en condiciones de seguridad y contención.

Los desplazamientos no son estrictamente individuales, se encuentran entrelazados a otras personas, lo que da cuenta de la interdependencia y del rol principal de las redes de apoyo social (Jirón y Zunino, 2017). La ausencia de redes de apoyo en mujeres y hombres mayores puede generar cambios en la elección modal. Las personas consultadas frecuentemente optan por uno u otro tipo de traslado, como el uso de remís, solo cuando su familia no puede realizarlo. El remís presenta ciertas semejanzas con el traslado familiar, ya que se realiza en vehículos de uso individual, el chofer puede proporcionar ayuda y, si su uso es habitual, aporta la percepción de seguridad y confianza. Según la ENCaViAM (2012), la principal ayuda que reciben las personas mayores de su familia es el acompañamiento a algún lugar fuera de la casa (Roqué y Fassio, 2016).

Las redes de apoyo también permiten evitar viajes relacionados con la salud que no requieran de la presencia de la persona mayor, lo que es especialmente importante para las personas con dificultades para movilizarse. En algunos casos, las personas entrevistadas explican situaciones en que las necesidades de salud se logran resolver mediante la acción directa de otros sujetos, como la solicitud de turnos tramitada por un hijo, las gestiones realizadas por una cuidadora o cuando una hija lleva los resultados de estudios a la consulta médica para su valoración. Estas modalidades forman parte también del apoyo de tipo instrumental y aportan soluciones creativas a problemas o necesidades cotidianos cuando la persona mayor no los puede solucionar por sí misma. La ausencia de redes incide en la movilidad, incluso la determina. María (68 años) se moviliza con bastón, tiene CUD y explica que no pudo asistir a consultas por este motivo: “No me sentía bien y no tengo quien me acompañe”.

La existencia de redes de apoyo social les facilita el acceso a los servicios de salud a hombres y mujeres mayores, y pone en descubierto la desigual distribución de las responsabilidades del cuidado. La familia y la red social asumen, principalmente, estas tareas en momentos de ausencia o de retracción del Estado. En el caso de las personas mayores en situación de dependencia, históricamente, la

familia ha sido la principal proveedora de ayuda no remunerada e informal (Gascón, 2014).

Las personas mayores son, a la vez, emisoras y receptoras de apoyo. Sin embargo, cuando se piensa en el envejecimiento y en las redes sociales, en general, se tiende a ubicarlas como meras receptoras de ayuda, alineadas a las representaciones sociales dominantes que las asocian a la fragilidad, la pasividad y el deterioro. Estas relaciones asimétricas pueden generar sentimientos de insatisfacción (Salinas, Manrique y Téllez Rojo, 2008). A partir de nuestras observaciones, evidenciamos un predominio de su ubicación como receptoras de apoyo en lo que se refiere a la ayuda instrumental, principalmente la que reciben para el transporte a los centros de salud. Solo un entrevistado relata haber propuesto compartir su automóvil con otras personas para facilitar el traslado de quienes necesitan apoyo y minimizar los gastos al afrontarlos entre los viajeros, posicionándose como emisor. Es casi inexistente la referencia de las personas entrevistadas a un intercambio recíproco. En la literatura sobre el tema, se hallaron resultados similares en el caso del apoyo instrumental y, entre ellos, el transporte, donde las adultas mayores son, principalmente, receptoras. En comparación con otros tipos de apoyo, en donde logran autoperibirse como emisoras, las diferencias son relevantes. En el caso del apoyo emocional, una alta proporción se identifica a la vez como emisora y como receptora, es el más recíproco de los intercambios (Salinas *et al.*, 2008).

4.2.8. Continuidades y discontinuidades en la elección modal

En el curso de la vida, se producen distintos eventos que pueden dar lugar a modificaciones en las trayectorias de movilidad. Algunas personas mayores mantienen los hábitos tradicionales respecto del modo de uso del transporte, y otras afirman haber cambiado sus prácticas de viaje en los últimos tiempos. Esta transición puede estar generada por sucesos determinados, como caídas o accidentes, o por un conjunto de hechos.

En las personas mayores que han alterado sus trayectorias respecto de su modo de uso habitual, prevalece la referencia a los cambios biológicos como motivo de ruptura. Ellas relacionan la modificación de los medios que acostumbraban utilizar con el progresivo deterioro de sus condiciones físicas, que hacen imposible seguir viajando de esa manera: “Sí, cambié todo. Antes viajaba en colectivo, subte, tren. Cambié porque me cuesta subir y bajar. Me acostumbré a no usarlos. Me siento más segura tomando remís” (Iris, 77 años). Una de las mujeres refiere haber sufrido una caída que determinó el cambio del modo de transporte de uso habitual: “Desde que me caí, viajo en coche de mi familia o remís” (Silvia, 74 años). Las caídas constituyen acontecimientos que, en mayor o menor medida, impulsan transformaciones en la vida cotidiana y son un problema frecuente en las personas mayores. Estos cambios son percibidos, principalmente, como pérdidas, aunque, de manera indirecta, pueden impulsar un mayor acercamiento familiar, ya que, cuando las personas mayores requieren apoyo en la movilidad, es la familia la principal proveedora de un traslado protegido. Los hombres también vinculan los cambios en la elección modal a sus limitaciones físicas: disminución visual, obesidad y alteraciones en la marcha.

Como hemos señalado anteriormente, los recursos insuficientes son otro factor que, en algunos casos, determinan modificaciones en las trayectorias de movilidad: el pasaje de remís a colectivo, y de colectivo a pie por no poder abonar las tarifas. En ambos casos, se trata de mujeres: “Antes usaba remís, ahora no porque no puedo pagar” (Amalia, 67 años). Una de las mujeres mayores omite viajar, y otra presume que próximamente deberá modificar su forma de traslado debido a una inminente operación; asimismo, expresa su preocupación por el incremento en el costo y la incertidumbre que le genera la posibilidad de no poder afrontarlo.

En síntesis, los cambios de hábitos de movilidad en las personas mayores se relacionan, principalmente, con variables físicas, como caídas y disminución de la capacidad para deambular. Pero también incide el aspecto económico, cuando optan por modos de menor costo que los que venían utilizando.

4.2.9. La movilidad ideal

Respecto de la forma de movilidad ideal y de los posibles cambios para mejorar el desplazamiento, las respuestas de las personas mayores son diversas, y es recurrente la valoración de las condiciones de protección y la compañía en los modos destacados.

La movilidad ideal para el traslado a los servicios de la salud más enunciada es la ambulancia, incluso compartida entre varias personas. Este tipo de vehículo, que cuenta con personal especializado y equipamiento general para emergencias, es elegido como el tipo de medio de transporte óptimo porque reúne varios atributos: seguridad, tranquilidad, accesibilidad y apoyo.

Otras modalidades mencionadas como ideales por hombres y mujeres mayores consultados son el transporte especial para quienes no se puedan movilizar: automóvil, remís, combi adaptada, micro especial, *traffic* o taxi. Si bien el colectivo es el medio de transporte más utilizado para concurrir a los centros de salud, especialmente por las mujeres, no es mencionado como transporte ideal. No se observaron diferencias por género respecto de las movilidades ideales enunciadas. Respecto del remís, en un caso se valoró la relación de confianza establecida con “el remisero”, quien proporciona seguridad y ayuda; en otro, se valoró como “caro pero bueno” (Ángel, 85 años), relativizando el aspecto económico. Jacinta (60 años), quien reside en el barrio Los Piletones¹¹ y utiliza el servicio público de salud, dado que no cuenta con otra cobertura, sostiene una postura similar. Afirma que los colectivos y los taxis no ingresan a su barrio, y expresa: “Es más caro, pero sigo eligiendo el remís”. La relación frecuente que mantienen con la persona conductora del remís se convierte en una red de apoyo que garantiza el traslado en condiciones de protección, y este valor cobra mayor importancia que su costo elevado.

Consideran que la implementación de algunos cambios podría mejorar la movilidad y el transporte, y el consecuente acceso a los servicios de salud. A los fines del análisis, los hemos categorizado como cambios físicos, logísticos, económicos, culturales y en la organización de los programas de salud.

¹¹ Villa ubicada en el barrio de Soldati, de la Comuna 8, en la zona sur, que se encuentra en proceso de urbanización, pero aún tiene escaso acceso a servicios.

Los cambios físicos se refieren a las unidades y a la accesibilidad en las estaciones o paradas. Respecto de los vehículos, recomiendan que tengan más higiene, aire acondicionado y que las escaleras de los colectivos sean más bajas. Sobre la accesibilidad, proponen que reparen las escaleras mecánicas de los subtes y que construyan dársenas para subir y bajar en las paradas.

Los cambios logísticos proponen mayor frecuencia de los servicios, menor espera, que paren en todas las esquinas los días de lluvia y durante la noche, que el colectivo se acerque al cordón, que las personas mayores puedan bajar por adelante, que brinden un buen servicio y traslados a domicilio para personas con discapacidad. También recomiendan la implementación de servicios de traslado puerta a puerta.

Respecto de los costos, sugieren cambios económicos, como tarifas reducidas en modos protegidos, gratuitas y alternativas para las personas de menores recursos. Así lo explican algunas personas: “Que a los jubilados no nos cobren tanto los taxis y remises” (Thelma, 82 años); “Que haya algo para los que no pueden seguir pagando remis” (Felicitas, 68 años).

Los cambios culturales que recomiendan se refieren al trato, al respeto mutuo y a los derechos como personas usuarias. Con relación al trato, señalan: “Que traten bien a las personas” (Marta, 68 años); “Más respeto y cordialidad” (María Ana, 73 años). Dentro de estos cambios, incluimos las propuestas que se relacionan con el efectivo cumplimiento de la legislación vigente: “Que paren donde corresponde, como se debe” (María Ana, 73 años); “Que no estacionen coches en las paradas” (Marta, 68 años); “Mayor preferencia a las personas mayores” (Azucena, 73 años).

Plantean que una mejor organización de los servicios de salud puede garantizar la atención de las personas que no se pueden trasladar, son propuestas vinculadas a modificaciones en políticas y programas. Dentro de este tipo, plantean que, efectivamente, se puedan solicitar turnos por teléfono o la posibilidad de realizar “estudios y servicios a domicilio” (Aníbal, 67 años).

Tanto hombres como mujeres basan sus aportes sobre estrategias para mejorar la movilidad en las experiencias personales y en las observaciones que realizan durante los trayectos. Algunas personas omiten brindar su opinión al

respecto, dado que desconfían de la posibilidad de lograr modificaciones favorables “por la situación general del país” y por no creer que algo se pueda cambiar.

4.2.10. Barreras y facilitadores

Previo al análisis de las barreras y de los facilitadores en el acceso a la salud relacionados con la movilidad, definimos qué tipos de obstáculos incluiríamos en la categoría barrera y qué tipos de hechos serían considerados facilitadores en el marco de este estudio.

Al calificar un hecho como barrera consideramos tanto los casos en que los obstáculos en el acceso a los servicios se producen una sola vez como los casos en que son reiterados. El requisito para ser incluido en esta categoría es que el fin de viaje no sea alcanzado. No contemplamos las situaciones en que no acceden al servicio por motivos personales, como confusión de días y horarios del turno, o vencimiento de órdenes, que también fueron referidas en las entrevistas, dado que no constituyen una barrera relacionada con la movilidad. No obstante, generan movilidades adicionales, dado que deben volver a concurrir.

El principal obstáculo mencionado por las mujeres y por los hombres es la complejidad en los procedimientos para acceder a los servicios, es decir, barreras organizacionales. Es frecuente que tengan que realizar múltiples viajes para lograr el objetivo, solicitar turnos personalmente, autorizar órdenes de prácticas o retirar resultados de estudios. Por ejemplo, para acceder al servicio de Kinesiología a domicilio en la obra social, que se brinda a personas con enfermedades crónicas de manera ambulatoria, es necesario realizar una secuencia de cuatro viajes. En primer lugar, concurrir al médico de cabecera para solicitar la orden de prestación kinesiológica a domicilio. Luego, asistir a la UGL correspondiente a solicitar turno para el área de Fisiatría. En tercer lugar, asistir el día del turno para la autorización de la práctica. Finalmente, concurrir al centro designado a entregar la orden autorizada y solicitar el servicio. Este procedimiento se debe realizar cada diez sesiones. La barrera organizacional origina viajes adicionales para el logro de la

finalidad buscada. Los tiempos de espera para la atención que impone el sistema de salud fueron considerados en estudios precedentes como una barrera en el acceso y proponen que el tiempo sea incluido como determinante de salud (Ballesteros, Freidin y Wilner, 2017). La barrera temporal afecta más a las personas de menores recursos y de menor nivel educativo (Ballesteros *et al.*, 2017).

La siguiente barrera que identificamos (referida, principalmente, por las mujeres) es la comunicacional y se refiere a falta de información, por ejemplo cuando se suspende del servicio. En estos casos, la movilidad realizada se torna inútil, ya que no se puede cumplir el fin de viaje. Los motivos mencionados son varios: el médico no asistió por motivos personales, concurrió a un congreso o se halla en una reunión. Este viaje es evitable, dado que puede resolverse mediante una llamada telefónica, que, además, permitiría reprogramar el turno sin tener que concurrir nuevamente, obviando un traslado inútil. Las barreras comunicacionales pueden revertirse si se implementan procedimientos informativos eficaces.

Varias personas mayores han mencionado que no han podido cumplir el fin del viaje por paro de transporte, cortes de calles por movilizaciones, marchas de protesta y paro de médicos. Calificamos como barrera la acción colectiva de protesta que obstaculiza el logro del objetivo, incluso los casos en que, teniendo conocimiento previo de la protesta, se desestima el viaje o se realiza sin concretar el fin.

También se señala como barrera la ocasionada por las deficiencias en la prestación del servicio de traslado programado de la obra social. Se trata de pocos casos, ya que la mayoría no lo ha utilizado. Dos hombres afirman haber perdido el turno porque el transporte programado por la obra social demoró o no asistió. En estos casos, optan por desestimar esa prestación y adoptar nuevas formas de traslado, más costosas, que garanticen la llegada. Las deficiencias en el servicio de transporte de la obra social y las percepciones negativas de las personas consultadas lo invalidan como modo posible de traslado.

La falta de recursos es mencionada por dos mujeres que asisten a pie porque no pueden afrontar el pago de la tarifa. En días de lluvia o de excesivo frío, por temor a enfermarse o a ser víctimas de hechos de inseguridad, cuando el turno es muy

temprano, desestiman asistir. En estos casos, podemos inferir que las posibilidades de movilidad son determinantes del acceso a los servicios de salud y, por lo tanto, operan dos tipos de barreras, los factores económicos o financieros, y los emocionales. El sentimiento de inseguridad interviene obstaculizando el viaje, lo que genera inmovilidad.

Las demoras en el servicio de transporte (en especial, el colectivo y el remís), en algunos casos, generaron que perdieran el turno asignado y debieran reprogramarlo. Se trata de dos mujeres; no se registran estas situaciones en los hombres. También esto se observa en el traslado programado de la obra social.

Finalmente, una de las personas usuarias que, debido a su excesiva obesidad, se moviliza en su automóvil particular no pudo concurrir al centro de salud porque su vehículo presentaba un desperfecto mecánico.

Las acciones referidas al trato inadecuado o al maltrato durante el traslado en el transporte público no fueron incorporadas como obstaculizadoras, dado que no impiden el acceso al servicio, sino que empeoran las condiciones en que viajan, los exponen a vivenciar o a observar situaciones de este tipo. Como hemos señalado, ninguna persona desestimó asistir a consultas médicas o prácticas por este motivo.



Ilustración 12. Barreras en el acceso a los servicios de salud relacionadas con la movilidad de personas mayores por género y por orden de prioridad. Fuente: Elaboración propia.

Respecto de los facilitadores, identifican, principalmente, la disponibilidad de recursos y contar con redes de apoyo que garanticen el traslado en condiciones de movilidad segura y contenida. Como elementos facilitadores intrínsecos de la persona mayor, señalamos la autonomía para decidir y el autovalimiento, que le permiten optar por un modo dentro de la oferta disponible y trasladarse con independencia.

La autonomía permite que la persona pueda tomar decisiones sobre su propia vida. Es uno de los derechos enunciados en la Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015). Teniendo en cuenta que las personas consultadas optan por realizar viajes más largos y más costosos en procura de un servicio de salud considerado de mejor calidad, varios derechos estarían garantizados: a la independencia y a la autonomía, a la libertad y a la movilidad personal. Tanto en la elección modal como en el acceso efectivo a los servicios, predominan las decisiones autónomas en el grupo de personas entrevistadas. Persona mayor autoválida es la que realiza las actividades de la vida diaria sin necesidad de apoyo, lo que constituye un facilitador, dado que permite realizar los múltiples viajes requeridos para acceder a la salud. Se trata de factores individuales relacionados con la autonomía y con el estado de salud, que posibilitan la movilidad para el autocuidado.

Si consideramos los casos en que los recursos posibilitaron el acceso, calificamos la capacidad económica como elemento facilitador. Son las situaciones en que las personas mayores necesitaron afrontar mayores costos para garantizar el traslado. Suceden por demoras del transporte público o mal servicio del traslado de la obra social, cuando implementan un plan alternativo en el que optan por movibilidades más costosas, como remis o taxi, que aseguran llegar al centro de salud. Algunas personas utilizan los modos que tienen tarifas elevadas solo en días de malas condiciones climáticas. En un caso, utiliza su automóvil particular por limitaciones físicas que dificultan su traslado en transporte público. En este punto, observamos semejanzas entre los elementos facilitadores del acceso a la salud relacionados con la movilidad y los factores que inciden en la elección modal, como la disponibilidad

de recursos y las condiciones físicas de cada persona, que si bien corresponden a causas intrínsecas son significativos. A continuación presentamos el gráfico correspondiente a los facilitadores identificados, elaborado a partir de los factores que permiten el acceso efectivo a los servicios de salud.

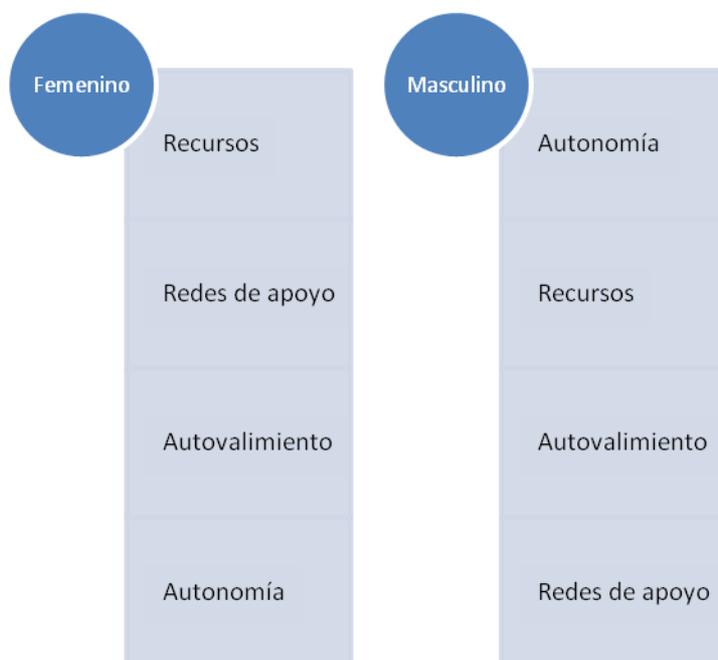


Ilustración 13. Facilitadores en el acceso a los servicios de salud relacionados con la movilidad de personas mayores por género y por orden de prioridad. Fuente: Elaboración propia.

Los principales facilitadores para las mujeres son la disponibilidad de recursos y de redes sociales de apoyo. En los hombres, la autonomía y los recursos son los factores que intervienen posibilitando el acceso. Los recursos permiten acceder a modos protegidos, más costosos, que garantizan llegar.

La capacidad de autonomía y la conservación del autovalimiento en las personas mayores facilitan la posibilidad de afrontar y superar los principales obstáculos para acceder a los servicios, las complejas y múltiples gestiones administrativas que es necesario realizar, la necesidad de duplicar el traslado cuando asisten y no son atendidas, y la facultad de acudir libremente al servicio donde cada persona quiere ser atendida. La probabilidad de elegir servicios aceptables y efectivos corresponde a una visión ampliada del acceso a la salud, que integra los

conceptos de acceso efectivo y acceso eficiente (Ballesteros, 2014). El acceso efectivo se refiere a la utilización del servicio que mejora la salud, y el acceso eficiente relaciona el nivel de cambio de la salud y el servicio utilizado (Ballesteros, 2014). Desde esta perspectiva, acceder a servicios considerados de pobre calidad se entiende como una restricción en el acceso.

Lo expuesto conduce a nuevos interrogantes. ¿A qué tipo de población mayor están dirigidos los programas de salud? ¿A personas autoválidas que pueden realizar múltiples gestiones y movibilidades para acceder a la atención? ¿A personas mayores que cuentan con redes de apoyo informal que pueden brindar acompañamiento o realizar gestiones en su lugar? ¿Cómo se movilizan las personas mayores que no cuentan con redes de apoyo ni con políticas sociales que faciliten los cuidados? ¿Qué sucede con las personas mayores que tienen dificultades para moverse, están solas y no cuentan con recursos económicos para afrontar gastos de movilidad protegida?

A continuación, desarrollaremos los resultados correspondientes al segundo momento metodológico, en el que nos propusimos conocer las estrategias de las personas mayores con algún grado de dependencia para acceder a los servicios de salud.

4.3. La movilidad de las personas mayores frágiles

Hasta aquí, hemos desarrollado aspectos sobre la movilidad de las personas mayores que llegaron a los centros de salud, la mayoría con autovalimiento conservado. Analizamos los modos más frecuentes de uso, las motivaciones de sus prácticas e identificamos las barreras y los facilitadores en el acceso a los servicios relacionados con la movilidad. En este apartado, describimos las estrategias de las personas mayores frágiles para trasladarse a los distintos servicios, analizamos las formas de movilidad adoptadas y el porqué, las dificultades que afrontan y sus opiniones.

Cuando implementamos el segundo momento metodológico, ampliamos la muestra e incorporamos nuevos casos con el fin de conocer las prácticas de movilidad de las personas frágiles. El criterio de inclusión fue que las personas mayores presenten algún grado de dependencia que impida su deambulación en el espacio público sin apoyo y que se encuentren en condiciones de brindar consentimiento para su participación en el estudio. Las entrevistas se realizaron, principalmente, en los domicilios personales, previo acuerdo telefónico.

Personas mayores frágiles son las que requieren ayuda para la realización de las actividades instrumentales y pueden presentar mayor riesgo tanto en su autovalimiento como en su autonomía (Rubin, 2016).

Denominamos “menos móviles” a las personas mayores frágiles, a las personas vulnerables, que necesitan algún tipo de asistencia o ayudas técnicas para trasladarse, y que dicha asistencia o ayuda resulta imprescindible para concretar la movilidad. Las personas que entrevistamos en este segundo momento requieren distintos niveles de apoyo para su desplazamiento a los servicios de salud. No pueden realizarlo sin apoyo por su estado de fragilidad y utilizan distintos tipos de ayudas técnicas.

Las personas mayores frágiles eligen el remís, el taxi y el colectivo como modos para trasladarse a los servicios de salud. Celso (87 años), quien reside solo en una vivienda ubicada en un primer piso por escalera y deambula en silla de ruedas, es usuario habitual del remís. Señala que no puede subir a los colectivos por la altura de los escalones y valora las ventajas de acudir a la misma agencia proveedora del servicio: “Es más rápido y más cómodo. Llamo, y ya saben que tienen que traer un baúl grande para la silla”.

Las mujeres prefieren el colectivo. Ada (70 años) lo elige por la gratuidad, ya que tiene pase libre por contar con CUD. Lo utiliza siempre acompañada de su cuidadora y utilizando un andador: “Me cuesta más subir a un auto que subir al colectivo. Te ven con el pase en la mano y ya te arriman al cordón. Si veo que no arriman, lo dejo pasar y espero otro”. Magda (65 años) también opta como alternativa por el colectivo por la posibilidad de viajar gratis. Cuando hay demoras en

la atención y en función su condición de electrodependiente y la escasa autonomía del tubo de oxígeno, muchas veces debe regresar en taxi. Ambas utilizan taxi solo ocasionalmente, en situaciones especiales, por su alto costo.

En este subgrupo nuevamente aparecen las condiciones climáticas como determinantes de la elección modal, como explica Magda (65 años): “Si hace mucho frío o mucho calor, si el turno es temprano, si no me siento bien”. De allí, se puede inferir la influencia de los factores ambientales en la movilidad de las personas mayores.

Mora (66 años) utiliza andador, ya que la obesidad le generó lesiones en las rodillas, y le cuesta caminar. Desde hace un tiempo, se moviliza en uber, luego de una mala experiencia durante un viaje en taxi: “Hace un año, había tomado un taxi. Para bajar, primero bajo el andador para apoyarme. El taxista arrancó, y me fui al diablo. Me produjo un problema psicológico, tenía miedo, estuve como tres meses en cama... Le empecé a tener miedo a los taxistas”. A partir de este hecho, y con ayuda de su hija, instaló en su celular la aplicación de uber y la comenzó a utilizar. Solo cuando no tiene señal de internet, toma taxi. Aquí hallamos una diferencia con el grupo de la primera submuestra, que no utiliza uber. La incorporación de esta modalidad puede vincularse con la disponibilidad de una red familiar que proporciona apoyo instrumental y cognitivo. La hija de Mora, le enseña a utilizar este servicio y la motiva para su uso. La entrevistada destaca la posibilidad de evaluar al conductor o conductora y de ser calificada, ya que, al tener una puntuación alta, logra conseguir móvil sin dificultad. La inminente valoración del servicio y de la actitud y disposición del chofer propicia la colaboración. Agrega: “Los choferes de uber me ayudan. Necesito que pongan el andador en el baúl o en el asiento de atrás, yo me siento adelante”. A diferencia del remis, en uber no existe una relación habitual entre la persona mayor y el chofer por la modalidad del servicio, pero la implementación del sistema de puntuación puede facilitar el buen trato durante el traslado.

La elección modal se ve restringida por las necesidades especiales de las personas menos móviles. En el caso de Jairo (87 años), que recientemente sufrió un ACV, el traslado en vehículo es su única forma de desplazamiento. Respecto de las discontinuidades en la elección modal, los cambios se relacionan con eventos previos

vinculados con el deterioro de la salud, que señalan la necesidad de adoptar mayor precaución en los traslados. Estos hechos se refieren, principalmente, a caídas en el hogar o en el espacio público: “Cambié cuando me caí por primera vez de panza en el medio de la calle, hace 5 años. Empecé con los síntomas del Parkinson” (Celso, 87 años); “Sí, porque me caigo comúnmente... adentro de mi casa, en la vereda” (Ada, 70 años). Al igual que en la primera submuestra, aparece la referencia a caídas como eventos que marcan cambios en la cotidianeidad. También señalan haber realizado modificaciones en la elección modal por la imposibilidad física originada por diversas afecciones: “Empecé a usar taxi por un tema de salud, trato de usarlo lo menos posible” (Magda, 65 años); “Después que tuve el ACV, empecé a hacer casi todo en taxi” (Jairo, 87 años).

Los modos omitidos son los que requieren mayor destreza física, como caminar, y los que desestiman por haber transitado experiencias negativas, como el traslado programado de la obra social y el taxi. En cuanto al traslado programado, presenta semejanzas con la información obtenida en el primer momento, las personas frágiles también rechazan su utilización por malas vivencias y por deficiencias en el servicio: “Es malo el servicio, una vez tuve que esperar cuatro horas” (Ada, 70 años); “Una vez sola, lo pedí, no vino” (Jairo, 87 años).

En el caso del taxi, Mora (66 años) explica que, por sus características físicas y por el uso de ayudas técnicas, el acceso a este medio es dificultoso: “Hubo momentos en que los taxis no me paraban. Por ser gorda y por tener andador”.

La movilidad a pie es añorada y valorada como medio que brinda autonomía y libertad: “Extraño caminar. Quisiera volver a caminar” (Celso, 87 años). A pesar de sus dificultades para deambular, Ada (70 años) se esfuerza por conservar la autonomía en las tareas reproductivas del hogar: “Trato de salir cerca. Voy a Carrefour, a la farmacia. Me gusta elegir la fruta. Si veo que estoy mal, me vuelvo. Si está la acompañante, voy con la acompañante”.

Con relación a sus derechos, varias personas mayores entrevistadas los reconocen en situaciones reales, aunque no lo enuncian en esos términos. El derecho a tomar sus propias decisiones se evidencia a partir del relato de un hombre y de una

mujer sobre la decisión de dejar de conducir automóviles, que da cuenta de la conservación de su autonomía: “Dejé a los 68 años, me ponía muy nervioso, y le dije a mi hijo que se lleve el auto” (Celso, 87 años); “Hace 20 años dejé de manejar. Hacía transporte escolar en una combi; mi marido se enfermó, y vendí todo” (Mora, 66 años). Además podemos inferir la preservación de este derecho cuando explica y elabora proyecciones a futuro: “Me quiero comprar una silla de ruedas con baranda removible. Va a llegar un momento en que no me voy a poder pasar de la cama a la silla. Tengo alfombra; así, si me caigo, no me lastimo” (Celso, 87 años).

El reconocimiento de los derechos de las demás personas también aparece en los relatos. Solidariamente, Magda (65 años) identifica el derecho de otras personas usuarias que presentan algún tipo de discapacidad a partir de observaciones en el transporte público durante los viajes: “Veo a los que van con silla de ruedas, se tienen que acercar mucho al cordón, es difícil. A los colectiveros me parece que mucho no les divierte”.

En la movilidad de las personas mayores frágiles, y ante la ausencia del Estado como garante y facilitador, cobra mayor relevancia la existencia de redes de apoyo informales que, de una u otra manera, garantizan el traslado. Lo brindan cuidadores, cuidadoras, vecinos y familiares.

Jairo (87 años) reside solo en una vivienda propia tipo PH ubicada en el barrio de Constitución. No tiene familia. Recientemente sufrió un ACV, por lo que permaneció varios días internado. Desde entonces, se moviliza lentamente con la ayuda de un bastón. La presencia de su cuidador es indispensable para el acceso a los servicios de salud. Además de brindarle los cuidados básicos diarios, como la preparación de alimentos, se ocupa de resolver todas las cuestiones relacionadas con el cuidado de su salud: solicita turnos médicos, gestiona autorizaciones y lo acompaña a las consultas. Se traslada en el taxi que el cuidador solicita mediante una aplicación instalada en su teléfono celular. Comenta que, debido a que el barrio es considerado inseguro, los taxis no paran en la calle, y solo es posible acudir al servicio de esta manera. La presencia del cuidador asegura la efectiva atención de la salud de Jairo, quien se encuentra en un estado de alta vulnerabilidad. La existencia de redes

de apoyo tiene implicancias directas con el bienestar de las personas mayores; en especial, en momentos de ausencia de políticas públicas (Findling et al, 2018).

Los distintos relatos nos permiten conocer su percepción sobre las barreras urbanísticas y en el transporte. La falta de escaleras mecánicas en los subtes, la altura de los colectivos que dificulta el ascenso, el diseño de los asientos de los automóviles, las deficiencias en las rampas de las esquinas que incrementan el riesgo de caídas al subir o al bajar con silla de ruedas son algunos de los factores identificados como barreras que restringen la elección modal. Es necesario subrayar que la situación descripta se repite en ambas muestras estudiadas.

Las barreras urbanísticas son los obstáculos o limitaciones en el espacio público y se evidencian de diversas formas. Uno de los entrevistados, que deambula en silla de ruedas, hace referencia a las dificultades urbanas: “Es imposible tratar de cruzar la calle con la silla de ruedas. Me tienen que venir a buscar. En la rampa, te caes en un pozo” (Celso, 87 años). Celso se desplaza solo siempre que no tenga que cruzar la calle; de esa manera, puede realizar compras, ir a tomar un café o visitar a vecinos.

Según su perspectiva, las barreras en el transporte incluyen tanto las unidades (los vehículos) como las características y la funcionalidad de las paradas, y la organización de los servicios. Ada y Celso lo explican de la siguiente manera: “Los colectivos están mal diseñados. Los asientos para discapacitados son altos, no puedo subir ni acomodarme. No tenés de dónde agarrarte” (Ada, 70 años); “No puedo subir. Tendrían que tener los escalones más bajos” (Celso, 87 años).

En el caso de Mora (66 años), al ser consultada sobre qué le gustaría que cambiara, expresa de manera inmediata: “Mejorar la ciudad”. En su relato, articula las barreras físicas de la ciudad con la inaccesibilidad del transporte. Sobre las barreras en la ciudad, señala: “... las veredas, autos que estacionan en las rampas; por reparaciones, no se puede cruzar por la senda peatonal. Cosas que son incoherentes. Las explanadas, a veces, no tienen la inclinación que tendrían que tener, están hechas para cumplir una norma y nada más”. La misma entrevistada reflexiona sobre las condiciones físicas del transporte público colectivo y sobre la

falta de adecuación a sus necesidades: "No podemos subir y bajar por la altura. Ningún medio de transporte está preparado para nosotros. Ya sea de corta, media o larga distancia. No llegás al barral, son altos" (Mora, 66 años).

Ada (70 años) expresa su opinión respecto de la saturación de los servicios en horarios de alta demanda y las condiciones de viaje: "Es preferible estar en un colectivo apretado que cuando hay pocas personas. Si te llegás a caer, tenés de quién agarrarte".

Para la mayoría de las personas entrevistadas en esta segunda etapa, las barreras en la ciudad y en el transporte dificultan el traslado, pero no obturan la posibilidad de asistir a los servicios de salud. Optan por otros modos de viaje, la mayoría más costosos, como estrategia para garantizar el acceso. De esta manera, la movilidad del autocuidado en las personas mayores frágiles queda sujeta a la posibilidad económica de afrontar su costo.

Para Mora, el vehículo de alquiler (uber) es casi la única forma posible de traslado. Al consultarle si alguna vez dejó de hacerse un estudio o perdió alguna consulta médica porque le resultó imposible trasladarse, expresa: "Sí, muchas veces. La semana pasada, estábamos mal porque no habíamos cobrado. Tenía que ir a dos profesionales, tuve que elegir a uno. Elegí ir a Emilio Mitre, el otro lo perdí" (Mora, 66 años).

La salud es muy valorada por las personas entrevistadas. Para garantizarla, apelan a varias tácticas, como definir un acompañamiento familiar o requerir un traslado contratado que brinde condiciones de protección. La esposa de Alan (84 años) señala: "Para él, aunque sea muerta, lo acompaño. Si no, va mi hija". Ella considera que, de alguna manera, deben resolver el traslado y desarrolla diversas estrategias para garantizar su acceso. Si debe trasladarse y ninguna persona del grupo familiar puede acompañarlo, su esposa se comunica con la agencia de remises y solicita que le envíen un vehículo con un chofer "solidario", como ella misma lo califica. Estas personas "... lo acompañan, lo sientan, le guardan el andador". La relación habitual con los choferes de remís permite la construcción de una relación que genera tranquilidad y la certeza de que contará con colaboración durante el

traslado. De una u otra manera, intenta garantizar la llegada al centro de salud en condiciones de protección.

Respecto de los costos que requiere el traslado protegido, se observaron algunas estrategias tendientes a minimizarlos: “Buscamos en la cartilla especialistas que queden cerca para disminuir el gasto en remis” (Alan, 84 años). También la existencia de redes de apoyo contribuye a reducir el gasto que demanda este tipo de viajes: “Tengo amigos que me llevan” (Jairo, 87 años).

Respecto de las barreras que identifican, destacan las administrativas; también mencionan los obstáculos derivados de las gestiones presenciales: “No dan turnos por teléfono” (Magda, 65 años); la falta de comunicación previa a la ausencia de profesionales: “Llegué, y no me avisaron que el médico no iba” (Mora, 66 años); y el trato inadecuado del personal: “En pleno invierno, fui a las seis de la mañana; y no abren hasta las ocho. No te dejan pasar adentro. Lluve, truene. El profesional atiende solo doce personas. Doce números daban. Llegué y que te digan: ‘No, señora, no hay más números’. Y no de buena manera...” (Mora, 66 años).

En cuanto a los reclamos, se evidencia nuevamente la baja expectativa de solución o de mejoras, mencionada con anterioridad al analizar las estrategias implementadas en la primera submuestra frente a situaciones consideradas injustas. En este caso, formulan reclamos por el estado del espacio público y por las dificultades para desplazarse en silla de ruedas: “Llamé al 141 por las rampas, no te dan bolilla. Rompí las pelotas tanto que vinieron y arreglaron” (Celso, 87 años). También desarrollan las acciones que han realizado por el manejo brusco en choferes de colectivo: “En la línea 188. Era un loco que manejaba, no respetaba nada. Iba a una velocidad que parecíamos vacas. Me fui hasta Caraza personalmente, llevé una nota. Otra vez en el 118. Era un día que se largó la lluvia, el chofer cerró la puerta y no nos quería abrir. Me fui a la terminal, hice un reclamo. Algo debe haber pasado... Normalmente, no tenés respuesta en esas cosas” (Mora, 66 años). La falta de reacción institucional ante los reclamos se reitera en este grupo: “Mi marido había hecho un reclamo por el subte. Reclamaba, reclamaba y nada” (Mora, 66 años).

Debido a la existencia de barreras de habilidad vinculadas a la capacidad restringida, para las personas menos móviles, el traslado ideal sería aquel que cuenta con condiciones accesibles para subir y bajar, y para guardar la silla de ruedas, lo que proporciona un automóvil de uso individual, como el remís, el taxi o el privado familiar.

Por lo expuesto hasta aquí, concluimos que las personas que requieren mayor apoyo para movilizarse utilizan medios de traslado protegidos, aunque algunas continúan utilizando el transporte público colectivo valiéndose de ayudas técnicas y con acompañante. Quienes se trasladan en taxi o en remís cuentan con recursos para asumir su costo, y la asistencia al centro de salud no se ve obstaculizada por este motivo. Si focalizamos en la manera en que el transporte determina el acceso a los servicios de salud, en estos casos, no se observan factores en la movilidad que lo limiten. En vehículos o en colectivos, con acompañante y con ayudas técnicas, estas personas despliegan múltiples estrategias para asistir a las consultas y garantizar sus necesidades de salud. En síntesis, las personas entrevistadas que conforman la segunda submuestra toman sus propias decisiones sobre su movilidad y las ejecutan con el fin de asegurar la llegada a los centros de salud, tanto en el servicio público como en el de la obra social. Por ello, podríamos afirmar que conservan su autonomía para decidir aunque su autovalimiento se encuentre disminuido por el deterioro físico derivado de las enfermedades que padecen. No se observan diferencias significativas por género en este aspecto. Hombres y mujeres menos móviles reconocen sus derechos y logran verbalizar las dificultades que atraviesan referidas al transporte, aunque son las mujeres quienes más concretan acciones de reclamos frente a situaciones consideradas injustas.

4.4. Más móviles y menos móviles: similitudes y diferencias en la movilidad

Al analizar las prácticas de movilidad de las personas consultadas en ambos momentos metodológicos, observamos varias similitudes.

Como consecuencia de las deficiencias en los servicios, sus propias limitaciones físicas, el temor que les generan algunos modos (principalmente, los

generados por las valoraciones negativas en los medios de comunicación) descartan la posibilidad de trasladarse en varios de ellos. De esta manera, la oferta de modos disponibles en la CABA se ve acotada para las personas de mayor edad con dispares grados de autovalimiento. Los motivos señalados restringen las posibilidades de elección, y las opciones se reducen aún más en las personas mayores frágiles. Estas personas eligen para su traslado modos accesibles, que permitan un traslado en condiciones de protección y que garanticen llegar al centro de salud. Quienes utilizan transporte público conocen sus derechos y afirman que son vulnerados recurrentemente. Si bien existen bajos niveles de reclamo por mal servicio en ambos grupos, son, principalmente, las mujeres quienes implementan acciones concretas y directas para revertir este tipo de situaciones.

El nivel socioeconómico es heterogéneo. Algunas personas no cuentan con beneficio previsional ni cobertura médica y asisten a los servicios públicos para su atención, otras cuentan con sus propios recursos y varias han referido recibir ayudas materiales para cubrir los gastos correspondientes a la movilidad. En definitiva, reforzamos uno de los principales hallazgos de nuestro análisis: las personas mayores consultadas consideran que la atención de la salud es prioritaria, y aun quienes presentan mayores carencias resuelven los traslados necesarios para garantizarla. Lo observamos en ambos grupos.

Respecto de las barreras, tanto en la primera como en la segunda submuestra, coinciden en que las barreras organizacionales son las que más obstaculizan el acceso a los servicios de salud, seguidas de las comunicacionales.

En el caso de las entrevistas realizadas en los domicilios, los hombres y las mujeres también resuelven sus necesidades de movilidad apelando a múltiples estrategias ante las diversas barreras que deben afrontar, con la intención de asegurar el acceso a los servicios.

Otra similitud se observa en la existencia de redes de apoyo informal, que facilita y, muchas veces, garantiza el traslado. La familia resuelve las necesidades de movilidad en ausencia del Estado o cuando proporciona un servicio deficiente.

La información analizada pone en descubierto nuevas aristas del tema y nos convoca a continuar profundizando, para conocer la forma en que realizan los desplazamientos para la atención de su salud las personas mayores que transitan el envejecimiento con mayor deterioro cognitivo, redes débiles o en soledad, y quienes no cuentan con los recursos económicos para afrontar modos protegidos de traslado y de alto costo. Como hemos explicado, en los últimos años se produjo un incremento en la cantidad de personas mayores que viven solas en la CABA; en especial, las de 80 años o más; si esta tendencia continúa, podría generar consecuencias negativas en la disponibilidad de redes de apoyo para la resolución de las necesidades cotidianas.

4.5. Lineamientos para el estudio de la gerontomovilidad

A partir del conocimiento de las prácticas de viaje de las personas mayores y de los interrogantes preliminares y emergentes de esta Tesis, se plantea un doble desafío. En primer lugar, el reto de pensar estrategias tendientes a minimizar y, en lo posible, a eliminar los obstáculos en el acceso a los servicios de salud relacionados con la movilidad de las personas mayores que hemos identificado. En segundo lugar, el de implementar acciones que puedan potenciar los facilitadores y optimizar las posibilidades de movilidad.

Proponemos el estudio de la movilidad de las personas mayores, dado que entendemos que su indagación constituye el punto de partida del diseño de acciones públicas. A tal fin, elaboramos un conjunto de ejes para tener en cuenta al investigar esta temática con la intención de facilitar su análisis e identificar las principales dificultades que atraviesa este grupo poblacional durante la movilidad y respecto del transporte en los distintos espacios. Consideramos que la producción de conocimiento tiene que estar orientada a generar un tipo de información que contribuya al diseño de políticas públicas a través de las cuales el Estado afronte las demandas de la población y los problemas sociales, o los prevenga. Su rol de garante de los derechos es ineludible.

La investigación también es insumo válido para pensar la intervención; su división contribuiría a perpetuar la disociación entre teoría y práctica, entre objetividad y subjetividad, fuertemente cuestionada en las últimas décadas (País Andrade, 2018; Marradi, Archenti y Piovani, 2007).

Proponemos el concepto de “gerontomovilidad”¹² para definir la movilidad y el transporte de personas mayores en espacios urbanos y rurales. Su estudio incluye el análisis de los modos de movilidad disponibles en una determinada ciudad o región, y los modos particulares para personas mayores, grupo poblacional diverso y heterogéneo. Planteamos articular la oferta disponible en relación con las necesidades de traslado de las personas mayores, las que presentan movilidad conservada y movilidad media, y las personas menos móviles, teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas que la determinan.

La gerontomovilidad urbana sostenible es el transporte y la movilidad de personas mayores en las ciudades, en el marco de los principios de sustentabilidad y del derecho a la ciudad.

Los conceptos de “sostenibilidad” y “sustentabilidad” suelen considerarse sinónimos, pero son imprecisos los alcances de su uso y continúan en redefinición. Surgen asociados al cuidado del medio ambiente, y, posteriormente, se incorporan otras dimensiones para su valoración. La adopción de uno u otro término también fue vinculada a las tendencias ideológicas o a los intereses de quien lo adopta (Zarta Ávila, 2018). En los últimos tiempos, mundialmente, se ha tomado conciencia de la importancia de promover una movilidad urbana sustentable, que tienda a minimizar los impactos ambientales, energéticos y sociales derivados. Desde esta perspectiva, el desafío es garantizar el derecho a la movilidad de la diversidad de ciudadanos sin comprometer a las generaciones futuras, evitando o minimizando los daños ambientales, pero también teniendo en cuenta la equidad. La sostenibilidad incluye tres tipos combinados: la sostenibilidad energética (modos con menor consumo de energía), la sostenibilidad medioambiental (reducción de emisiones y contaminación sonora) y la sostenibilidad social, que apunta a una mayor equidad poblacional

¹² La acepción “geronto”, de origen griego, significa ‘anciano o viejo’.

(Herce, 2009). Hemos incorporado estos conceptos para el estudio de la movilidad de las personas mayores con el fin de conocer los niveles de sostenibilidad de sus prácticas de viaje; principalmente, el social.

Para lograr movilidades sustentables e integradoras, que procuren los desplazamientos de los diversos grupos poblacionales que la conforman, planteamos el diseño de políticas de movilidad situadas, es decir, basadas en un diagnóstico local, cuyas acciones apunten a la articulación de las políticas y se basen en la participación activa de la población.

Enfatizamos sobre la necesidad de evitar fragmentaciones y adoptar propuestas articuladas para afrontar los problemas urbanos. Se ha afirmado que el servicio de salud requiere una política de movilidad acorde (Martínez *et al.*, 2016) y que la planificación urbana es indivisible del planeamiento de la movilidad (Dombriz Lozano, 2009). También es necesario considerar el planeamiento de la circulación, que define las reglas de uso del espacio, las leyes de tránsito y la educación vial (Vasconcellos, 2015). La integración de políticas sociales, de salud, urbanísticas, de transporte y de movilidad posibilita la planificación de acciones que atiendan problemas complejos que no pueden ser resueltos aisladamente. Como hemos expuesto a lo largo de este estudio, la fragmentación y la desarticulación de las políticas públicas impacta negativamente en la calidad de vida de las personas.

La movilidad de las personas mayores en las grandes ciudades y su inserción en el espacio público se hallan determinadas por múltiples componentes. Por tal motivo, para el diseño de estrategias locales y concretas, procuramos considerar las dimensiones en su totalidad y las relaciones que se establecen en su interior, con la intención de delimitar una respuesta efectiva a los problemas. Esta respuesta no implica necesariamente la asignación de nuevos recursos, puede consistir en la reasignación de los existentes. También puede contemplar la coordinación y la articulación entre políticas específicas, o la planificación integrada (salud, transporte, economía, seguridad social) sin generar costos adicionales.

4.5.1. Gerontomovilidad: Diez ejes para su análisis

Al emprender el estudio de la gerontomovilidad, inicialmente, realizamos un recorte geográfico, social y temporal del contexto. Este momento preliminar comprende la delimitación espacial y también el conocimiento de la población. Mediante el acercamiento a los sujetos mayores es posible conocer sus necesidades de movilidad, los motivos de elección de los tipos de transporte, sus saberes y prejuicios sobre los distintos modos, la ubicación de los servicios de salud, su organización y los problemas que ellos mismos identifican. Las herramientas que pueden incorporarse para arribar a este conocimiento son variadas: diálogos informales con personas mayores e informantes clave, observación participante y no participante, lectura de archivos, acceso a encuestas de movilidad, análisis de programas y procedimientos, entre otros.

El estudio de la gerontomovilidad incluye varios ejes de análisis, como cultura, economía, geografía, administración, géneros, derechos, comunicación, servicios, infraestructura y sustentabilidad. En cada dimensión, partimos de una concepción singularizada de las personas mayores, consideradas un grupo social heterogéneo, independientemente de la edad cronológica, con diferentes necesidades de movilidad y diferentes motivos de inmovilidad.

Los diez ejes que proponemos corresponden a los siguientes tópicos de análisis: cultura, economía, geografía, administración, géneros, derechos, comunicación, servicios, infraestructura y sustentabilidad. Entendemos que identificar las barreras que operan en cada uno puede permitir el lineamiento de estrategias tendientes a eliminarlas o, por lo menos, minimizarlas. Las dimensiones o categorías que desarrollamos han sido diseñadas con fines analíticos, pero, de ningún modo, intentan fragmentar este fenómeno. Contrariamente, el diseño y la planificación de políticas de movilidad dirigidas a personas mayores requiere tanto un diagnóstico previo local, que considere aspectos geográficos, demográficos, culturales, económicos, como una mirada multidimensional e integradora, idea central que hemos fundamentado a lo largo de esta Tesis.

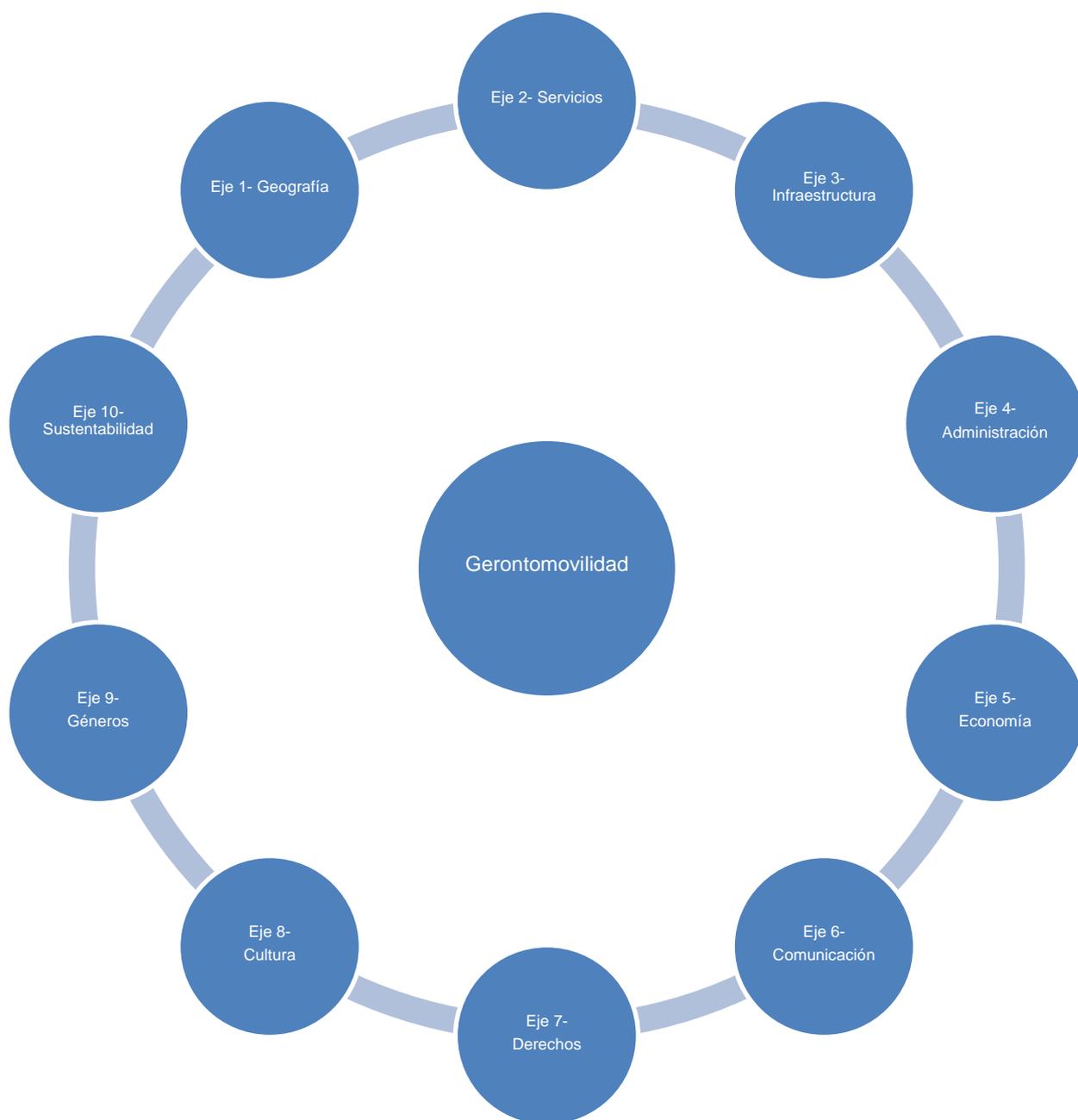


Ilustración 14. Gerontomovilidad. Dimensiones para su estudio.

El primer eje comprende la delimitación espacial del contexto que se estudiará. Tiene en cuenta las condiciones geográficas, climáticas, del suelo y las condiciones urbanas para conocer el escenario en que las personas mayores residen, interactúan y deben moverse. Las necesidades de movilidad se vinculan en parte con estos aspectos. El espacio puede resguardar y proteger a las personas mayores; principalmente, a las que presentan alta vulnerabilidad frente a las condiciones

adversas u obstaculizar su vida cotidiana impactando en su calidad de vida.

El segundo eje se refiere a los servicios. Analiza los servicios de transporte, su organización y la articulación con otros sectores, como el de salud. Indaga sobre la oferta de prestaciones a domicilio para las personas menos móviles, con recursos insuficientes o que no cuenten con redes de apoyo.

El tercer eje corresponde a infraestructura, categoría que integra el transporte, los servicios urbanos y su articulación. Las características y el estado de las unidades de traslado en los distintos modos; los vehículos, los vagones de subte, los colectivos y la infraestructura pública son algunas dimensiones para indagar. A partir de la visión de las propias personas mayores y de sus experiencias de viaje, se pueden conocer los principales obstáculos físicos que deben afrontar tanto en los transportes como en las estaciones o paradas, lo que permite identificar sus necesidades particulares. El estado de las calles, las veredas y las estaciones de transporte, y la existencia de mobiliario urbano son otros elementos cuya valoración aporta al análisis de las condiciones en que se movilizan las personas mayores en un determinado espacio. Su conocimiento facilita el diseño de intervenciones que faciliten los desplazamientos.

La administración constituye el cuarto eje. Este punto comprende los procedimientos para acceder a los distintos servicios y la perspectiva de las personas mayores sobre su efectiva accesibilidad, con el fin de identificar barreras organizacionales. Proponemos indagar sobre la existencia de tarifas preferenciales o gratuitas, las gestiones necesarias para acceder a ellas y su grado de complejidad. También contempla el análisis de la organización de los servicios, de transporte o de salud, para visualizar las posibilidades de disminuir las movilidades de las personas mayores frágiles o facilitar su traslado. En este sentido, sería importante determinar las acciones posibles de omitir y de simplificar, como solicitar turnos personalmente, autorizar órdenes en distintas dependencias, retirar resultados de estudios, etc.

La economía es el quinto eje. Su inclusión responde a la estrecha relación entre los recursos y la movilidad. Tanto en la elección del modo de traslado como en la realización efectiva de la movilidad, muchas veces, la disponibilidad de recursos determina el desplazamiento. Los costos de las tarifas, la existencia de tarifas

preferenciales o gratuitas, la relación de estos con los montos medios de jubilaciones y pensiones son elementos a evaluar en el estudio de la gerontomovilidad.

El sexto eje se refiere a la comunicación. En este punto, proponemos analizar las formas de comunicación existentes y su grado de efectividad. Conocer la totalidad de las opciones de servicios de transporte amplía las posibilidades de uso de los distintos modos. Que las personas mayores conozcan las alternativas para viajar, los procedimientos para acceder a tarifas preferenciales y las tarifas gratuitas, los servicios de su obra social, es un camino posible para facilitar la movilidad. Pero también es importante que se brinde información sobre la oferta y la organización de otros servicios, como los de salud. Explicitar los modos de información dominantes y en qué medida resultan efectivos, tanto los medios tecnológicos como los tradicionales, como folletería accesible, cartelería en la vía pública fácil de visualizar, líneas telefónicas de consulta, charlas de difusión y la televisión de aire.

En el séptimo eje, analizamos los derechos mediante el conocimiento de la legislación vigente en el contexto delimitado. Por un lado, los derechos atinentes a las personas mayores de manera particular, ya enunciados. Pero también los derechos no específicos de este grupo etario, como los resultantes de su condición de personas usuarias del transporte público. En este punto, se propone también analizar el conocimiento que tienen las personas mayores sobre sus propios derechos. Incluye los procedimientos y recursos institucionales para gestionar reclamos por derechos vulnerados y para su efectivo acceso.

El octavo eje se refiere a lo cultural. Esta dimensión considera las prácticas de movilidad arraigadas en las personas mayores, los hábitos de uso dominantes, los desestimados y su fundamentación. Identifica las posibles resistencias frente a nuevas formas o modos de traslado, y a la combinación de modos tradicionales. Los distintos transportes pueden ser portadores de estereotipos negativos y generar sentimientos de temor, miedo, desconfianza, que dan lugar a barreras emocionales.

El género constituye el noveno eje, aunque atraviesa transversalmente todas las dimensiones del estudio. Propone conocer las prácticas de movilidad diferenciales, las pautas de traslado por género y cómo intervienen en el acceso a los servicios. En esta línea interpretativa, planteamos incluir la perspectiva de género en las encuestas de

movilidad y en otros estudios sobre el transporte de personas mayores evitando su agrupamiento en categorías estigmatizantes y agenéricas, como “jubilados” o “adultos mayores”.

Finalmente, el décimo eje se vincula con la sustentabilidad. En el diagnóstico, incorporamos el análisis del impacto energético, medioambiental y social de las movilidades de mayor adhesión de las personas mayores y las posibilidades de cambio en los modos habituales.

Ejes	Contenido	Subtemas
1. Geografía	Delimitación geográfica y social del contexto	Condiciones climáticas y del suelo que pueden incidir en la movilidad de las personas mayores Estado del espacio público (calles, veredas) Existencia de mobiliario urbano adecuado. Estaciones o paradas
2. Servicios	Modos locales	Oferta y características de cada modo Servicios especiales de traslado para las personas mayores Servicios a domicilio
3. Infraestructura	Accesibilidad física	Accesibilidad de las unidades de traslado Principales obstáculos de cada modo Identificación de barreras físicas Ubicación y características de las paradas. Accesibilidad del espacio público

4. Administración	Procedimientos	<p>Organización de los servicios y su relación con las necesidades de movilidad</p> <p>Procedimientos administrativos para el acceso a tarifas preferenciales, servicios a domicilio, reclamos</p> <p>Posibilidades de simplificación y disminución de movilidades requeridas</p>
5. Economía	Costos y tarifas	<p>Tarifas. Tarifas preferenciales o gratuitas para las personas mayores</p> <p>Costo promedio mensual en concepto de movilidad y transporte</p> <p>Relación entre los montos medios de jubilaciones y pensiones, y los gastos estimados en transporte</p> <p>Relación entre los gastos estimados en concepto de transporte y la canasta básica de jubilados y jubiladas</p> <p>Acceso efectivo a tarifas preferenciales o gratuitas</p>
6. Comunicación	Estrategias comunicacionales	<p>Estrategias comunicacionales sobre servicios de transporte, tarifas preferenciales, servicios y servicios a domicilio, reclamos</p> <p>Medios utilizados (folletería, cartelería, modos tecnológicos, líneas telefónicas de consulta)</p> <p>Grado de alcance de los modos comunicativos utilizados</p> <p>Identificación de barreras y facilitadores comunicacionales</p>

7. Derechos	Legislación vigente	Derechos enunciados en la legislación vigente (internacional, nacional y local) Derechos de las personas mayores usuarias de servicios Formas de reclamo implementadas por las personas mayores ante la vulneración de derechos. Recursos para la realización de reclamos formales Conocimiento de las personas mayores sobre sus derechos. Percepción de las personas mayores sobre el respeto de sus derechos
8. Cultura	Prácticas de movilidad	Motivos de elección y de no elección Saberes y prejuicios Hábitos de uso. Modos de adhesión alta, media y baja, y fundamentación Inmovilidad. Cambios en los hábitos de movilidad Perspectiva de las personas mayores sobre sus necesidades de movilidad Análisis de posibilidades de cambio en las pautas de comportamiento
9. Géneros	Perspectiva de géneros	Prácticas de movilidad diferenciales Desigualdades observadas y referidas en la movilidad de las personas mayores. Motivos de viaje
10. Sustentabilidad	Sustentabilidad energética, medioambiental y social	Análisis de los modos de uso habitual en relación con la sostenibilidad energética, medioambiental y social Posibilidades de minimización de impactos negativos

Ilustración 16. Gerontomovilidad. Contenidos para su estudio por eje temático. Fuente: Elaboración propia.

Las dimensiones desarrolladas pretenden aportar ejes orientativos para la elaboración de un diagnóstico de situación orientado al diseño de políticas urbanas de movilidad localizadas. Se trata de un modelo dinámico y flexible en permanente

reconstrucción. Como hemos señalado reiteradamente, las políticas de movilidad no son factibles de ser trasladadas o replicadas, dado que cada ciudad presenta infraestructuras distintas, formas de movilidad diferentes, escenarios socioeconómicos particulares, prácticas culturales más o menos arraigadas en los hombres y en las mujeres mayores que la habitan. Además, en el estudio de la gerontomovilidad, es preciso identificar las tensiones derivadas de los distintos intereses en disputa, los distintos transportes que se intentan imponer, las posiciones políticas sobre el rol del Estado o el lugar que se otorga a las necesidades de movilidad de las personas vulnerables. En la planificación, se deberá apuntar al logro de equilibrio y soluciones consensuadas por los distintos actores, priorizando la integración de la población.

4.5.2. Reflexiones sobre el diseño de políticas de gerontomovilidad

Las políticas de gerontomovilidad exceden los objetivos de este estudio. No obstante, consideramos oportuno delinear algunas reflexiones que promuevan la apertura a nuevas líneas de investigación sobre la temática.

A partir del análisis de las dimensiones precedentes, de lo existente y real, proponemos la elaboración de alternativas de acción que sean factibles, viables y respondan a las demandas de las personas mayores respecto de necesidades de movilidad y que garanticen el acceso a sus derechos. Es evidente que, desde esta perspectiva y por lo desarrollado hasta aquí, es necesario articular los enfoques de oferta y de demanda, elementos indivisibles que se determinan mutuamente. Los planes de movilidad deben considerar las prácticas de sus habitantes en relación con la oferta existente y requerir su participación activa en el momento de la planificación.

Adherimos a la visión del transporte como una cuestión pública y la movilidad como un derecho, que no puede ser entendida meramente como un servicio reglado por las leyes del mercado: "... un servicio que debe ser ofertado según las reglas emanadas de un consenso público relacionado con los intereses y las necesidades de

la sociedad” (Vasconcellos, 2015). El Estado es el único actor con capacidad de regularlo, que puede intervenir en el mercado procurando el bienestar de la población. Debe adoptar un rol activo en el diseño y en la puesta en marcha de acciones concretas que faciliten la movilidad y apunten a metas a mediano y a largo plazo, superando los tiempos acotados de la propia gestión. La decisión política de abordar este problema y la asignación de recursos corresponden a este actor principal, aunque la organización colectiva de la población puede impulsar que se priorice el tema en la agenda pública. De otro modo, resolver el traslado protegido y el cuidado de las personas mayores menos móviles recaen en la familia y en las redes sociales, invirtiendo los roles sobre la responsabilidad de su cuidado.

En varios países, se ha promovido y destacado el valor de la movilidad compartida, que se refiere al uso que varias personas hacen de distintos tipos de vehículos en el mismo tiempo y espacio (Asociación Mexicana de Transporte y Movilidad [AMTM], 2018). Mediante el diseño de principios de movilidad compartida para ciudades amables, aportan una guía que intenta resolver los principales problemas de la movilidad en las grandes ciudades, como la inaccesibilidad, la congestión de tránsito, la exclusión, la contaminación, la accidentalidad y la inequidad. La movilidad compartida requiere la deconstrucción de los hábitos de transporte tradicional. Este tipo de movilidad, como el uso de remís para el traslado simultáneo de varias personas usuarias con tarifas preferenciales o el automóvil particular compartido, son nuevas formas de uso que, de ser aceptadas y adoptadas por las personas mayores, pueden aportar múltiples ventajas en ese momento de la vida, como viajar en compañía a un costo menor, evitar riesgos en los desplazamientos con menor impacto en el ambiente. La combinación de los modos de transporte disponibles en un contexto determinado requiere un cambio de hábitos y es de bajo costo. El pasaje del remís individual o privado al remís compartido reduce costos, contribuye al cuidado del ambiente y procura el traslado junto con otras personas. La innovación estaría dada no por la generación de nuevos modos de transporte, sino por la integración de modos preexistentes, lo que aportaría la optimización de los aspectos más valorados por las personas mayores, como seguridad, confianza, costo accesible, comodidad, confiabilidad y accesibilidad. Sería relevante conocer la opinión de las

personas mayores sobre estas nuevas posibilidades de uso de los modos existentes y sobre su disposición a adoptarlas. Los cambios culturales y de comportamiento requieren metas a mediano y a largo plazo, sostenidas en el tiempo y progresivas, ya que son difíciles de modificar (Serrano Rodríguez, 2009). La necesidad de cambios en las pautas de comportamiento para lograr una movilidad urbana sostenible fue señalada por varios autores (Monzón de Cáceres y López Lambas, 2009; Herce 2009), pero entendemos que dichos cambios deben adecuarse a los tiempos y a las necesidades particulares de traslado de las personas mayores. La posible intervención podría apuntar al cambio secuencial en los hábitos de uso, deconstruyendo prejuicios sobre algunos modos y facilitando el uso de formas de traslado alternativas.

La elaboración de un diagnóstico de movilidad situado y participativo, se enfoca en la meta de intervenir de manera eficaz y viable, diseñando respuestas acordes a los problemas que se identifiquen. A partir de este conocimiento, la planificación puede incorporar el diseño de nuevos servicios o la readecuación de los existentes de acuerdo con las necesidades y problemas identificados.

La revisión de las disposiciones en los distintos servicios procura el reconocimiento de las movilidades posibles de omitir mediante la modificación de las pautas organizacionales, como la solicitud de turnos personales. Su reemplazo por procedimientos accesibles para esta población no implica generalizar ni reforzar estereotipos negativos, sino que se trata de facilitar el acceso y proporcionar a cada persona un mayor acercamiento a los servicios.

Respecto del planeamiento de la circulación, proponemos intensificar la educación vial, promover el respeto a las personas con roles más vulnerables y adecuar las reglas facilitando la movilidad de hombres y mujeres mayores. A modo de ejemplo, la ampliación de los tiempos de corte de los semáforos para garantizar el cruce de peatones con marcha lenta en condiciones de seguridad es una medida sencilla de implementar. También podría considerarse la capacitación a las personas conductoras de transporte público sobre los derechos de las personas mayores, y la capacitación a las personas mayores sobre sus derechos como usuarias, lo que facilitaría el traslado en mejores condiciones para todos los actores.

Podemos mencionar otras intervenciones en el espacio público que propician una mejor habitabilidad de las personas mayores en dichos espacios. La instalación de espacios de descanso y de hidratación, de baños públicos accesibles, las paradas de colectivos con refugios y asientos pueden motivar la realización de trayectos a pie o un mayor uso del transporte público en las personas de mayor edad.

Finalmente, reafirmamos la importancia de planificar conjuntamente políticas urbanas y de transporte, de generar la coordinación de los distintos servicios (como los programas de salud y las políticas de transporte) y de diseñar las acciones con la participación activa de la población mayor. La intención es garantizar la movilidad, en especial, de los grupos poblacionales de menores recursos con el menor impacto posible en el ambiente, apuntando a asegurar el derecho a la movilidad, puente de acceso a otros derechos.

Conclusiones

A lo largo de esta Tesis, describimos y clasificamos las prácticas de movilidad para la atención de la salud de las personas mayores. Identificamos las barreras y los facilitadores relacionados con la movilidad que intervienen en el acceso a los servicios de salud y luego sistematizamos los aspectos que se deben tener en cuenta para el diseño de acciones públicas que permitan mejorar la movilidad y que apuntan a garantizar su derecho a la salud.

Las personas mayores utilizan múltiples formas de traslado y optan por modos protegidos en casos de necesidad, lo que representa un costo mayor. Los hábitos culturales influyen en las prácticas de movilidad: se desestiman los que generan temor y los estigmatizados por los medios de comunicación, lo que acota la elección modal, ya que se restringen las opciones.

En la selección del modo de movilidad para el autocuidado, intervienen barreras de habilidad, culturales, emocionales, tecnológicas, organizacionales y económicas. En muchos casos, las condiciones económicas determinan el modo seleccionado para movilizarse, pero no imposibilitan el traslado en la muestra estudiada. Sin embargo, también inciden otros factores, como la accesibilidad en el conjunto del itinerario, es decir, en todas las etapas de la cadena de transporte. Esto lo hemos observado, principalmente, cuando las personas entrevistadas tienen en cuenta la distancia entre su domicilio y las paradas de ascenso, y el trayecto entre las paradas de descenso y el lugar de destino para fundamentar su opción de viaje. Los hombres presentan una actitud más conservadora que las mujeres respecto de las costumbres en la movilidad; tienden a mantener los modos habituales de traslado, lo que da cuenta de las diferencias genéricas en las prácticas de movilidad. En algunos casos, las discontinuidades en la elección modal se vinculan con la experiencia de haber sufrido caídas, lo que promueve cambios en las rutinas de uso. Varias personas, cuando evocan el pasado y reconstruyen sus trayectorias de movilidad, vinculan sus relatos a recuerdos y a sentimientos positivos, añoran el placer de caminar o andar en bicicleta, hábitos que se abandonan al aminorar la capacidad motriz.

En cuanto al grupo de personas mayores frágiles, podríamos deducir que son usuarias cautivas de los modos protegidos de desplazamiento, ya que no se

encuentran en condiciones de movilizarse en transportes que requieren mayor habilidad. Cuando lo hacen, utilizan el soporte de ayudas técnicas y se trasladan con acompañantes.

Las opciones de traslado no se ajustan a una elección meramente individual. Al momento de decidir cómo viajar, entra en juego la interrelación de factores intrínsecos y extrínsecos que determinan la preferencia por determinado tipo de movilidad. Así, la capacidad individual y los factores ambientales se articulan dando lugar a la adopción o al rechazo de los distintos modos de transporte. Las barreras que intervienen en la elección modal invalidan varios tipos de viaje como opción. Cuantitativamente, son más numerosos los modos de baja o nula adhesión que los de alta, lo que da cuenta de la existencia de acotadas alternativas de viaje protegido y seguro. De manera preliminar, al iniciar el estudio, pudimos identificar múltiples formas de traslado disponibles en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pero, al avanzar en la investigación, concluimos que las formas que se constituyen en posibilidades efectivas de viaje para las personas mayores se limitan a dos o tres opciones solamente.

El significado negativo, real o imaginado, que se les asigna a los servicios de salud ubicados en el conurbano bonaerense promueve que las personas que allí habitan realicen trayectos extensos a mayor costo y con más tiempo de viaje que si utilizaran servicios próximos a sus hogares. La finalidad buscada justifica dichos desplazamientos. Las personas mayores permanecen en su espacio de residencia habitual en el primer cordón del conurbano bonaerense, pero acuden a servicios distantes, ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para lograr su objetivo: acceder a una atención de salud de calidad superior a la que ofrecen los servicios de cercanía. En varios casos, la elección se fundamenta en situaciones perjudiciales, como las que vivenciaron en servicios deficientes o por falta de atención. Estos eventos o “malas experiencias” impulsan nuevas estrategias asociadas, facilitadoras del acceso a servicios de salud que juzgan más eficientes que los ofertados en la provincia de Buenos Aires.

Para garantizar el acceso a servicios valorados positivamente, toman decisiones de manera autónoma y optan por modos alternativos ante servicios de

transporte inseguros. Tanto las mujeres como los hombres resuelven la forma de alcanzar determinada meta, es decir, adoptan una movilidad táctica. En consecuencia, la distancia geográfica no constituye un obstáculo en el acceso a los servicios de salud de estas personas mayores, pero se trata de sujetos que, en su mayoría, presentan habilidades físicas conservadas, son autoválidos, se encuentran lúcidos y disponen de recursos económicos para afrontar los gastos de traslado. Quienes conducían su propio automóvil, tanto hombres como mujeres, deciden por propia voluntad dejar de manejar a partir de distintas experiencias. Por lo expuesto, podemos inferir que se encuentra garantizado el derecho a la autonomía enunciado en la Convención Interamericana de Derechos Humanos de las Personas Mayores, ya que estas personas toman decisiones sobre actos de su vida de manera independiente. También reconocen sus derechos respecto de la movilidad y de los derechos de los otros: cederles el asiento, cumplir los horarios y recibir un trato respetuoso. Si bien las acciones de reclamo son acotadas, algunas personas demandan cuando observan que sus derechos son vulnerados, lo que contribuye a la deconstrucción de los estereotipos dominantes sobre la vejez, asociada a la enfermedad, la pasividad y a la inacción. No obstante, las intervenciones concretas de reclamos formales son débiles y pueden relacionarse con la baja confianza en las instituciones en Argentina, no exclusiva de este grupo etario. Respecto de las diferencias por género, son las mujeres quienes intervienen de manera directa frente a situaciones consideradas injustas. Los hombres, cuando lo hacen, apelan a recursos institucionales formales.

Las principales barreras en la movilidad para el acceso a la salud que identifican se vinculan a aspectos organizacionales y en la comunicación, que generan traslados adicionales, pero no obturan el acceso. Reportan la realización de viajes inútiles en los que no se pudo cumplir el fin del viaje. Los obstáculos derivados de estas barreras son modificables, podrían revertirse si se reformulara la estructura de los servicios y de los procedimientos.

De manera reiterada, hacen referencia a situaciones de maltrato durante los viajes, lo que no podemos vincular con un criterio puramente cronológico. Sin embargo, en algunos casos, las personas mayores afirman haber sufrido

discriminación por edad en su rol de usuarias del transporte público. Es importante señalar la asimetría que se establece en la relación de fuerzas con personas jóvenes: en este escenario de intereses en disputa, las personas mayores ocuparían una posición desventajosa. Las mujeres reconocen haber vivido situaciones de maltrato en el transporte público, y los hombres relatan hechos en los que no han sido protagonistas, es decir, lo que observaron respecto de otras personas durante los viajes. Si bien el transporte público es considerado un medio hostil, las personas mayores que carecen de recursos para acceder a modos protegidos continúan utilizándolo para ejercer su derecho a la salud.

Sobre la base de estos hallazgos, proponemos ampliar el concepto de “discriminación invisible”, incorporando la exposición a situaciones de maltrato durante los viajes como forma de segregación, a veces, imperceptible. Si bien no impacta en la retracción de los viajes, conduce a una movilidad en condiciones desfavorables, que puede generar daños y malestar. Por otra parte, el uso del transporte público en horarios de intensa demanda también expone a las personas mayores al contagio de enfermedades transmisibles por contacto estrecho. Estos riesgos permiten distinguir las desigualdades en la movilidad vinculadas a la capacidad económica. Quienes cuentan con recursos suficientes pueden acceder a modos protegidos de traslado, como automóvil propio, remis o taxi, y las personas que carecen de ellos permanecen cautivas del transporte público, expuestas a situaciones de discriminación, trato inadecuado y a la posibilidad de contagio de enfermedades.

A partir del análisis exhaustivo de producciones especializadas sobre la temática, podemos concluir que tanto los obstaculizadores observados como las referencias al trato inadecuado durante los viajes presentan semejanzas con las problemáticas que atraviesan las personas mayores en otros países durante los traslados. A pesar de las diferencias regionales, se reiteran situaciones comunes durante los viajes de las personas envejecientes en el transporte público cuando sus derechos como usuarias no son respetados.

En los relatos de las personas entrevistadas aparece de manera recurrente la referencia a acciones derivadas de conflictos gremiales. Con relación al transporte, mencionan los paros de servicios o movilizaciones que complican el traslado y

obstaculizan el acceso a los servicios, pero también con respecto de los centros de salud. Paros de médicos y huelgas son mencionados como factores que dificultan o impiden la atención, que tornan el viaje inútil y promueven la realización de uno o más traslados adicionales para concretar el objetivo del acceso a la salud. Se trata de hechos que parecen no producir una tensión con las necesidades individuales de las personas consultadas, quienes optan por no viajar y reprogramar su concurrencia a los centros sanitarios, lo que no significa que no se sientan perjudicadas. La CABA presenta una larga tradición como escenario de protestas en el espacio público, paro de actividades y otros tipos de reclamos. En los últimos años, como consecuencia de las medidas de ajuste neoliberales que afectan a la población, estos eventos se han incrementado y, de alguna manera, se han naturalizado y han pasado a formar parte de la vida cotidiana. Las personas mayores relatan estas situaciones con tranquilidad, contrariamente a la indignación que expresan al describir situaciones de vulneración de derechos en el uso del transporte público. Las protestas colectivas son hechos más tolerados que otro tipo de situaciones obstaculizadoras del acceso a los servicios, quizá, porque consideran que se trata de reclamos justos. En este punto, podemos observar la manera en que los acontecimientos históricos inciden en las configuraciones actuales sobre los reclamos en las personas mayores. Desde hace varios años, esta ciudad se ha constituido en uno de los principales espacios urbanos de protesta colectiva, que ha pasado a ser parte de la cotidianeidad de la población. Además, haber transitado la juventud en contextos represivos podría intervenir en la limitada acción contra la vulneración del derecho a la movilidad segura y, de alguna manera, fundamentar en parte la debilidad de la organización colectiva en defensa de los derechos urbanos.

En muchos casos, las propuestas que realizan para mejorar la movilidad no se relacionan con innovaciones en los servicios. Recomiendan que otros usuarios les cedan el asiento o que el chofer acerque el colectivo al cordón de la vereda para subir y bajar, que no realice frenadas bruscas y que pare en todas las esquinas los días de lluvia. Estos señalamientos están contemplados en la legislación vigente, donde se establecen las normas de tránsito y de transporte, y se detallan las obligaciones de los conductores y las prioridades en el uso del servicio. Por estos motivos, la solución no sería la creación de nuevas normas o servicios, sino el efectivo cumplimiento de

las reglas existentes, recurrentemente transgredidas. Cabe reflexionar sobre las posibilidades reales de revertir la reiterada vulneración de las reglas en una sociedad con elevada tradición anómica e instituciones desacreditadas.

En los servicios de salud, tanto en el público como en el de la obra social, se evidencia mayor presencia femenina en el grupo de personas usuarias. Las mujeres mayores mantienen sus hábitos de autocuidado y la consulta preventiva, mientras que los hombres acuden, principalmente, al atravesar episodios agudos. En este estudio, hemos analizado un solo fin de viaje: la atención de la salud. En futuras investigaciones, sería relevante incorporar los otros motivos que generan la movilidad de hombres y mujeres mayores para poder distinguir las tareas productivas y reproductivas que asumen, y las continuidades y rupturas con los roles de género tradicionales.

Las redes sociales de apoyo informal se constituyen como elemento facilitador y garante de la movilidad para el acceso a la salud. Familiares y vecinos colaboran aportando un traslado protegido y seguro, que es muy valorado porque resuelve necesidades de movilidad cuando el Estado no ofrece alguna alternativa de traslado o cuando los servicios de la obra social son deficientes. Las redes también contribuyen a omitir movilizaciones cuando se hacen cargo de resolver distintas gestiones relacionadas con la salud, como solicitud personal de turnos, gestión de autorizaciones o retiro de resultados de estudios. Las personas mayores entrevistadas se reconocen, principalmente, como receptoras de apoyo instrumental en lo relativo al transporte.

Las proyecciones demográficas señalan que se incrementará cuantitativamente la población más añosa y, en especial, la que vive sola. Ello indica la necesidad de implementar estrategias que garanticen el acceso a la salud, ofreciendo servicios de movilidad protegida o facilitando la atención domiciliaria para evitar el traslado de las personas más vulnerables. Consideramos que el Estado debe adoptar un rol activo como garante de los derechos de las personas mayores mediante el diseño de programas de apoyo que, hasta ahora, han soportado, principalmente, las familias. Su intervención es imprescindible en el caso de las

personas mayores que carecen de redes de apoyo informal o que son débiles y de baja intensidad, ya que no pueden responder en momentos críticos.

Para el diseño de políticas públicas tendientes a mejorar la movilidad de las personas mayores, proponemos la elaboración de un diagnóstico local que incluya varios ejes de análisis: geografía, servicios, infraestructura, administración, economía, comunicación, derechos, cultura, géneros y sustentabilidad. Profundizar en los estudios sobre la movilidad de las personas mayores aportará un insumo fundamental, que permitirá pensar, diseñar y ejecutar acciones alineadas con sus necesidades reales.

Desde el paradigma de la movilidad urbana sustentable, se recomienda priorizar los modos no motorizados en los desplazamientos de la población. Dentro de esta línea, en los últimos años, se han implementado políticas de transporte en la CABA que priorizan el uso de la bicicleta, cuyos principales usuarios y usuarias son personas jóvenes, lo que pone en duda la estimación de las necesidades de las personas mayores al momento de diseñarlas.

Para las personas mayores, el modo óptimo de realizar los traslados es el vehículo, el traslado familiar o el remis. Son modos seguros y protegidos, pero altamente contaminantes, no recomendados desde el paradigma de la sustentabilidad y de acceso desigual.

El uso de modos compartidos puede constituir una alternativa válida y de costo relativamente bajo para afrontar estos problemas. Para su implementación, será necesario superar la puja de intereses sectorizados, establecer acuerdos consensuados y abordar la resistencia a los cambios modales en la población. Si analizamos el devenir histórico del sistema de transporte en la CABA, identificamos fuertes resistencias frente a la aparición de nuevos modos, como ocurrió hace varios años con el subte y como observamos en la actualidad respecto de la oferta del servicio de Uber. Los modos compartidos también podrían ser organizados y promovidos desde el Estado.

El Libro Blanco de la Movilidad Urbana Sustentable de América Latina aconseja la participación de la población en los procesos de planificación y de toma de

decisiones de políticas urbanas de movilidad, hecho que no se ha evidenciado en las decisiones relativas a la planificación del transporte y de la urbanización adoptada en los últimos años en la CABA. El modelo de gestión vigente no prioriza la participación ciudadana en el diseño de programas. La gestión estatal participativa posibilita la búsqueda conjunta de soluciones concretas a los problemas que afectan a la población.

En los últimos tiempos, ha sido significativo el aumento de producciones sobre el tema que convoca a los Estados a una toma de conciencia sobre el derecho a la ciudad y sobre la inclusión social; en especial, de los grupos vulnerables. No obstante, la existencia de legislación no garantiza su cumplimiento, ya que persisten las desigualdades en el acceso a los servicios, y se continúan vulnerando los derechos de las personas mayores.

Han transcurrido casi diez años desde la última Encuesta de Movilidad Domiciliaria realizada en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Por la discontinuidad de su aplicación, no contamos con información actualizada que permita una planificación local acorde con los habitantes mayores y con sus necesidades particulares. La tendencia mundial en la materia resalta la importancia de la movilidad sustentable y ecológica, pero estas políticas no pueden transferirse sin partir de un diagnóstico contextual que incorpore la movilidad de los habitantes de todas las edades, sus experiencias y los significados de sus prácticas con perspectiva de géneros. De lo contrario, pueden promover una mayor exclusión en los grupos poblacionales vulnerables.

En los últimos tiempos, se ha evidenciado una mayor concientización sobre la necesidad de incluir la perspectiva de género en los estudios y políticas públicas. En Argentina, los avances han sido significativos; además, contamos con una legislación específica, que procura su incorporación en los distintos programas. Debido a su reciente implementación, se manifiesta su ausencia en varias encuestas y estudios. Es esperable que esta mirada se haga extensiva a las investigaciones sobre el transporte. Entendemos que el paradigma de la movilidad como enfoque de estudio resulta adecuado para investigar la movilidad de las personas mayores, ya que presenta múltiples aristas de análisis.

La planificación integrada de la urbanización y la movilidad configura un camino posible para pensar simultáneamente el diseño de las ciudades y cómo se desplazarán en ella sus heterogéneos habitantes. Ambas son indivisibles, como ha sido largamente señalado en este trabajo, y su fragmentación perpetúa los problemas de la ciudad. Su abordaje conjunto se centra en las y los ciudadanos como protagonistas (personas mayores, niños, niñas y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad) para, a partir de sus necesidades heterogéneas, apuntar al logro de una mejor calidad de vida de todas las personas y democratizar el espacio público.

La presente Tesis pone en evidencia la necesidad de habilitar la discusión sobre la movilidad de las personas mayores y de profundizar los estudios en la temática. Conocer los viajes reprimidos, los motivos de inmovilidad, los “no viajes”, las barreras invisibles que deben atravesar, la realización de traslados en condiciones precarias, la movilidad desigual, la relación entre el tipo de hogar y la elección modal, y las prácticas de viaje realizadas con otras finalidades son algunas posibles líneas de análisis que contribuirían a ampliar el conocimiento sobre este problema complejo.

De la elaboración del estudio, también emergen reflexiones que podrían profundizarse y enriquecerse con los aportes de distintas disciplinas. Nos preguntamos si el costo en concepto de movilidad protegida debería considerarse parte del gasto en salud, ya que, para garantizar el acceso de las personas frágiles, resulta indispensable. Reafirmamos que la responsabilidad de proporcionarla corresponde al Estado, pero, como hemos analizado a lo largo del trabajo, son las redes de apoyo informal, principalmente familiares y vecinos, quienes asumen esta tarea. También repensamos la clasificación respecto de las barreras de movilidad y la importancia de incluir el tiempo adicional como categoría. Los viajes inútiles representan tiempos extraordinarios dedicados a la atención de la salud; en especial, para las personas de menores recursos. Si bien las personas mayores cuentan con mayor tiempo liberado de obligaciones por el cese de su actividad laboral, no debe asignársele un disvalor, lo que respondería a la concepción de uso del tiempo utilitario productivo y encubriría una nueva forma de discriminación.

Si la población mayor continuará en aumento y disminuirá la de jóvenes y niños, como indican las proyecciones demográficas, se presentará un nuevo escenario. ¿Las ciudades se encuentran preparadas para facilitar la permanencia y el traslado de las personas mayores? ¿En qué habitantes se piensa y qué intereses entran en juego al momento de diseñar políticas urbanas? ¿Se verá facilitada la adopción de formas alternativas de viaje con menor impacto ambiental y social frente a la expansión del uso de nuevas tecnologías? ¿Las políticas públicas priorizarán la inclusión digital de las personas mayores para facilitar su acceso a los servicios? ¿En qué medida es realizable la planificación del transporte basada en las necesidades de movilidad de las personas mayores más allá de las decisiones tarifarias? ¿La presencia de más habitantes mayores aumentará el uso de modos contaminantes? La futura población mayor será aún más heterogénea y sus necesidades, diferenciales. ¿Las próximas generaciones de personas mayores revertirán el bajo uso de las TIC, que hoy dificultan la comunicación y generan resistencia ante los nuevos modos de movilidad? ¿Serán flexibles al momento de aceptar modos alternativos como los compartidos? ¿Tendrán mayor conocimiento de sus derechos como ciudadanos? ¿Aumentará la confianza en las instituciones? ¿Qué posibilidades reales tendrán de hacer oír su voz cuando sus derechos sean vulnerados? ¿Surgirán y se consolidarán organizaciones colectivas de personas mayores que incluyan entre sus objetivos la defensa de derechos urbanos?

Argentina ha ratificado su compromiso con los 17 objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2015). En el número 11, se establece la siguiente meta:

... proporcionar acceso a sistemas de transporte seguros, asequibles, accesibles y sostenibles para todos y mejorar la seguridad vial, en particular mediante la ampliación del transporte público, prestando especial atención a las necesidades de las personas en situación de vulnerabilidad, las mujeres, los niños, las personas con discapacidad y las personas de edad (51).

De acuerdo con el análisis realizado a partir del presente estudio, el objetivo está lejos de cumplirse en la CABA. Las condiciones económicas inestables que atraviesa el país, las políticas neoliberales que priorizan la concentración de la riqueza, el deterioro de los servicios en los últimos años, las escasas posibilidades de

participación popular y la baja confianza en las instituciones nos distancian de dicha meta.

Referencias bibliográficas

- Agudelo-Vélez, L., Sarmiento-Ordosgoitia, I., Mejía Gutiérrez, A. y Córdoba Maquilón, J. (julio, 2018). Los no viajeros y su participación en la ciudad. Un reflejo de las inequidades del transporte. *Innovando para repensar en el transporte urbano*. Actas del XX Congreso Latinoamericano de Transporte Público y Urbano. Medellín: ALATPU, 763-773. Recuperado de <http://www.camilonemo.com/assets/images/research/dataVisualization/plataformaGestionTransito/LibroCLATPU2018.pdf>
- Alcántara Vasconcellos, E. (2010). Análisis de la movilidad urbana. Espacio, medio ambiente y equidad. Bogotá: CAF. Recuperado de <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/414>
- Alonso Romero, G. y Lugo Morín, D. (2018). El Estado del Arte de la movilidad del transporte en la vida urbana en ciudades latinoamericanas. *Revista Transporte y Territorio*, (19), 133-157. Recuperado de <https://doi.org/10.34096/rtt.i19.5329>
- Alsnih, R. y Hensher, D. (2003). The mobility and accessibility expectations of seniors in an aging population. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 37(10), 903-916. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0965-8564\(03\)00073-9](https://doi.org/10.1016/S0965-8564(03)00073-9)
- Alvarado, M., Magnani, A. y Manganelli, N. (julio, 2018). La articulación, clave para la transformación. *Innovando para repensar en el transporte urbano*. Actas del XX Congreso Latinoamericano de Transporte Público y Urbano. Medellín: ALATPU, 229-239. Recuperado de <http://www.camilonemo.com/assets/images/research/dataVisualization/plataformaGestionTransito/LibroCLATPU2018.pdf>
- Amadasi, E. (Coord.). (2015). *Condiciones de vida e integración social de las personas mayores: ¿diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna?* Buenos Aires: EDUCA.

- Amadasi, E. y Tinoboras, C. (2017). *Las condiciones de salud de las personas mayores. Sus aspectos más críticos*. Buenos Aires: EDUCA.
- Amadasi, E., Tinoboras, C. y Cicciari, M. R. (2018). *Las personas mayores que necesitan cuidados y sus cuidadores*. Buenos Aires: EDUCA.
- Apaolaza, R. (2012). Los debates sobre transporte urbano, movilidad cotidiana y exclusión social. Una revisión desde el caso argentino. (Avance de investigación en curso). Recuperado de actacientifica.servicioit.cl/biblioteca
- Arias, C. (2016). Redes sociales de las personas mayores. En Roqué, M. y Fassio, A. (Comps.), *Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur. Sistema Regional de Información y Aprendizaje para el Diseño de Políticas Públicas en torno al Envejecimiento*. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social, SENAMA, Gobierno de Chile. Recuperado de: www.senama.gob.cl
- Asociación Mexicana de Transporte y Movilidad [AMTM]. (2018). Movilidad compartida. *Revista Transporte y Ciudad*, (15), 48-50. Recuperado de https://issuu.com/amtm_ac/docs/amtm_unadecadademovilidad
- Autoritat del Transport Metropolità [ATM]. (2016). Enquesta de Mobilitat en dia feiner 2015 . La mobilitat a l'àmbit del sistema tarifari integrat de l'àrea de Barcelona. Recuperado de <https://www.atm.cat/web/ca/observatori/enquestes-de-mobilitat.php>
- Avellaneda, P. y Lazo, A. (2011). Aproximación a la movilidad cotidiana en la periferia pobre de dos ciudades latinoamericanas. Los casos de Lima y Santiago de Chile. *Revista Transporte y Territorio*, (4), 47-58. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de www.rtt.filo.uba.ar/RTT00404047.pdf
- Baldiviezo, J. y Sánchez, S. (2018). ¿Qué es lo que propone el nuevo Código Urbanístico? Observatorio del Derecho a la Ciudad. Recuperado de <https://observatoriociudad.org/que-es-lo-que-propone-el-nuevo-codigo-urbanistico/>
- Ballesteros, M. (2014). Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos secundarios. *Documentos de jóvenes investigadores*, (41). Universidad de

- Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20151022054933/dji41.pdf>
- Ballesteros, M., Freidin, B. y Wilner, A. (2017). Esperar para ser atendido: Barreras que impone el sistema sanitario y recursos que movilizan las mujeres de sectores populares para acelerar la resolución de las necesidades de salud. En Pecheny, M. y Palumbo, M., *Esperar y Hacer esperar*. Buenos Aires: Teseo.
- Banister, D. y Bowling, A. (2004). Quality of life for the elderly: the transport dimension. *Transport Policy*, 11(2), 105-115. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0967-070X\(03\)00052-0](https://doi.org/10.1016/S0967-070X(03)00052-0)
- Barbero, J. y Bertranou, J. (Eds.). (2019). *Las políticas de transporte en la Argentina. Los años de la posconvertibilidad: 2002-2015*. Buenos Aires: Biblos.
- Barbero, J. y Galeota, C. (2018). Los retos de la movilidad en el AMBA. *Revista Notas CPAU*, (39). Consejo Profesional de Arquitectura y Urbanismo.
- Barnes, J. (2017). Un falso dilema: Taxis vs. Uber. *Diario La Ley*. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/319141676>
- Barómetro de la Bicicleta en España. (2017). Informe de resultados. Junio de 2017. GESOP, Gabinet d'Estudis Socials i Opinió Pública. Recuperado de <https://www.ciudadesporlabicicleta.org/wp-content/uploads/2017/11/RCxB-Bar%C3%B3metro-de-la-Bicicleta-en-Espa%C3%B1a-2017-Informe.pdf>
- Baum, A. (agosto, 2019). Las personas mayores, una mirada desde el sistema de salud. *Seminario Las personas mayores, una mirada desde el sistema de salud*. Universidad Nacional de Tres de Febrero, Sede Centro Cultural Borges.
- Borda, P. Dabenigno, V., Freidin, B. y Güelman, M. (2017). Estrategias para el análisis de datos cualitativos. Centro de Documentación e Investigación. Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani. Recuperado de: http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_1605.pdf
- Bouchet, C., Jofre, M., Moyano, V., Paniagua, S. y Riera, A. (2017). Los ciudadanos y la movilidad en Barcelona. Situación actual y perspectivas de futuro. España: Creafutur.

- Boy, M. (2017). Distancias cercanas y diferencias encontradas en la Ciudad de Buenos Aires: El caso de los adultos y las adultas que viven en las calles: 1997-2011. *Ciudadanías*, (1), 141-158. Universidad Nacional de Tres de Febrero.
- Brennan, P. (2019). Movilidad urbana. En Barbero, J. y Bertranou, J. (Eds.), *Las políticas de transporte en la Argentina. Los años de la posconvertibilidad: 2002-2015*. Buenos Aires: Biblos.
- Buckingham, S. (2011). Análisis del derecho a la ciudad desde una perspectiva de género. *Revista de derechos humanos Dfensor*, (04), 6-11.
- Carrión Mena, F. (2010). Violencia urbana: un asunto de ciudad. En *Ciudad, Memoria y Proyecto*, 289-314. Ecuador: Organización Latinoamericana y del Caribe de Centros Históricos. Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.
- Cataldi, M. (2015). *Visión de adultos mayores sobre el trato y derechos en la vida cotidiana en una institución de larga estadía*. (Tesis de Maestría). Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Argentina.
- Cavalli, L. (2018). *Regulación del transporte del área metropolitana de Buenos Aires*. Buenos Aires: Ediciones CIJUSO Fundación de Ciencias Jurídicas y Sociales del Colegio de Abogados de la Provincia de Buenos Aires.
- Chaves, M., Segura, R., Speroni, M. y Cingolani, J. (2017). Interdependencias múltiples y asimetrías entre géneros en experiencias de movilidad cotidiana en el corredor sur de la Región Metropolitana de Buenos Aires. *Revista Transporte y Territorio*, (16), 41-67. Recuperado de <https://doi.org/10.34096/rtt.i16.3602>
- Colombo, C. (2017). Por qué formular un nuevo Código Urbanístico. *Revista Notas CPAU*, (38), Consejo Profesional de Arquitectura y Urbanismo.
- Comisión de Transportes, Colegio de Ingenieros de caminos, canales y puertos. (2008). *Libro Verde del Urbanismo y la Movilidad*. Madrid: Cyan.
- Consejo Profesional de Arquitectura y Urbanismo. (2017). Código Urbanístico. *Revista Notas CPAU*, (38), Consejo Profesional de Arquitectura y Urbanismo. Recuperado de <https://www.revistanotas.org/revistas/38>

- Da Cunha, J. y Vignoli, J. (2009). Crecimiento urbano y movilidad en América latina. *Revista latinoamericana de población*, 3(4-5), 27-64. Asociación Latinoamericana de población. Buenos Aires.
- Danani, C. y Beccaria, A. (2011). La (contra) reforma previsional argentina 2004-2008: aspectos institucionales y político-culturales del proceso de transformación de la protección. En Danani, C. y Hintze, S. (Coords.), *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la Argentina 1990-2010*. Argentina: Universidad Nacional de General Sarmiento. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/icoungs/20110831014847/proteccionesydesprotecciones.pdf>
- De la Fuente, F. (2018). Movilidad en Buenos Aires, infernal y dificultosa. *Revista Notas CPAU*, (39). Consejo Profesional de Arquitectura y Urbanismo.
- De Souza Minayo, M. (Org.). (2012). *Investigación Social. Teoría, Método y Creatividad*. Argentina: Lugar Editorial.
- Defensoría del Público de Servicios de Comunicación Audiovisual. [DDP]. (2018). ¿Cuándo y cómo son representadas las mujeres mayores en los noticieros? Recuperado de defensadelpublico.gob.ar
- Demoraes, F., Contreras, Y. y Piron, M. (2016). Localización residencial, posición socio-económica, ciclos de vida y espacios de movilidad cotidiana en Santiago de Chile. *Revista Transporte y Territorio*, (15), 274-301. Recuperado de <http://bibliotecas.filo.uba.ar/filo-digital>
- Di Domizio, D. (2017). Actividad física en las personas mayores. En Amadasi, E. y Tinoboras, C., *Las condiciones de salud de las personas mayores. Sus aspectos más críticos*. Buenos Aires: EDUCA.
- Di Vérolí, D. y Schmunis, E. (2008). *Arquitectura y envejecimiento: Hacia un hábitat inclusivo*. Buenos Aires: Nobuko.
- Díaz Aledo, L. (2013). La imagen de las personas mayores en los medios de comunicación. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, (41), 483-502. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4417825>

- Díaz Muñoz, M. (1989). Movilidad femenina en la ciudad. Notas a partir de un caso. *Documents D'anàlisi geogràfica*, (14), 219-239. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/39020722.pdf>
- Díaz Muñoz, M. y Jiménez Gigante, F. (2007). Transportes y movilidad: ¿Necesidades diferenciales según género? *Terr@ Plural, Ponta Grossa*, 1(1), 91-101. Recuperado de <https://www.revistas2.uepg.br/index.php/tp/article/view/1144>
- Dmuchowsky, J. y Velázquez, M. (2017). Movilidad urbana y reparto modal en las ciudades metropolitanas de Argentina. En Müller, A. (Coord.), *Transporte urbano e interurbano en Argentina*. Argentina: Eudeba.
- Dodamia, R. (2019). Asentamientos precarios en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Revista Población de Buenos Aires*, (28). Recuperado de www.estadisticaciudad.gob.ar
- Dombriz Lozano, M. (2009). Urbanismo y Movilidad: dos caras de la misma moneda. *Ingeniería y Territorio*, (86), 4-9. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2994250>
- Dulcey Ruiz, E. (2015). Trato digno y maltrato. En *Envejecimiento y Vejez. Categorías y conceptos*. Bogotá: Red Latinoamericana de Gerontología. Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano.
- Ferreira Santos, Farah, S. (2001). Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. *Rio de Janeiro*, 35(1), 119-44.
- Findling, L. y López, E. (Comps.). (2018). *Cuidados y familias. Los senderos de la solidaridad intergeneracional*. Buenos Aires: Teseo.
- Freixas, A. (1997). Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias. *Anuario de Psicología*, (73), 31-42. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
- Freixas, A. (1998). La mires como la mires, no las verás. El doble estándar del envejecimiento en la publicidad televisiva. *Comunicación y Cultura*, 3, 29-40. Fundación Infancia y Aprendizaje. Recuperado de dialnet.unirioja.es

- Gajardo, J., Navarrete, E., López, C., Rodríguez, J., Rojas, A., Troncoso, S., y Rojas, A. (2012). Percepciones de personas mayores sobre su desempeño en el uso de transporte público en Santiago de Chile. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(1), 88-102. Recuperado de [doi:10.5354/0719-5346.2012.22055](https://doi.org/10.5354/0719-5346.2012.22055)
- Galiani, S. y Jaitman, L. (2016). El transporte público desde una perspectiva de género. Percepción de inseguridad y victimización en Asunción y Lima. Nota técnica N.º IDB-TN-1124. Banco Interamericano de Desarrollo.
- García Ballesteros, A. y Jiménez Blasco, B. (2016). Envejecimiento y urbanización: implicaciones de dos procesos coincidentes. *Investigaciones Geográficas, Boletín del Instituto de Geografía*, (89), 58-73. Recuperado de dx.doi.org/10.14350/rig.47362
- Gascón, S. y Redondo, N. (2014). *Calidad de los servicios a largo plazo para personas adultas mayores con dependencia*. Estudio N.º 7. EUROSOCIAL. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/280776265>
- Gastrón, L. (2003). Una mirada de género en las representaciones sociales de la vejez. *La Aljaba. Segunda época, VIII*, 177-192. Recuperado de <http://www.biblioteca.unlpam.edu.ar/pubpdf/aljaba/n08a09gastron.pdf>
- Gastrón, L. (Coord.). (2013). *Dimensiones de la Representación Social de la Vejez*. Mar del Plata: EUDEM.
- Geldstein, R., Di Leo, P. y Ramos Margarido, S. (2011). Género, violencia y riesgo en el tránsito. La dominación masculina en los discursos de automovilistas en la Ciudad de Buenos Aires. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, (2), 695-720. Recuperado de www.dx.doi.org
- Giucci, G. (2018). Caminar. En Zunino Singh, D., Giucci, G., Jirón, P. (Eds.), *Términos clave para los estudios de movilidad en América Latina*. Argentina: Biblos.
- González Orden, D., Vallejo Andrada, A. y Sarasola Sánchez Serrano, J. L. (2014). Nuevos movimientos sociales: el transporte. El caso Bla-Bla-Car y Uber. *Revista internacional de Investigación e Innovación educativa*, 1-13. Recuperado de <https://www.upo.es/revistas/index.php/IJERI/article/view/1450>

- Gorelik, A. (2013). *Miradas sobre Buenos Aires. Historia cultural y crítica urbana*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Gravano, A. (2015). *Antropología de lo urbano*. Buenos Aires: Café de las ciudades.
- Grushka, C., Baum, D. y Sanni, L. (2013). Vivir y morir en las comunas de la Ciudad de Buenos Aires: un estudio de diferenciales. *Población de Buenos Aires*, 10(18), 33-44. Dirección General de Estadística y Censos. Buenos Aires, Argentina.
- Gutiérrez, A. (octubre, 2005). *Transporte público y exclusión social. Reflexiones para una discusión en Latinoamérica tras la década del 90'*. Presentado en XIII Congreso Latinoamericano de Transporte Público y Urbano. Centro de Investigación y de Asesoría de Transporte. Tema III, Cap.12, [en CD-ROM], Lima, Perú. Recuperado de <http://www.filo.uba.ar/contenidos/investigacion/institutos/geo/ptt/GutierrezClatpu05.pdf>
- Gutiérrez, A. (marzo, 2009). Movilidad o Inmovilidad: ¿Qué es la movilidad? Aprendiendo a delimitar los deseos. Presentado en el XV Congreso Latinoamericano de Transporte Público Urbano. Fundación Latinoamericana de Transporte Público y Urbano. Recuperado de <http://www.filo.uba.ar/contenidos/investigacion/institutos/geo/ptt/GutierrezClatpu09b.pdf>
- Gutiérrez, A. (2010). Movilidad, transporte y acceso: una renovación aplicada al ordenamiento territorial. *Scripta Nova Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, XIV, 331(86). Universidad de Barcelona.
- Gutiérrez, A. (2012). ¿Qué es la movilidad? Elementos para (re) construir las definiciones básicas del campo del transporte. *Revista Bitácora Urbano Territorial*, 2(21). Universidad Nacional de Colombia.
- Gutiérrez, A. (2014). Revisando el papel del transporte y la movilidad en la gestión de políticas públicas sectoriales: el caso de la salud. Programa interdisciplinario de la UBA en transporte (PIUBAT). *Revista Transporte y Territorio*, (10), 158-161.
- Gutiérrez, A. (Coord.). (2018). *Manual sobre metodologías de estudio aplicables a la planificación y gestión del transporte y la movilidad*. Argentina: Eudeba.

- Gutiérrez, A. y Blanco J. (2016). Urbanización, movilidades y segregación socio-territorial. En Argentina e Brasil. Territórios em redefinicao. Brasil: Editorial Consequencia.
- Gutiérrez, A. y Kralich, S. (2005). Transporte alternativo en la Región Metropolitana de Buenos Aires. Un análisis de su evolución entre 1993 y 2003. Presentado en Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina. Brasil: Universidade de Sao Paulo. Recuperado de observatoriogeograficoamericalatina.org.mx
- Gutiérrez, A. y Minuto, D. (2007). Una aproximación metodológica al estudio de lugares con movilidad vulnerable. Presentado en XIV Congreso Latinoamericano de Transporte Público y Urbano. Temática Transporte y Exclusión Social N.º 366. Río de Janeiro: PET-COPPE / UFRJ, ANPET. [En CD-ROM]. Recuperado de <http://www.filo.uba.ar/contenidos/investigacion/institutos/geo/ptt/GutierrezClatpu07366.pdf>
- Gutiérrez, A. y Pereyra, L. (2018). ¿Patrón de género? Un análisis comparado de la movilidad cotidiana en Ciudades Argentinas. Actas del XX Congreso Latinoamericano de Transporte Público y Urbano. Medellín: ALATPU. Recuperado de <http://www.camilonemo.com/assets/images/research/dataVisualization/plataformaGestionTransito/LibroCLATPU2018.pdf>
- Herce, M. (2009). *Sobre la movilidad en la ciudad. Propuestas para recuperar un derecho ciudadano*. Barcelona: Reverté.
- Hernández, A., Zovatto, D. y Fidanza, E. (Comps.). (2016). *Argentina: una sociedad anómica*. Buenos Aires: Eudeba.
- Hernández, C. (2017). La corrupción mata. Los familiares de víctimas de la Tragedia de Once y sus acciones colectivas en la construcción del problema ferroviario. *Argumentos*, (19), 141- 169. Recuperado de publicaciones.sociales.uba.ar
- Hernández, C. y Rebón, J. (2017). La calidad como reclamo. Los usuarios del sistema ferroviario de pasajeros del Área Metropolitana de Buenos Aires. En *Transporte urbano e interurbano en Argentina. Aportes desde la Investigación*. Buenos Aires: Eudeba.

- Hirmas Aduay, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A.M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I. y Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(3), 223–229.
- Horkheimer, M. (2003). *Teoría Crítica*. Madrid: Amorrortu.
- Huenchuan, S. (Ed.). (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos. Libros de la CEPAL N.º 154. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Recuperado de repositorio.cepal.org
- Iacub, R. (2003). La post-gerontología: la política de las edades. *Revista Perspectivas*, (12), 31-40. Recuperado de <http://ediciones.ucsh.cl/index.php/Perspectivas/article/view/1188/1104>
- Iacub, R. (2014). Masculinidades en la vejez. En *Larna Argentina 2014: Seminario Diversidad cultural y envejecimiento: la familia y la comunidad*, 356-365. Recuperado de <http://www.ricardojacub.com.ar/pdfs/Larna-Argentina-2014.pdf#page=356>
- Imilán, W. (2018). Performance. En Zunino Singh, D., Giucci, G. y Jirón, P., *Términos clave para los estudios de movilidad en América Latina*. Argentina: Biblos.
- Instituto Universitario de Estudios Europeos. [IUEE]. (2002). *Libro Verde. La accesibilidad en España. Diagnóstico y bases para un plan integral de supresión de barreras*. España: Universidad de Barcelona.
- Jaimurzina, A., Muñoz Fernández, C. y Pérez, G. (2017). *Género y transporte: experiencias y visiones de política pública en América Latina*. Santiago: CEPAL. Recuperado de repositorio.eclac.org
- Jirón Martínez, P. (2007). Implicancias de género en las experiencias de movilidad cotidiana urbana en Santiago de Chile. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 12(29). Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/117827>
- Jirón Martínez, P. (2017). Planificación urbana y del transporte a partir de las relaciones de interdependencia y movilidad del cuidado. En Rico, M. N. y Segovia, O. (Eds.),

¿Quién cuida en la ciudad? Aportes para políticas urbanas de igualdad.

Santiago: CEPAL. Recuperado de: <https://www.cepal.org>

Jirón Martínez, P. y Imilán, W. (2018). Moviendo los estudios urbanos. La movilidad como objeto de estudio o como enfoque para comprender la ciudad contemporánea. *Revista QUID 16* (10), 17-36. del Area de Estudios Urbanos, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Jirón Martínez, P. e Iturra Muñoz, L. (2011). Movimientos móviles. Los lugares móviles y la nueva construcción del espacio público. *Revista Arquitecturas del Sur*, (39), 44-57. Recuperado de: positorio.uchile.cl/handle/2250/133109

Jirón Martínez, P. y Zunino Singh, D. (2017). Movilidad urbana y género. Experiencias latinoamericanas. Dossier. *Revista Transporte y Territorio*, (16). Recuperado de <http://bibliotecas.filo.uba.ar/filo-digital>

Jorge Reis, A.C. (2009). *Os idosos e a circulação no espaço urbano: a locomoção dos idosos do Pólo Tuna Luso Brasileira do Projeto Vida Ativa na cidade de Belém/PA*. Belem: Dissertação, Universidade da Amazônia. Recuperado de <https://silo.tips/download/andrea-carla-jorge-reis>

Keller, M., Azar, J., Liendro, N., Jacovcevik, A., Roldán, A., Vidales, J. y Migliucci, F. (2018). Estimación de la carga global de enfermedad por siniestros viales. Ciudad de Buenos Aires. Año 2017. Buenos Aires: Observatorio Nacional Vial (ONV), Observatorio de Seguridad Vial de CABA (OSV).

Kralich, S. (2005). Crisis urbana y transporte alternativo: la opción remise. *Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, (IX), 194. Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-194-66.htm>

Kralich, S. (2016). Urbanización y transporte. Algunos aportes conceptuales. En *Revista Transporte y Territorio* (15), 41-67. Recuperado de <https://doi.org/10.34096/rtt.i15.2848>

Laboratorio de Políticas Públicas. [LPP]. (2017). Encuesta coincidental subte. Septiembre 2017. Buenos Aires Ciudad. Recuperado de www.lppargentina.org.ar/subtedata

- Landini, F., Gonzalez Cowes, V. y D' Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(2), 231-244.
- Laslett, B. (1989). Gender and social reproduction: historical perspectives. *Annual Review of Sociology*, (15), 381-404.
- Laudano, C. (1997). *Las mujeres en los discursos militares (1976-1983)*. Buenos Aires: La Página.
- Lefebvre, H. (1968). *El derecho a la ciudad*. España: Capitán Swing.
- Leveratto, M. (2005). Renovación urbana e intervenciones en el espacio público. En *Buenos Aires a la deriva. Transformaciones urbanas recientes*. Buenos Aires: Biblos.
- Li, H., Raeside, H., Chen, T. y McQuaid, R. (2012). Population ageing, gender and the transportation system. *Research in Transportation Economics*, 34(1), 39-47.
- Llopis Orrego, M. y Del Pino Espejo, M. (2014). Apuntes sociológicos sobre la necesidad de integración de la perspectiva de género en los estudios destinados al transporte público. Presentado en V Congreso Universitario Internacional Investigación y Género, Universidad de Sevilla. Recuperado de www.idus.us.es
- López E. y Findling, L. (Comps.). (2009). *Salud, Familias y Vínculos: el mundo de los adultos mayores*. Buenos Aires: Eudeba.
- López, E., Findling, L. y Abramzón, M. (2006). Desigualdades en salud: ¿Es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres? *Revista Salud Colectiva*, 2(1). Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/issue/view/8>
- Ludi, M. (Coord.). (2018). *Familia y Vejez. Configuraciones familiares y procesos de envejecimiento en el actual contexto*. Buenos Aires: Espacio.
- Lupano, J. y Sánchez, R. (2009). *Políticas de movilidad urbana e infraestructura urbana de transport*. Santiago: CEPAL.
- Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J. (2007). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Emecé.

- Martínez, S., Régoli, S. y Romano, J., (2016). Importancia del transporte público en el acceso a la salud. El caso de la maternidad del Hospital Iturraspe en la ciudad de Santa Fe. *Cuaderno Urbano. Espacio, Cultura, Sociedad*, 21(21), 57-76.
- Menéndez, E. (2006). Salud y Género: Aportes y Problemas. *Revista Salud Colectiva*. 2(1). Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/issue/view/8>
- Miralles-Guasch, C. y Cebollada i Frontera, A. (2003). *Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad*. España. Recuperado de <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/4069631>
- Montezuma, R. (2003). Ciudad y transporte. La movilidad urbana. En *La ciudad inclusiva*. Cuadernos de la CEPAL, N.º 88. Santiago: CEPAL. Recuperado de www.cepal.org
- Monzón de Cáceres, A. y López Lambas, M. (2009). Planes de movilidad urbana: ¿agentes del cambio o cambio de los agentes? *Revista Ingeniería y Territorio*, (86).
- Movilidad Urbana Sustentable de América Latina. [MUSAL]. (2014). *Declaración de Lima. Libro Blanco de la Movilidad Urbana Sustentable de América Latina*. Recuperado de <https://es.slideshare.net/sibrtd/declaracin-de-lima-libro-blanco-de-la-movilidad-urbana-sustentable-de-amrica-latina-luis-gutierrez>
- Naranjo Hernández, Y., Figueroa Linares, M. y Cañizares Marín, R. (2015). Envejecimiento poblacional en Cuba. *Gaceta Médica Espirituana*, 17(3). Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spiritus. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v17n3>
- Narvárez-Montoya, O. (2012). Envejecimiento demográfico y requerimientos de equipamiento urbano: hacia un urbanismo gerontológico. *Papeles de Población*, 18(74), 1-33. Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México.
- Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder.
- Oddone, M. (2018). Condiciones de vida de las personas mayores. En Piovani, J. & Salvia A. (Coords.). *La Argentina en el Siglo XXI*. Argentina: Siglo XXI.
- Oddone, M. J. (2010). La teoría social del envejecimiento. Un análisis histórico. En Barca, R. (Comp.), *La gerontología a través de una historia institucional*. Buenos

- Aires: Centro de día [E-Book]. Recuperado de <http://centrodedia.com.ar/news-posts/la-gerontologia-traves-de-una-historia-institucional/>
- Oddone, M. y Mariluz, G. (2015). Aportes para un debate sobre el maltrato en la vejez. En Grosman, C. (Dir.), *Los adultos mayores y la efectividad de sus derechos. Nuevas realidades en el Derecho de Familia*. Argentina: Rubinzal - Culzoni.
- Oficina de Violencia Doméstica. [OVD]. (2017). Informe sobre personas adultas mayores. Año 2017. Corte Suprema de Justicia de la Nación. Argentina.
- Olivera Poll, A. (2006). Discapacidad, accesibilidad y espacio excluyente. Una perspectiva desde la Geografía Social Urbana. *Treballs de la Societat Catalana de Geografia*, 61-62, 326-343. Societat Catalana de Geografia.
- Orduna, M. (2015). Avances en el desarrollo del planeamiento estratégico del transporte en el marco del Plan Federal Estratégico del Transporte de la República Argentina. En Dmuchowsky, J. (Comp.). *Actas del Primer Congreso Argentino de Transporte*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Eudeba.
- Osorio, P., Torrejón, M. y Vogel, N. (2008). Aproximación a un concepto de calidad de vida en la vejez. Escuchando a las personas mayores. *Revista de Psicología*, 17(1), 101-108. Recuperado de [doi:10.5354/0719-0581.2011.17144](https://doi.org/10.5354/0719-0581.2011.17144)
- País Andrade, M. (Comp.). (2018). *Perspectiva de géneros. Experiencias interdisciplinarias de intervención/investigación*. Argentina: Ciccus.
- Pantelides, E. (2005). Acceso de los adultos mayores del Área Metropolitana de Buenos Aires a los servicios de atención de salud. Presentado en las VI Jornadas argentinas de estudios de población. Recuperado de www.researchgate.net/publication/228926966 Acceso de los adultos mayores del Area Metropolitana de Buenos Aires a los servicios de atención de salud
- Pereyra, S. (2016). La estructura social y la movilización. Conflictos políticos y demandas sociales. En Kessler, G. (Comp.), *La sociedad argentina hoy. Radiografía de una nueva estructura*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Pérez, G. (2019). Políticas de movilidad y consideraciones de género en América Latina. Santiago: CEPAL. Recuperado de: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45042>

- Pérez, V. (2014). Viajar en la ciudad: movilidad, padecimiento y disconformidad entre los pasajeros de transporte ferroviario del área metropolitana de Buenos Aires. *Argumentos*, (16), 315-343. Recuperado de <http://revistasiigg.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/index>
- Pérez, V. (2017). Modelos en discusión. El talón de Aquiles de las formas de gestión de los ferrocarriles suburbanos. En Müller, A. (Comp.), *Transporte Urbano e Interurbano en la Argentina. Aportes desde la Investigación*. Argentina: Eudeba.
- Pinilla, F. (2004). Una mirada hacia el interior del PAMI. Presentado en VI Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Piovani, J. (2007). El diseño de la Investigación. En Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J., *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Emecé
- Piovani, J. y Salvia, A. (Coords.). (2018). *La Argentina en el Siglo XXI. Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual*. Argentina: Siglo XXI.
- Rada Schultze, F. (julio, 2013). Curso de vida travesti. La imposibilidad de imaginarse un futuro como adultas mayores. Presentado en X Jornadas de Sociología de la UBA, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://cdsa.aacademica.org/000-038/383.pdf>
- Rada Schultze, F. (2016). El paradigma del curso de la vida y el método biográfico en la investigación social sobre envejecimiento. *Revista de Investigación Interdisciplinaria en Métodos Experimentales Año 5, 1*, 80-107. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/metodosex/metodosex_v5_n1_05.pdf
- Rada Schultze, F. (2019). Diversidad sexual y envejecimiento. Los cursos de vida de la población LGBT argentina. *Iluminuras*, 20(49), 230-261. Porto Alegre. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/iluminuras/article/download/93297/52850>
- Ramos, S., Straw, C., Viniegra, M., Almada, C., Schneider, M., Pesce, V., Mignini, L., Tabares, G., Robles, N., Romero, I. y Moretto, V. (2018). Barreras y facilitadores en las trayectorias de mujeres con cáncer de mama usuarias de hospitales públicos. *Revista Argentina de Salud Pública*, 9(36). 14-21.

- Rascovan, A. (2017). Organización y gestión del transporte público en el AMBA. Un recorrido histórico y perspectivas a futuro. En Müller, A. (Comp.), *Transporte Urbano e Interurbano en la Argentina. Aportes desde la Investigación*. Argentina: Eudeba.
- Redondo, N. (2016). *Estudio Diagnóstico de la Ciudad de Buenos Aires. Protocolo de Vancouver*. (Manuscrito inédito).
- Régoli Roa, S., Bobbio, H. y Brondino, G. (2013). Costos sociales y regulación de la movilidad urbana. *Ciencias Económicas*, 10(1), 47-62. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional del Litoral. Recuperado de <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/index.php/article/view>
- Rico, M. N. y Segovia, O. (Eds.). (2017). ¿Quién cuida en la Ciudad? Aportes para políticas urbanas de igualdad. Santiago: CEPAL. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42424-quien-cuida-la-ciudad-apuntes-politicas-urbanas-igualdad>
- Rodríguez Tornquist, R. y Vazano, P. (2019). Impacto y consumo de recursos en el sector transporte. En Barbero, J. y Bertranou, J. (Eds.), *Las políticas de transporte en la Argentina. Los años de la posconvertibilidad: 2002-2015*, 303-350. Buenos Aires: Biblos.
- Rodríguez Vignoli, J. (2012). Migración interna y ciudades de América Latina: efectos sobre la composición de población. *Estudios demográficos y urbanos*. 27(2), 375-408.
- Rodríguez Zoya, P. (2019). Gobierno del envejecimiento y técnicas de sí para una vejez saludable: la estrategia del envejecimiento activo. *Revista Ciencias Sociales*, 95, 30-35. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Roqué, M. y Fassio, A. (Comps.). (2016). *Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur. Sistema Regional de Información y Aprendizaje para el Diseño de Políticas Públicas en torno al Envejecimiento*. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social, SENAMA, Gobierno de Chile. Recuperado de www.senama.gob.cl

- Roqué, M., De Marziani, F., Letcher, H. y Strada, J. (2019). Informe sobre la situación de las personas mayores: el impacto inflacionario en los medicamentos. Noviembre 2019. Centro de Economía Política Argentina, Buenos Aires. Recuperado de www.centrocepa.com.ar
- Rosales Ortega, C. (2013). *Campaña de Mercadeo Social “Nuestra Calle” por una movilidad sostenible y sustentable en el Distrito Metropolitano de Quito*. (Tesis final). Universidad San Francisco de Quito, Ecuador.
- Rossen, M. (2016). La salud y los procesos de urbanización y desarrollo. *Revista Institucional de la Defensa Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, 6(10).
- Rossi, D., Pawlowicz, M. y Zunino Singh, D. (2007). Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
- Rubin, R. (2016). Salud y envejecimiento. En Roqué M. y Fassio A. (Comps.), *Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur. Sistema Regional de Información y Aprendizaje para el Diseño de Políticas Públicas en torno al Envejecimiento*. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social, SENAMA, Gobierno de Chile. Recuperado de www.senama.gob.cl
- Rueda Estrada, J. D. (Comp.). (2008). *El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio*. España: Junta de Castilla y León.
- Salas Sandoval, I. y Contreras González, V. (2012). Contaminación ambiental del aire en Buenos Aires, Argentina. *Revista Interamericana de Ambiente y Turismo*, 8(1), 34-41, Recuperado de <http://riat.usalca.cl/index.php/test/article/view/229/pdf>
- Salinas, A., Manrique, B. y Téllez Rojo, M. (2008). Redes de apoyo social en la vejez: Adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del Programa Oportunidades. Presentado en III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Córdoba, Argentina. Recuperado de http://www.alapop.org/alap/SerieInvestigaciones/InvestigacionesSI1aSi9/AduItoMayor_Partell-3.pdf

- Salvia, A. (Coord.). (2019). Condiciones de Salud en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Informe Técnico. Pontificia Universidad Católica Argentina. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Recuperado de <http://uca.edu.ar/es/noticias/condiciones-de-la-salud-en-el-area-metropolitana-de-buenos-aires>
- Salvia, A., Robles, R. E. y Fachal, M. N. (2018) Estructura social del trabajo en la argentina: Un sistema ocupacional heterogéneo, desigual y segmentado. En Salvia, A. y Piovani, J. I. (Coords.), *La Argentina en el Siglo XXI: cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual*, 113-146. Buenos Aires: Siglo XXI. Recuperado de <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/9129>
- Sánchez González, D. (2015). Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía. Implicaciones socio-espaciales en América Latina. *Revista de Geografía Norte Grande*, (60), 97-114.
- Sánchez Guzmán, M. (2011). Género y vejez: una mirada distinta a un problema común. *Revista Ciencia*, 48-53. Academia Mexicana de Ciencias. Recuperado de http://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/62_1/PDF/08_Genero.pdf
- Sánchez-Flores, Ó. y Romero-Torres, J. (2010). Factores de calidad del servicio en el transporte público de pasajeros: estudio de caso de la ciudad de Toluca, México. *Economía, Sociedad y Territorio*, X (32), 49-80. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=111/11112509003>
- Santoro, A. (2019). Desigualdades en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: mortalidad, fecundidad y estructura demográfica. *Revista Salud Pública*. 21(1), 94-101. Recuperado de <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n1.60933>
- Schmunis, E. (2001). El derecho a la ciudad para los adultos mayores y las barreras móviles. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*, XX(1-4), 29-32. Recuperado de www.mundourbano.unq.edu.ar
- Serrano Rodríguez, A. (2009). Movilidad urbana sostenible: 30 años de propuestas con escasa aplicación. *Movilidad urbana. Revista Ingeniería y Territorio*, N.º 86.

Comisión de Transportes. Colegio de Ingenieros de caminos, canales y puertos.
España: Índice.

- Soto Villagrán, P. (2014). Patriarcado y orden urbano. Nuevas y viejas formas de dominación de género en la ciudad. *Revista Venezolana de Estudios de la mujer*, 19(42), 199-214.
- Su, F. y Bell, M. (2009). Transport for older people: characteristics and solutions. *Research in Transportation Economics*, (25), 46-55.
- Su, F., Campana, M. y Schmocker, J. (2007). *El papel del scooter eléctrico entre las personas mayores en el Reino Unido*. Presentado en la 11.ª Conferencia Internacional sobre Movilidad y Transporte para personas mayores y discapacitadas, Canadá.
- Tavella, G. y Oniszczyk, G. (2015). La asignación de recursos y el diseño de políticas de transporte durante el gobierno del PRO. *Ciencias Sociales*, (87), 102-107.
Revista de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Tinoboras, C. (2018). *Condiciones de vida de las personas mayores. Acceso y desigualdad en el ejercicio de derechos (2010-2017)*. Buenos Aires: EDUCA.
- Tisnés, A. y Salazar Acosta, L. (2016). Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social. *Papeles de Población*, (22-88), 209-236.
- Tobío, C. (1995). Estructura urbana, movilidad y género en la Ciudad moderna. Conferencia presentada en la Escuela de verano Jaime Vera. Universidad Carlos III de Madrid. Recuperado de: polired.upm.es
- Trujillo Salazar, L. (2018). Protección social de las personas adultas mayores: Inclusión y equidad en Argentina durante el período 2003-2014. *Entramado*, 14(2), 36-49. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/entra/v14n2/1900-3803-entra-14-02-36.pdf>
- Urroz, G. (2004). Accesibilidad urbana y tercera edad. *Mundo Urbano*, 18. Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.mundourbano.unq.edu.ar/index.php/ano-2002/54-numero-18/77-2-accesibilidad-urbana-y-tercera-edad>

- Uteng, T. (2009). Gender, ethnicity, and constrained mobility: insights into the resultant social exclusion. *Environment and Planning A*, 41(5), 1055-1071.
- Vasconcellos, E. (2015). *Transporte Urbano y Movilidad. Reflexiones y propuestas para países en desarrollo*. Buenos Aires: UNSAM.
- Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.). (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. España: Gedisa.
- Vega Pindado, P. (2006). *La accesibilidad del transporte en autobús*. España: IMSERSO.
- Vega Umbasía, L. A. (2014). Ciudad, envejecimiento-vejez y educación. Elementos para develar un conflicto entre la ciudad concebida y la ciudad practicada. *Sophia*, 10(1), 50-63. Recuperado de <https://revistas.ugca.edu.co/index.php/sophia/article/view/217>
- Venturiello P. (2009). *Las redes sociales en la discapacidad*. Presentado en las VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de webigg.sociales.uba.ar
- Vicente, E. (2018) Reflexiones en torno a la importancia de la perspectiva de géneros en la formación de lxs profesionales de la salud residentes en la Ciudad de Buenos Aires. En País Andrade, M. (Comp.), *Perspectiva de géneros. Experiencias interdisciplinarias de intervención/investigación*. Argentina: Ciccus.
- Victoria Maldonado, J. (2013) El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 46(138). México. Recuperado de <https://doi.org/10.5944/rduned.12.2013.11716>
- Wittenkamp, M. (agosto, 2009). *El riesgo psicosocial en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal: el caso de los afiliados al INSSJP-PAMI*. Presentado en el XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-062/1539>

- Yuni, J. (Comp.). (2011). *La vejez en el curso de la vida*. Catamarca: Encuentro Grupo Editor.
- Yuni, J. y Urbano, C. (2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 151-169. Consejo de Profesionales en Sociología, Buenos Aires, Argentina.
- Zamorano, C., de Alba, M, Capron, G. y González, S. (2012). Ser viejo en una metrópoli segregada: adultos mayores en la ciudad de México. *Nueva Antropología*, XXV(76), 83-102.
- Zarta Ávila, P. (2018). La sustentabilidad o sostenibilidad: un concepto poderoso para la humanidad. *Tabula Rasa*, (28), 409-423. Doi: <https://doi.org/10.25058/20112742.n28.18>
- Zucchini, E. (2015). Género y transporte: análisis de la movilidad del cuidado como punto de partida para construir una base de conocimiento más amplia de los patrones de movilidad. El caso de Madrid. (Tesis Doctoral). Universidad Politécnica de Madrid.
- Zunino Singh, D. (2013). El subte como artefacto cultural (Buenos Aires, 1886-1944) La historia cultural como aporte a los estudios de moviidades urbanas. *Revista Transporte y territorio*, (9), 173-200.
- Zunino Singh, D. (2018). Centralización. Persistencia y desafíos. *Revista Notas CPAU*, (39). Consejo Profesional de Arquitectura y Urbanismo.

Fuentes consultadas

Agencia de Transporte Metropolitano. ATM (2018). Plan Director de Transporte. Recuperado de: <http://www.atm.gob.ar/pdf/PlanDirectorPDT18DIC18.pdf>

Centro de Estudios Metropolitanos. CEM (2019). Undécimo monitor de clima social. Septiembre 2019. Inseguridades sociales. Recuperado de: <http://estudiosmetropolitanos.com.ar/wp-content/uploads/2019/10/11%C2%BA-MCS-AMBA-SEPTIEMBRE.pdf>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL (2006). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) División de Población de la CEPAL. Recuperado de: www.cepal.org/publicaciones

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL (2017). Estimaciones y proyecciones de población total, urbana y rural, y económicamente activa. América Latina. Revisión 2017. Recuperado de: www.cepal.org

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL (2020). Gasto total en salud como porcentaje del producto bruto interno. Estadísticas e indicadores sociales. Observatorio Mundial de la Salud. Banco de datos. Recuperado de: www.cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegradaProc_HTML.asp

Comisión Nacional de Regulación del Transporte. CNRT (2017). Boletín Estadístico Anual 2016. Recuperado de: www.argentina.gob.ar/cnrt

Comisión Nacional de Regulación del Transporte. CNRT (2016). Manual de Buenas Prácticas. Transporte de Pasajeros. Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Presidencia de la Nación. Recuperado de: www.srt.gob.ar/wp-content/uploads/2016/04/MBP--Transporte-de-Pasajeros-2.pdf

Constitución de la Ciudad de Buenos Aires (1996). Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 47. 1 de Octubre de 1996. Recuperado de: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley1.html>

Defensoría del Pueblo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. DDP. (2017). Datos sobre siniestros viales. Año 2017. Recuperado de: www.defensoria.org.ar/wp-content/uploads/2018/06/Informe-SEGURIDAD-VIAL-AÑO-2017.pdf

Dirección General de Estadística y Censos. DGEYC. Ministerio de Hacienda. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2012). Aumenta el número de personas que viven solas en la Ciudad. Informe de resultados 492. Febrero de 2012. Recuperado de: www.estadisticaciudad.gob.ar

Dirección General de Estadística y Censos. DGEYC. Ministerio de Hacienda. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2018). Buenos Aires en números 2018. Año 5, N°5. Recuperado de: www.estadisticaciudad.gob.ar

Dirección General de Estadística y Censos. DGEYC. Ministerio de Hacienda. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2017). Población de 60 años y más, total y afiliada al Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y pensionados. Ciudad de Buenos Aires. Años 1995/2017. Recuperado de: www.estadisticaciudad.gob.ar

Dirección General de Estadística y Censos. DGEYC. Ministerio de Seguridad de la Nación Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2018). Hechos delictivos y víctimas registrados por tipo de delito. Ciudad de Buenos Aires. Años 2008 – 2014/2018.

Dirección General de Estadística y Censos. DGEYC. Ministerio de Hacienda. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2015). La situación de los adultos mayores en la Ciudad de Buenos Aires. Informe de resultados (852) Observatorio Porteño sobre la Situación Social. Buenos Aires. Recuperado de: www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/ir_2015_852.pdf

Dirección Nacional de Observatorio Vial. Ministerio de Transporte de la Nación (2019). Anuario Estadístico de Siniestralidad Vial. Año 2018. Versión preliminar. Recuperado de: www.argentina.gob.ar/seguridadvial/observatoriovialnacional/estadisticas-observatorio

Instituto de Estudios Ciudadanos. IEC (2018). Aumentos en las tarifas del transporte público. Investigaciones y Estadísticas para el desarrollo. Recuperado de: www.estudiosciudadanos.com.ar

Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo INADI. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación (2017). Discriminación por edad, vejez, estereotipos y prejuicios. Recuperado de: www.argentina.gob.ar/inadi

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INDEC (2018). Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad: resultados definitivos 2018. Buenos Aires: INDEC. Recuperado de: www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INDEC (2018). Índice de precios al consumidor. Diciembre de 2018. Recuperado de: www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-3-5-31

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INDEC (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Recuperado de: www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INDEC (2013). Tablas abreviadas de mortalidad por sexo y edad 2008-2010. Total País y Provincias. Serie Análisis Demográfico N° 37. Recuperado de: www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/tablas_mortalidad_20082010.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. INDEC (2012). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012- ENCAVIAM. Serie estudios del INDEC N°46. Recuperado de: <https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>

Ley N° 5.622. Creación de Sociedad del Estado-Facturación y cobranza de los efectores públicos. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires. 11 de Octubre de 2016.

Ley N° 2.148. Código de Tránsito y Transporte de la CABA. Ciudad de Buenos Aires. Boletín Oficial. 30 de Enero de 2007.

Ley N° 19.032. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Buenos Aires. 13 de Mayo de 1971.

Ley N° 27.360. Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Boletín Oficial República Argentina. Buenos Aires. 31 de Mayo de 2017.

Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación (2010). Accesibilidad al medio físico para los adultos mayores. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores. Argentina. Recuperado de: www.algec.org/accesibilidad

Ministerio de Desarrollo Urbano y Transporte. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2019). Plan de Género y Movilidad. Recuperado de: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/plan_de_genero_y_movilidad_pdf.pdf

Ministerio de Desarrollo Urbano y Transporte. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2017). Encuesta Coincidental Subte. Septiembre 2017. Recuperado de: ippargentina.org.ar. Recuperado de: <http://ippargentina.org.ar/subtedata/wp-content/uploads/2018/02/encuestas-coincidentales-septiembre-2017.pdf>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Presidencia de la Nación (2018). Programa de Estudios sobre Siniestros Viales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: SAIJ. Recuperado de: www.argentina.gob.ar/sites/default/files/programa_de_estudios_sobre_siniestros_viales.pdf

Ministerio del Interior. Agencia Nacional de Seguridad Vial (2009). Manual del conductor profesional. Modalidad: Transporte Público de Pasajeros. Recuperado de: www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ansv_licencias_manual_del_conductor_profesional.pdf

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación (2019). ¿Cuánto gasta Argentina en Salud?. Recuperado de:

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001756cnt-cuanto-gasta-argentina-en-salud.pdf>

Ministerio de Transporte. Presidencia de la Nación. MT. (2010). Encuesta de Movilidad Domiciliaria. ENMODO. Movilidad en el Area Metropolitana de Buenos Aires. Recuperado de: <http://uecmovilidad.gob.ar/encuesta-de-movilidad-domiciliaria-2009-2010-movilidad-en-el-area-metropolitana-de-buenos-aires/>

Ministerio de Desarrollo Urbano y Transporte. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2019). Plan de Género y Movilidad. Recuperado de: www.buenosaires.gob.ar/movilidad

Naciones Unidas. UN (2015). World Population Ageing. Department of Economic and Social Affairs Population Division. ST/ESA/SER.A/390. Recuperado de: www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf

Organización Iberoamericana de Seguridad Social. OISS (2018). V Informe del Observatorio sobre Adultos Mayores. Situación de salud y atención sanitaria a las personas adultas mayores en la Región Iberoamericana. Recuperado de: <https://oiss.org/v-informe-del-observatorio-sobre-adultos-mayores-situacion-de-salud-y-atencion-sanitaria-a-las-personas-adultas-mayores-en-la-region-iberoamericana/>

Organización de los Estados Americanos. OEA (2015). Convención Interamericana sobre la protección de derechos humanos de las personas mayores. Recuperado de: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

Organización Mundial de la Salud-OMS (2007). Ciudades globales amigables con los mayores. Una guía. 2007. Recuperado de: www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf

Organización Mundial de la Salud. OMS (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=86A144F77A5B73B0AFA2268BE38F72B5?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. OMS (2018). Género y Salud. Recuperado de: www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender

Organización Panamericana de la Salud. OPS. (2017). Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina- 1a ed. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34027>

Programa de Asistencia Médica Integral. PAMI. (2018). Afiliados activos por género. Recuperado de: www.gobiernoabierto.pami.org.ar

Resolución N° 77 (2018). Cuadros tarifarios-Aprobación. Ministerio de Transporte. Secretaría de Gestión de Transporte. Publicada en el Boletín Oficial el 31 de Enero de 2018. Recuperado de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/178255/20180131>

Superintendencia de Servicios de Salud (2020). Informe AIP. Número IF-2020-10744841-APN-GSI#SSS. Argentina.

Unidad Ejecutora Central. Ministerio de Transporte de la Nación. (2010). Encuesta de Movilidad Domiciliaria 2009-2010. Recuperado de: www.uecmovilidad.com.ar

ANEXO

Modelo de cuestionario

Cuestionario N°:

Fecha:

Nombre:

1. Género

1.1.Masculino

1.2.Femenino

1.3.Otro

2. Cobertura de salud

2.1.PAMI

2.2.OSBA

2.3.Otra (Indicar cuál).....

2.4.Ninguna

3. Autovalimiento

3.1.Se moviliza solo sin necesidad de ayuda. Sin acompañante.

3.2.Se moviliza con ayudas técnicas como bastón, andador o trípode. Puede o no requerir de acompañante.

3.3.Se moviliza en silla de ruedas. Con acompañante.

4. Lugar de residencia

4.1.En el mismo barrio donde se ubica el Hospital/Centro de Salud

4.2.En un barrio cercano al Hospital/Centro de Salud

- 4.3. En un barrio medianamente alejado al Hospital/Centro de Salud
- 4.4. En un barrio muy alejado al Hospital/Centro de Salud
- 4.5. En la Provincia de Buenos Aires (Indicar).....

5. Edad:

- 5.1. De 60 a 69 años
- 5.2. De 70 a 79 años
- 5.3. De 80 a 89 años
- 5.4. Más de 90 años

6. Beneficio previsional

- 6.1. Percibe Jubilación o pensión
- 6.2. Sin beneficio

7. ¿Posee tarjeta SUBE?

- 7.1. Si
- 7.2. No
- 7.3. No recuerda/desconoce

8. En caso de respuesta anterior afirmativa. ¿Su tarjeta SUBE se encuentra registrada para acceder a la Tarifa preferencial para jubilados, pensionados y beneficiarios de pensiones no contributivas usuarios de colectivos y trenes? (Descuento del 55% del valor del boleto)

- 8.1. Si

8.2.No

8.3.No recuerda

8.4.Desconoce

9. ¿Conoce el pase especial para que jubilados y pensionados puedan viajar gratuitamente en subte? (viajes gratis en horarios especiales: lunes a viernes de 5 a 8, 10 a 17 y 19 a 23 hs. Sábados, domingos y feriados todo el día. requisitos: un solo beneficio, que cobren hasta el 10% más de la mínima, previo trámite personal)

9.1.Si (En este caso: lo utiliza?)

9.2.No

10. ¿Conoce el traslado programado de PAMI?

10.1. Si (Lo utiliza?)

10.2. No

11. ¿Tiene licencia de conducir?

11.1.Si

11.2.No

11.3.Tenía y dejó de manejar.

.....

12. ¿Tiene pase de transporte por CUD? (Certificado de discapacidad)

12.1.Si

12.2.No

13. ¿Cómo se trasladó el día de hoy para llegar a este Hospital/Centro de Salud?

13.1.A pie

13.2.En bicicleta

13.3.Moto o ciclomotor

13.4.Automóvil propio como conductor

13.5.Automóvil propio como acompañante

13.6.Colectivo

13.7.Tren

13.8.Subte

13.9.Combi

13.10.Taxi

13.11.Remise

13.12.Uber

13.13.Traslado programado PAMI

14. ¿Por qué eligió ese tipo de transporte?

.....
.....
.....

15. ¿Utiliza alguna otra forma para moverse?

15.1.Si

15.2.No

16. En caso de respuesta anterior afirmativa. ¿Cuál y por qué motivo la elige?

.....
.....
.....
.....
.....

17. De las siguientes formas de traslados: ¿Cuál/es no elegiría para trasladarse al Hospital/Centro de Salud? ¿Por qué?

- 17.1.A pie
- 17.2.En bicicleta
- 17.3.Moto o ciclomotor
- 17.4.Automóvil propio como conductor
- 17.5.Automóvil propio como acompañante
- 17.6.Colectivo
- 17.7.Tren
- 17.8.Subte
- 17.9.Combi
- 17.10.Taxi
- 17.11.Remise
- 17.12.Uber
- 17.13.Traslado programado PAMI

Fundamente:.....
.....
.....

18. En los últimos tiempos ¿ha cambiado la forma que utiliza para trasladarse? ¿Cuándo y por qué motivo?

.....
.....
.....
.....

.....
.....

19. ¿Perdió alguna consulta médica, dejó de hacerse algún estudio o concurrir a rehabilitación por dificultades o imposibilidad para trasladarse?
Fundamente

.....
.....
.....
.....
.....
.....

20. ¿Piensa que hay viajes relacionados con la atención de su salud que podría evitar? ¿Cuáles? (Ej. Autorización de órdenes, solicitud de turnos de manera personal u otros)

.....
.....
.....
.....
.....

21. ¿Hace viajes inútiles? Ej. Llegó al Centro de salud/Hospital y no lo atendieron, concurrió a hacer un trámite y no lo pudo realizar, etc.

.....
.....
.....
.....
.....

22. ¿Cuál es el gasto mensual estimado que requiere en concepto de transporte?

.....
.....

.....
.....

23. ¿Realizó alguna vez algún reclamo por el servicio de transporte?

23.1.Si (¿Dónde? ¿Tuvo alguna respuesta?).....
.....

23.2.No (¿Por qué motivo?).....
.....

24. ¿Hay algo que le gustaría que cambie sobre la movilidad y el transporte para mejorar el acceso a los servicios de su salud?

.....
.....
.....
.....

25. ¿Cómo se imagina la forma de traslado ideal en este momento de su vida?

.....
.....
.....

26. ¿Tiene alguna anécdota de viaje que quiera compartir?

.....
.....
.....

Motivos de elección y no elección de movilidad en personas mayores según tipo y modo de transporte. Fuente: Elaboración propia.

TIPO	MODO		MOTIVO DE ELECCIÓN	MOTIVO DE NO ELECCIÓN
Transporte no motorizado	A pie		Cercanía del centro de salud. Sin costo.	Imposibilidad física
	Bicicleta propia			Imposibilidad física
Transporte motorizado privado	Automóvil propio como conductor/a		Más económico que remise o taxi	No dispone de automóvil.
	Moto o ciclomotor			Imposibilidad física. Peligrosidad. Temor.
Transporte motorizado público	Colectivo	Colectivo	Tarifas accesibles. Cercanía paradas. Respaldo. Practicidad. Comodidad.	Demoras. Imposibilidad física. Incomodidad. Temor. Inseguridad. Alteración.
		Tren	Rapidez. Tarifas accesibles.	
		Subte	Rapidez	Imposibilidad física. No funcionamiento de escaleras mecánicas y ascensores. Lejanía de estaciones. Miedo. Temor. Baja visión. Fobia al encierro. Falta de aire. Hechos delictivos. Robos. Sólo utiliza acompañada.
		Combi		Inseguridad
	Individual	Taxi	Rapidez. Imposibilidad de utilizar colectivo. En casos de emergencia.	Alto costo. Estafas mediante el cobro de tarifas superiores a lo indicado. Discriminación por edad. No ingresa a villas. Inseguridad.

		Remise	<p>Confiabilidad. Imposibilidad física. Servicio puerta a puerta. Confianza. Seguridad. Independencia de la familia. Resolver situación ante incumplimiento del traslado OS. Disponible en villas.</p>	<p>Alto costo. Carencia de servicio telefónico para solicitarlo.</p>
		Uber		<p>Mala imagen en medios. Desconocimiento. Falta de costumbre. Desconfianza. No utilización de tecnología. Mala experiencia. Ilegalidad. Peligrosidad. Falta de interés.</p>
Transporte no motorizado público	Bicicleta pública			
Traslado programado Obra Social			<p>Movilización en silla de ruedas</p>	<p>Aprehensión. Asociación a cercanía de la muerte. No ha tenido necesidad. Incumplimiento en el servicio. Demoras. Desconocimiento.</p>
Traslado familiar			<p>Seguridad. Confiabilidad. Compañía familiar.</p>	

Matriz de datos sociodemográficos. Primera submuestra.

Género		Femenino	Masculino	Otro
Edad	De 60 a 69 años	12	4	
	De 70 a 79 años	15	4	
	De 80 a 89 años	2	1	
	Más de 90 años	1	1	
Servicio de Salud	Público	15	5	
	Obra Social	15	5	
Valimiento	Autoválido	24	7	
	Semidependiente	4	3	
	Dependiente	2		
Lugar de residencia	CABA	23	7	
	Conurbano bonaerense	7	3	