

Formación y aportes al **Tercer Plan Nacional de envejecimiento Saludable**





MOVIMIENTO DE FAMILIARES
Y RESIDENTES DE ESTABLECIMIENTOS
DE LARGA ESTADÍA PARA PERSONAS
MAYORES



PROGRAMA
IBIRAPITÁ
Navegá, aprendé, compartí



Facultad de
Enfermería



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



La recopilación aquí reunida es fruto del Curso de Educación Permanente: Formación y Aportes para el Tercer Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez, implementado en el 2024. Este curso surge como propuesta del Grupo Motor de personas mayores integrado por distintas organizaciones e instituciones académicas y sociales (Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay, Red Nacional de Organizaciones de Personas Mayores, Movimiento de Familiares y Residentes de Establecimientos de larga estadía para personas mayores, Asociación de Licenciados en Enfermería del Uruguay, Red Municipios y Comunidades Saludables, Facultad de Enfermería y Programa Apex). Los contenidos del Curso enlazaron diversas temáticas relacionadas con las personas mayores como son: salud mental, cuidados y participación social desde las transversalidades de las perspectivas de género, generaciones y dilemas éticos.

En un mundo y un país en dónde cada vez hay más poblaciones envejecidas, Apostamos a la construcción de políticas sostenibles que sean capaces de transformar las percepciones sociales de la vejez promoviendo la solidaridad intergeneracional y el cuidado mutuo.

Por las personas que están transitando su vejez y por todas las que vendrán, urge preguntarnos qué tipo de políticas públicas este país está dispuesto a construir. Desde nuestra visión, los aportes y participación de las personas y colectivos a quienes se destinan las políticas, son fundamentales. Este curso tuvo especial atención hacia las metodologías participativas, en el entendido que las metodologías que se emplean son indicativas de los grados de participación que se aspira instrumentar.

En una situación regional de múltiples crisis y confrontación de modelos de sociedad, el análisis riguroso de los problemas y la elaboración de propuestas desde los movimientos sociales y la academia es un aporte para construir caminos de transformación y ejercicio de derechos.

En este sentido, estas páginas son el resultado de un proceso de más de dos años de trabajo colectivo y son a la vez, la materialización del deseo por construir una sociedad más justa, un futuro más digno para todas las personas.

Contenido

Prólogo **6**

Introducción **10**

Planes Nacionales de Envejecimiento y Vejez en Uruguay **12**

Ejes temáticos abordados en el curso

Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) y Personas Mayores **16**

Salud mental para un buen vivir **24**

Consideraciones éticas en el trabajo con personas mayores **32**

El Cuidado de las PM y sus Políticas **41**

Comunidades Amigables con las Personas Mayores **54**

Género y personas mayores **72**

Participación Social de las Personas Mayores **85**

Otros Aportes

Aproximación a los retos interdisciplinarios en el campo de la gerontología crítica y especialmente feminista latinoamericana **100**

La salud Bucal de las personas mayores en el Uruguay **109**

Dificultades en el acceso a la Atención psicológica en la vejez. Un análisis desde la bioética **115**

Movimiento de Familiares y Residentes de Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM) **125**

Red Nacional de Organizaciones de Personas Mayores (REDAM) **130**

Organización de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas del Uruguay (ONAJPU) **135**

Cuidar en las Vejez desde una Perspectiva Ontológica **138**

Reflexiones 149

Sobre autores/as 155

Glosario de siglas 158



Prólogo

| TERESA DORNELL¹

| “Y si fuego es lo que arde en los ojos de los jóvenes, la luz es lo que vemos en los ojos del anciano”.
| Víctor Hugo (1802-1885)

El presente libro es una obra colectiva que reúne una diversidad de trabajos con innovadoras interpelaciones y reflexiones teóricas, metodológicas y prácticas en el campo del envejecimiento y la vejez.

La actual compilación pretende dar cuenta no sólo de las necesidades y problemáticas que afectan a las personas mayores, sino también poner en discusión los urgentes desafíos que se enfrenta la acción pública para avanzar hacia sociedades centenarias, longevas e inclusivas desde una perspectiva de derechos y de reconocimiento de los aportes, en tanto contribuciones memoriales y experienciales de sabidurías de las vejez.

De esta manera, este documento resulta ser una propuesta contextualizada y con pertinencia histórica, social, política y cultural de los cambios vivenciados en estas últimas décadas en Uruguay, resaltando los impactos singulares y plurales que nos dejó la pandemia por covid-19. La recopilación aquí reunida es fruto de un Curso de Formación y Aportes para el Tercer Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez, implementado en el 2024, con la colaboración de docentes de la Universidad de la República (Udelar) y de una gama diversa de representantes de organizaciones de la sociedad civil.

Los contenidos brindados en el Curso permitieron enlazar temáticas referenciadas a la Salud en el entendido de un entramado de componentes que hacen a la dimensión no sólo biológica, sino psicológica, emocional y social, articulada con los Objetivos Sociosanitarios Nacionales (OSN).

1 - Profa. Agda. Asistente de Dirección en el Programa APEX y Docente e Investigadora del Departamento de Trabajo Social- Facultad de Ciencias Sociales en la Universidad de la República - Uruguay. Trabajadora Social con más de 40 años de desempeño profesional y casi 40 años de ejercicio en docencia universitaria. Máster en Gerontología Social en la Universidad de Barcelona, España.

Este conjunto de temáticas conformó un entramado complejo y heterogéneo de contenidos centrales a destacar, como son la salud mental, los cuidados, y la participación social desde las transversalidades de las perspectivas de género, generaciones y dilemas éticos.

La población envejece en todo el mundo con más rapidez que en el pasado, y estas transiciones demográficas afectan y afectarán a la diversidad de elementos que conforman la vida en sociedad. A partir de acciones concertadas y colaborativas que tengan como horizonte aportar a la calidad de vida y bienestar de las personas mayores, como a sus familias y las comunidades, la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030), la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible o el Tercer Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez de nuestro país, tendrán el aporte de ofrecer oportunidades para aunar los esfuerzos de actores de distinta procedencia y con distinto grado de responsabilidad, para realizar acciones que permitan habitar y transitar el vivir con dignidad en entornos saludables.

En el mundo hay ya más de mil millones de personas que tienen más de 60 años y la mayoría de ellas viven en países de ingresos bajos, los cuales no tienen acceso a los recursos básicos necesarios y se enfrentan a numerosos obstáculos que les impiden ingresar al mundo del trabajo o del estudio, así como, el acceso a servicios de salud o programas de vivienda (OMS, 2022)².

Los datos de la Organización de la Naciones Unidas (ONU) expresan que en el 2021 la esperanza de vida al nacer a nivel mundial se redujo a 71 años frente a los 72,8 de 2019, debido principalmente a los efectos de la pandemia. En Asia Central y Meridional, y en América Latina y el Caribe, la esperanza de vida al nacer se redujo en casi tres años entre 2019 y 2021 (ONU, 2021 en OMS, 2022). Si a esta información se le incorpora el dato de que ya en el 2020, el número de personas de 60 años o más superó al de niñas y niños menores de cinco años y que se proyecta que entre el 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%, no cabe la duda de que las políticas públicas, las estrategias de intervención le deben prestar atención a los procesos de envejecimiento de las personas mayores (OMS, 2022).

Las controversias en torno al envejecimiento y las vejeces deben colocar la polémica en las cuestiones del cuidado, por ser un vector sustancial en la cotidianeidad de las relaciones de reproducción social, colocando la atención en cómo y por qué cuidar al que lo necesite, pero también de cómo cuidar al que cuida.

2 - OMS (2022). [Década del envejecimiento Saludable 2021-2030](#)

El lograr problematizar parte de este vector, habilitará el cuestionamiento en torno al maltrato de las personas mayores y a las violencias y daños que soportan y que les provoca sufrimientos que afectan la salud psíquica y emocional.

Aproximadamente el 14% de los adultos de 60 años o más viven con un trastorno mental (OMS, 2023) y de acuerdo con las estimaciones mundiales de salud (GHE) del 2019, estas afecciones representan el 10,6% de la discapacidad total (en años de vida ajustados por discapacidad, AVAD), siendo las afecciones de salud mental más frecuentes la depresión y la ansiedad como consecuencia de la soledad y el aislamiento social.

A nivel mundial, alrededor de una cuarta parte de las muertes por suicidio (27,2%) se producen en personas de 60 años o más, a esto se le suma como información que uno de cada seis adultos mayores sufre malos tratos, a menudo por parte de sus propios cuidadores (OMS, 2023)³. Por eso, urge asumir acciones de prevención y protección contra el edadismo y el maltrato, con intervenciones esenciales que incluyan políticas y leyes contra la discriminación junto a intervenciones educativas y actividades intergeneracionales que contengan políticas de cuidado y favorezcan la co-construcción de entornos amigables y solidarios.

Envejecer de una u otra forma no es cuestión de azar. Se han determinado los factores implicados en las distintas formas de envejecimiento, la mayoría de los cuales son modificables y no se distribuyen homogéneamente en la población, existen importantes diferencias en las formas de envejecer entre diferentes culturas y entre varones y mujeres, poniendo en clave decolonial e interseccional las perspectivas de género.

Por ello, esta obra se constituye como un mosaico colorido, con diversas texturas y relieves que brindan a través de un lenguaje amigable y fluido, pistas para meditar y repensar la acción comunitaria, la intervención de las profesiones y disciplinas y las co responsabilidades desde el Estado.

Se puede concordar, que esta compaginación brinda en primer lugar, el repensar el rol protagónico de las personas mayores en sus procesos de envejecimiento, por medio de un reconocimiento a sus trayectorias y experiencias, siendo sustantiva la participación social y la construcción de identidades rebeldes y contestarías.

En segundo lugar, el texto propone la necesidad de una actualización crítica, que posibilite repensar y resignificar categorías que frecuentemente se vinculan al quehacer del campo

3 - OMS (2023). [Salud Mental de los Adultos Mayores](#)

gerontológico como los cuidados, el curso de vida, el feminismo, la autonomía, el envejecimiento saludable, entre otros.

Asimismo, se revisa y problematiza la dimensión ética, y la necesidad de ubicar esta perspectiva en el centro de toda acción social e intervención con las personas mayores, para asegurar su dignidad, y el resguardo de sus derechos.

En tercer lugar, este trabajo también interpela el rol y compromiso de la academia con las personas viejas, proponiendo la categoría de responsabilidad social gerontológica, como un enfoque interdisciplinario para el abordaje de temas de envejecimiento y vejez. De esta forma, se revitaliza la misión por el cambio y la transformación hacia sociedades que respeten y valoren la diversidad en las vejeces.

Y en cuarto y último lugar, afloran problemáticas e inquietudes variadas, donde distintos campos de saber dialogan y se encuentran abriendo otras posibilidades para la intervención en comunidad, con reflexiones que invitan a navegar en el campo de la edad, a través de fronteras conceptuales móviles e impuras.

Estas fronteras, permiten enriquecernos desde la interdisciplinaridad, el intercambio de saberes y posibilitan que se continúe rearmando prácticas sociales y compromisos con una sociedad digna e inclusiva para todas las edades.

El libro, tal como está presentado, es un aporte comprometido que surge de diálogos de saberes interconectados y plexados que demuestra una vasta trayectoria de sus autores, los cuales han hecho suyo ese compromiso y hoy comparten con nosotros sus nuevas visiones, por eso la invitación extensiva a su lectura.

Introducción

| RAQUEL PALUMBO DURÁN⁴

Esta publicación surge a partir de la realización del Curso “Formación y Aportes para el Tercer Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez” de la Comisión Sectorial de Educación Permanente. Con el objetivo de contribuir a la elaboración de propuestas para el Tercer Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez con participación activa de las organizaciones sociales, académicas y trabajadores de los servicios que actúan en territorio. Se busca a través del mismo promover una visión actualizada sobre el envejecimiento y la vejez, concibiendo esta última como una etapa más de la vida que requiere el respeto de la autonomía, así como el derecho a la participación, dignidad y cuidados a nivel personal, familiar y comunitario.

La propuesta se desarrolla en siete módulos sobre temas ineludibles en una agenda de bienestar para las personas mayores (Objetivos Sanitarios Nacionales, Salud mental, Consideraciones éticas en el trabajo con personas mayores, Cuidados, Comunidades Amigables, Género y Participación Social) y busca la actualización y formación de los participantes, y paralelamente la generación conjunta de insumos para un Tercer Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez, a ser presentados a autoridades gubernamentales y la sociedad en su conjunto. Los contenidos del Curso, así como el encuadre y metodología de trabajo fueron decisiones colectivas, producto del diálogo de saberes.

Fue a partir de la Conferencia: “Personas Mayores Autonomías Participación y Derechos” en el marco del Congreso Pablo V. Carlevaro. Salud, Participación Social y Comunidad. “Participación Social para ejercer el Derecho a la Salud”, que se comienza a transitar este camino de construcción conjunta. Si bien la articulación entre la academia y las organizaciones sociales tiene una larga trayectoria, el trabajo suele estar motivado por tareas específicas y una vez culminada la misma resulta difícil la continuidad, por los múltiples compromisos asumidos, por los encargos y tareas institucionales, etc. En ese sentido este grupo de trabajo ha sostenido un espacio de discusión y problematización que es en sí mismo una apuesta contrahegemónica. Sostener los encuentros,

4 - Lic. en Nutrición. Maestranda en Enseñanza Universitaria, Área Social y Artística (CSE- UdelaR).
Profesora Adjunta de la Unidad Académica Temática Ciclo de Vida y Comunidad - Vejez (Programa APEX-UdelaR).

aunar esfuerzos por un bien común, priorizando lo colectivo por sobre lo individual es una apuesta revolucionaria.

El curso y esta publicación que resulta del mismo es sólo un eslabón más del trabajo que este grupo viene realizando desde un enfoque de derechos. Nuestro horizonte es y seguirá siendo transformar las condiciones de inequidad y segregación que viven las personas mayores en Uruguay.



Planes Nacionales de Envejecimiento y Vejez en Uruguay

| PABLO ANZALONE, SOLANGE SANTOS Y AGUSTINA LÓPEZ⁵

El Primer Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez fue un hito en las políticas públicas de Uruguay hacia las personas mayores. Como dice su texto se definieron, por primera vez, los lineamientos articuladores de las estrategias y acciones del Estado orientadas al bienestar de las personas mayores. Dicho Plan encara los problemas inmediatos de vulneración de derechos y apunta a dar sostenibilidad y permanencia a los avances para superarlos en el mediano plazo.

Se fundamenta en el Plan la necesidad de cambiar el juicio negativo de la sociedad hacia la vejez asociándose con deterioro. Se augura que el plan abrirá un nuevo camino en las políticas públicas dirigidas a personas mayores incluyendo el compromiso con la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados.

En 2011 el Inmayores comienza a trabajar y discutir un primer plan junto a la REDAM. El 21 de octubre de 2012 se presenta el 1er Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013 - 2015 en el marco del Día Internacional de las Personas Mayores a través del Consejo Consultivo. En él se plasman estrategias para un mayor bienestar de las Personas Mayores, con una visión integral de la persona como sujeto de derechos y no como objeto de intervención.

Las estrategias se desarrollaron en veintidós líneas de acción con objetivos y acciones agrupados en los grandes temas: Desarrollo social y económico, Salud y bienestar, y Entornos propicios y favorables.

5 - Pablo Anzalone, Integrante de la REd de MyCs Lic. en Educación, Mg y Dr en Sociología. Solange Santos, Coord.Gral. del Movimiento de familiares y residentes de ELEPEM. Agustina López, Lic. en Sociología, Diplomada en Políticas Culturales de Base Comunitaria y Diplomada en Políticas Públicas en Derechos Humanos.

Este plan implica concebir la matriz de protección social desde la visión del ciclo de vida, identificando las ausencias, reiteraciones y faltas de coordinación entre las políticas públicas. Promueve un enfoque de género porque la vejez se feminiza cada vez más y porque las concepciones patriarcales de la masculinidad afectan los vínculos entre géneros y deterioran la calidad y duración de la vida de los hombres y los derechos de las mujeres y la diversidad sexual.

Fundamenta el Plan que las políticas sociales deben concebirse como acompañamiento de las personas y las familias durante toda la vida, con un enfoque de derechos. En materia de Personas Mayores el compromiso con los tratados, convenciones y conferencias de derechos negocia acuerdos interinstitucionales para poder llevar a cabo las diferentes articulaciones para implementar los derechos humanos son el marco ético, jurídico y político a seguir.

Como señala Adriana Rovira el plan nacional se apoya en acuerdos político-institucionales estableciendo prioridades que parten de la demanda social y tiene como elemento fundamental un proceso de diálogo y negociación en la agenda de las organizaciones de personas mayores, y el esfuerzo de múltiples actores para instalar un trabajo de articulación con el objetivo de superar la lógica sectorial.

El Plan fue acordado con todos los integrantes del Consejo Consultivo de InMayores. Importa destacar la participación de los movimientos sociales como la Red Nacional de Organizaciones de Personas Mayores (REDAM) y Organización Nacional de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas del Uruguay (ONAJPU). También la participación de las diversas instituciones del Estado en procura de la intersectorialidad como el Ministerio de Salud Pública (MSP), Banco de Previsión Social (BPS) y Congreso de Intendente. La academia incluyendo el Centro Interdisciplinario de Envejecimiento (CIEn) y la Cátedra de Geriatria y Gerontología de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República desarrollaron un rol de asesoramiento técnico y conceptual.

La participación social de las personas mayores organizadas en el diseño y monitoreo de las políticas públicas destinadas a ellas es una de las líneas estratégicas del plan. La consolidación y fortalecimiento del InMayores y desarrollar los marcos normativos de protección de los derechos de las personas mayores son objetivos institucionales. El Plan se plantea asimismo promover la salud en las personas mayores creando condiciones socio sanitarias adecuadas a las necesidades específicas de las personas mayores y realizar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades en la población adulta mayor vulnerable. Desarrollar la educación para toda la vida es uno de los objetivos que pasa por estimular la oferta e información sobre opciones educativas para mayores, capacitar a promotores de derechos para que amplíen el tema de la

educación, fomentar intercambios educativos entre diversas generaciones para crear transmisiones recíprocas de saberes.

Continuando con el trabajo del primer plan y luego de aprobada la Convención, Inmayores coordina y mentar los objetivos del segundo plan. Se trabajó con los integrantes del Consejo Consultivo y se acordaron acciones con otros organismos estatales y la Udelar. Se realizó una amplia consulta a REDAM y se integró su perspectiva en la construcción de dicho plan.

Los grandes ejes del Segundo Plan son: *Igualdad y dignidad, Seguridad física y autonomía y Seguridad económica y contribución al desarrollo*. En el segundo Plan se define la Igualdad y dignidad como eje para el ejercicio de los derechos de las personas mayores, incluyendo la no discriminación por razones de edad. Se vuelve a reafirmar una perspectiva integral que implica considerar a las personas mayores en todas sus dimensiones: social, económica, psicológica y biológica. La perspectiva de curso de vida es esencial para analizar la situación y necesidades de las personas mayores entendiendo las trayectorias vitales y su influencia. El segundo Plan, al igual que el primero, reivindica una visión positiva y no deficitaria del envejecimiento, considerando a las personas mayores como actores valiosos de la sociedad.

La seguridad física y la autonomía son dos ejes ante el aumento de las enfermedades crónicas con la edad y las situaciones de dependencia que afectan los cuidados y la calidad de vida.

Las violencias, el maltrato, en ámbitos familiares o institucionales está expresamente abordado en este Plan. En particular los tipos de maltrato institucional como la infantilización de las personas mayores limitando la autonomía, la despersonalización que no atiende las necesidades y características individuales, la deshumanización, la negligencia para realizar cuidados o atención médica. Los cuidados son un aspecto fundamental del segundo plan apuntando a la conservación de las capacidades de las personas mayores y la promoción de su autonomía, con componentes materiales y componentes vinculares y emocionales del cuidado.

La participación sigue siendo un eje vertebrador conceptual y una metodología priorizada. Como fundamenta el Segundo Plan: “Trabajar con la propia voz de los sujetos consolida la democracia dado que se genera un diálogo fluido entre la sociedad civil y el Estado que a su vez contribuye en la construcción de políticas públicas que mejoran su calidad de vida”.



Ejes temáticos
abordados
en el curso

Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) y Personas Mayores

| PABLO ANZALONE⁶

Justificación y diseño metodológico.

La elección del primer tema del Curso de Aportes al Tercer Plan Nacional de Envejecimiento no fue arbitraria porque los OSN son una forma de planificación muy importante para la salud, que pone el énfasis en los problemas críticos y su abordaje integral incluyendo la definición de objetivos y metas. Además, ha tenido continuidad como herramienta entre los gobiernos del Frente Amplio y el gobierno herrerista actual. En esta última versión apunta a llegar al 2030 (MSP 2022). Se realizó una consulta pública sobre el texto de los OSN con plazos muy breves que luego fueron ampliados. La Red MCS generó instancias de intercambio y propuso muchos agregados y modificaciones al texto.

La dinámica del taller del 16 de mayo incluyó dos exposiciones iniciales, la de Fiorella Cavallieri y la de Pablo Anzalone (2024), que dieron pie a la discusión en subgrupos presenciales y virtuales, concluyendo en una plenaria de cierre.

VIDEO: [Formación y Aportes al Tercer Plan Nacional de Envejecimiento. OSN y Personas mayores \(1er. taller\)](#)

Fiorella Cavallieri desarrolló con mucha claridad y contundencia la herramienta de OSN en sus fundamentos, tanto en sus inicios como en la etapa actual. Destacó especialmente las referencias a las personas mayores en distintas partes del documento de OSN. Recomendamos mucho ver el video con su presentación.

6 - Pablo Anzalone Integrante de la Red de MyCs Lic. en Educación, Mg y Dr en Sociología.

¿Cómo hacer operativos los OSN?

En nuestra exposición destacamos las condiciones para que los OSN operen efectivamente como planificación general de la salud. Los OSN no funcionan sin recursos suficientes, sin articulación y compromisos concretos de los actores involucrados, sin fiscalización eficaz, sin transparencia y rendición de cuentas anual y pública, sin evaluaciones anuales y retroalimentación de los planes y líneas de acción, sin participación social en todo el proceso (Anzalone 2024). Es imprescindible la elaboración e implementación de Planes Nacionales y Locales que articulen las líneas de acción planteadas para cada problema crítico priorizado. El Tercer Plan Nacional de Envejecimiento es uno de ellos, aunque no aparezca mencionado en el documento de OSN:

Necesidad de establecer prioridades territorializadas.

En el marco de los problemas críticos priorizados a nivel nacional es necesario un análisis territorial que identifique los principales problemas en cada departamento (o municipio). Esa es la base que permite la elaboración participativa de Objetivos Sanitarios Locales (OSL) y Planes Locales de Salud acordes con los OSN. Hay un triángulo fundado en Diagnósticos Locales Participativos, Objetivos Sanitarios Locales y Planes Locales de Salud, que debe ser incorporado a la mirada de los OSN. No es una carencia menor y afecta las políticas de salud en general.

Problemas críticos que priorizar.

Además de los mencionados en esta versión de los OSN hay otros problemas críticos a incluir como:

- o Abordaje de la **salud mental** rompiendo los paradigmas del encierro, la sobre medicación y la violación de los derechos humanos, implementando la ley 19529. La salud mental como tal, no estaba contemplada en los OSN 2020, y vuelve a omitirse en esta versión, más allá de su incorporación parcial, a través de las problemáticas del suicidio y uso problemático de drogas psicoactivas. Parece claro que debe haber metas concretas en la reducción de los suicidios y esa omisión no es explicada. La formación de promotores comunitarios de prevención del suicidio, las estrategias de grupalidades y el fortalecimiento del entramado social como prevención y promoción merecen ser incluidas en las formas de intervención en esta materia.

Hay algunos elementos destacables referidos en este documento de OSN 2030 que deben ser vinculados con el Tercer Plan de Envejecimiento. Por ejemplo el desarrollo y la implementación de un sistema de pesquisa de la depresión en personas mayores. También el desarrollo y la difusión de una guía clínica para el abordaje integral de la depresión en las personas mayores.

La puesta en práctica de la ley 19529, que no se menciona en los OSN 2030 requiere la urgente presupuestación para el desarrollo de dispositivos comunitarios. Es imprescindible fortalecer la red de policlínicas comunitarias de atención y las residencias compartidas, casas de medio camino y larga estadía. Aunque se plantea la continuidad con la implementación del Plan Nacional de Salud Mental el cumplimiento de la disposición legal referida al cierre de las instituciones monovalentes en el año 2025 no aparece ni siquiera como mención.

- **Salud bucal** en las personas adultas (caries y falta de piezas dentarias) con integración plena de las prestaciones odontológicas al Plan Integral de Prestaciones PIAS y énfasis en los sectores socioeconómicos bajos y medios. Se trata de fortalecer las estrategias de prevención en todo el ciclo de vida.
- **Salud Ambiental.** Los efectos del cambio climático, el deterioro ambiental, la incidencia de algunas modalidades productivas en la salud de la población, la contaminación del agua, aire y tierra, el incremento de enfermedades zoonóticas, el cuidado de los bienes comunes deben ser considerados en los OSN. Son temas multideterminados, pero un plan de salud, debe integrar estas problemáticas y aquí también atender las particularidades territoriales es fundamental. Hay “Una Salud”, humana, animal y ambiental que debe expresarse en los OSN.
- **Convivencia, Violencias y Salud Vincular.** En las Áreas de Intervención hay varias referencias importantes sobre la violencia basada en género y generaciones. Se propone la integración de la pesquisa de violencia sobre personas mayores de 64 años a la práctica de la consulta en policlínica. Sin embargo no aparecen las situaciones de violencia vinculadas a la criminalidad y el narcotráfico, ni las violencias en el tránsito, en el deporte y en otras áreas de la sociedad. No se proponen estrategias para generar una mejor convivencia ni se retoman las experiencias de Mesas de Convivencia y otros instrumentos.
- **Alimentación.** Si bien el documento de OSN valora el impacto del sobrepeso y la obesidad en materia alimentaria (que sin duda son problemas graves) no se mencionan el hambre, la desnutrición, la inseguridad alimentaria. Estos fenómenos son relevantes también y afectan a la población más pobre, a las familias con niños y adolescentes y a un sector importante de la población. Las ollas populares durante y después de la pandemia son la demostración mas clara de la ausencia del Estado en brindar soluciones para este problema, debiendo ser la solidaridad comunitaria la respuesta más relevante.
- **Envejecimiento saludable** con articulación general y por territorios de las políticas de salud con las políticas de cuidados, con una estrategia de prevención de la dependencia y promoción de la participación de las personas mayores. El fortalecimiento del Sistema Nacional Integrado de Cuidados SNIC es una condición fundamental para avanzar en los objetivos sanitarios. En una población envejecida las políticas y estrategias que apunten a una vejez activa suponen esfuerzos intersectoriales en los que desde la salud hay mucho para aportar. A su vez los cuidados influyen en la salud y la calidad de vida de la población.

Una herramienta probada por la experiencia es la conformación de grupos de promoción de salud con usuarios de las policlínicas (incluyendo obesos, diabéticos, hipertensos y personas sanas) articulados desde el primer nivel de atención. Esta forma de promover procesos de abordaje colectivo con aprendizajes conjuntos permite el estímulo a conductas saludables e iniciativas hacia sus comunidades. En este sentido se destacan experiencias impulsadas desde la Intendencia de Montevideo y de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), con sus grupos de adultos mayores, con muchos años de exitosas experiencias. Multiplicarlas, evaluarlas, ampliarlas, enriquecerlas sería una línea de intervención muy relevante. Experiencias como los coros y otras actividades culturales de personas mayores son formas de promoción de salud de gran impacto. Articular eficazmente el SNIS con el SNIC y las políticas de cuidados con las políticas de salud en su desarrollo tanto a nivel nacional como a nivel local debe ser un objetivo común de las políticas públicas. Fijar problemas críticos, líneas de acción y metas concretas al 2030 debe aplicarse también al Sistema de Cuidados porque ambas políticas son complementarias y se necesitan mutuamente. Deben existir sistemas de coordinación permanente entre los equipos de salud y los de cuidado.

En la experiencia del Sistema Nacional de Cuidados quedó clara la importancia de prevenir y retrasar la dependencia mediante la creación o el fortalecimiento de Centros de Día como parte de un entramado de dispositivos y actividades de las personas auto válidas o con dependencia leve para desarrollar sus capacidades y opciones de vida.

Los OSN 2030 proponen desarrollar e implementar el modelo de pesquisa y atención de la fragilidad en personas mayores. Esa es una posibilidad positiva de enlace con el Tercer Plan de Envejecimiento. Dice también: Sistematizar a partir de la Historia Clínica Electrónica Nacional HCEN información sobre fragilidad de las personas mayores como insumo para el diseño de políticas públicas e información para los prestadores de servicios de salud. Agregaríamos aquí que esas informaciones diferenciadas por territorios deben llegar a todos los actores porque son la base de diagnósticos y planes concretos para construir ciudades y comunidades saludables. Las asociaciones de jubilados de ONAJPU, las Redes de Adultos Mayores de REDAM, las redes de personas mayores por municipio pueden utilizar esas informaciones para construir acciones concretas de prevención y promoción.

Articulación Territorial.

Es preciso salir de la lógica que piensa al país y a la población como algo homogéneo y pasivo, escenarios de las políticas definidas por unos pocos. La estrategia de APS Atención Primaria en Salud parte de Diagnósticos Locales Participativos donde el análisis de la situación de salud

concreta no es un resultado técnico sino una construcción colectiva de distintos actores donde los colectivos sociales son protagonistas.

Articulación sostenida de los actores en salud. Los OSN deben pensarse en una perspectiva intersectorial con una participación social fuerte. Los prestadores de salud en Uruguay forman parte de un sistema integrado y eso no puede ser solo una sigla. Es necesario impulsar la articulación del sector público y privado con las organizaciones de la comunidad en torno a acciones y planes territoriales participativos de cuidado, atención y promoción de salud. De ahí la relevancia de la creación de Redes de Salud.

Determinaciones sociales de la salud. Desde el Informe Lalonde se sabe de la importancia fundamental de las determinaciones sociales de la salud. Por lo tanto diseñar OSN al 2030 requiere actualizar un relevamiento de la situación de los factores determinantes de la salud en el territorio, con valoración de su impacto, desagregado por barrios. No solo para tener un buen diagnóstico de causas y consecuencias sino para elaborar e implementar planes con participación de los vecinos que atiendan estos aspectos de fondo. El énfasis debería estar puesto en la cultura preventiva y cómo se implica activamente a la población en ella. Eso es válido para las ENT Enfermedades No Transmisibles, para las enfermedades transmisibles, para los eventos climáticos extremos, para los siniestros de tránsito, y todas las demás causas de morbilidad y mortalidad. La cultura preventiva es la que garantiza la mayor mitigación del impacto mediante acción sobre las causas en cada uno de estos problemas.

Salud vincular

La salud se construye en colectivo, no es solo un problema físico, o de la psiquis de cada uno. Los vínculos saludables son fundamentales. Como decía Julio Monsalvo en Formosa “la alegría”, la alegría que circula por la sangre, es una categoría a incorporar. La soledad en las personas mayores, la situación de las personas en los ELEPEM y en otras modalidades de vivienda como los complejos BPS son temas a considerar jerarquizadamente en el 3er Plan de Envejecimiento. Discapacidades. Un elemento básico para su abordaje en los OSN es incorporar a las organizaciones de Personas con Discapacidad a la elaboración de políticas nacionales, departamentales y municipales a través de ámbitos regulares. Esos espacios de participación y consulta deben incluir el diagnóstico de problemas priorizables y líneas de acción. La implementación y la fiscalización de los estándares de accesibilidad y buen trato es una forma de control social.

Monitoreo y Evaluación de los OSN

Los OSN 2030 hablan de hacer un Sistema de Atención centrado en las necesidades de las personas, pero no mencionan la participación de las personas en el control de la atención, ni en la promoción y los cuidados (autocuidados, cuidados mutuos, cuidados comunitarios).

Ampliar los ámbitos de participación de las comunidades en el SNIS y en la sociedad debería ser un objetivo sanitario de primera importancia. Teniendo en cuenta la experiencia de las casi dos décadas del SNIS es imprescindible rever los roles, la integración y el funcionamiento de los Consejos Consultivos por Institución, Judesas, Julosas y Junasa. Y generar nuevos ámbitos que jerarquicen las comunidades y el abordaje territorial integral.

Los recientes cursos de formación de promotores adolescentes y juveniles de Salud y Autonomía mostraron la potencialidad de esa estrategia en todas las franjas etarias.

Reflexiones

No hay planes eficaces sin monitoreo participativo. No es posible monitorear el cumplimiento de los OSN sin brindar el acceso a la población sobre la información nacional y local referida a causas de morbilidad y mortalidad asociadas a los problemas críticos priorizados. Es imprescindible el desarrollo de formas de control ciudadano sobre el cumplimiento de las metas definidas estableciendo preceptivamente la participación de Julosas y Judesas en la elaboración y fiscalización de las mismas, incluyendo formas más amplias como la realización de asambleas de salud por departamento y una Conferencia Nacional de Salud 2030 cada dos años. Es hora de volver a convocar un Consejo Consultivo para los Cambios como en 2005 con reuniones anuales para monitorear los avances y las dificultades. Así lo propone el Frente Social de la Salud.

Entre los grandes objetivos sanitarios del país debe estar promover el involucramiento activo de la población y sus distintas organizaciones en el diagnóstico, la planificación y las acciones necesarias para lograr territorios y comunidades saludables. La participación social en salud no puede reducirse a tener algunos representantes sociales ni a controlar la atención a la enfermedad. Construir salud implica espacios públicos y contextos amigables con las personas, entornos salutógenos, cambios sustantivos en las determinaciones de la salud. Ahí son válidos los OSN y los Planes de Envejecimiento Saludable (Curso Aportes al 3er Plan 2024 a y b).

Referencias bibliográficas

- o Anzalone, Pablo (2024) [OSN y Personas Mayores](#)
- o MSP (2022) [Objetivos Sanitarios Nacionales 2030](#)
- o [Curso Formación y Aportes a un Tercer Plan de Envejecimiento](#) (2024a). OSN y Personas Mayores. Primer Taller
- o [Curso Formación y Aportes a un Tercer Plan de Envejecimiento](#) (2024b). Presentación en Fac. Ciencias Sociales



Salud mental para un buen vivir

| ANA IRIS KEMAYD ROTTA⁷

Resumen

El envejecimiento es un proceso progresivo e irreversible, de cambios físicos, psicológicos y sociales, que ocurren desde que nacemos. A nivel personal se llega a la vejez con una acumulación de experiencias, lo que, en cierta forma, influye en cómo se envejece, y refleja el nivel de vitalidad. Por eso mismo, la vejez es una de las etapas del curso de vida que más varía entre una persona y otra, y se ha convertido en una de las más extensas. El cómo envejecemos va a variar según el contexto histórico en que cada uno esté viviendo, la cultura, el género, las condiciones del lugar donde se habita, las condiciones económicas y la propia historia de vida.

Dentro del Programa de Educación Permanente 2024 y enfocados a la formación y aportes para el tercer plan nacional de envejecimiento y vejez, abordamos un taller específico de Salud Mental (SM) en las Personas Mayores (PM) enfocándonos en el buen vivir. En este encuentro, utilizamos una metodología de taller en forma virtual y presencial, partimos de exposiciones por parte de invitados, para pasar luego a la etapa de talleres donde abordamos básicamente factores de riesgo y protección en la temática de SM en PM. En lo que refiere a los resultados los diferentes subgrupos compartieron en la sesión plenaria, una rica y profunda gama de factores individuales, familiares y comunitarios así como de responsabilidad social y del estado que influyen favorablemente o en detrimento de la SM de las PM.

Panorama general

La población mundial envejece rápidamente. En 2020, había en el mundo 1000 millones de personas con 60 años o más. Esa cifra aumentará a 1400 millones en 2030, lo que representa

7 - Ana Kemayd. Doctora en Medicina UdelaR. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Ex Profesora Agregada del Depto. de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina. Udelar

una de cada seis personas en todo el mundo. Para el 2050, el número de personas de 60 años o más se habrá duplicado hasta alcanzar los 2100 millones. Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta situarse en los 426 millones. En el 2050 1 de cada 6 uruguayos tendrá 65 años o más. (World Population Prospect 2022).

Contribuir a eliminar prejuicios sobre la vejez, para dar paso a procesos de mayor bienestar para la persona mayor, su familia y entorno, el respeto y reconocimiento del buen trato y no discriminación de las personas mayores en cualquier espacio y/o contexto es también promover y resguardar el derecho a la salud mental.

Justificación

Salud mental según OMS es un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad. (OMS 2022).

La Salud Mental afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos frente a los desafíos de la vida, determina cómo manejamos el estrés, nuestro relacionamiento con los demás y cómo tomamos decisiones. Es parte de nuestra salud integral.

Es un derecho: “la salud mental es un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico”.

CUADRO 1. IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL EN LAS PERSONAS MAYORES

- Es un componente fundamental de la salud general, al igual que la salud física.
- La salud mental ayuda a mantener la fuerza y el equilibrio, y a mejorar el estado de ánimo.
- Puede ayudar a prevenir o retrasar enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes o las enfermedades cardíacas.
- La depresión puede aumentar el riesgo de sufrir otros problemas de salud física, como accidentes cerebrovasculares.
- Los trastornos mentales pueden dificultar el manejo de otros problemas de salud, especialmente si son crónicos.

Cabe aclarar que salud mental y enfermedad o trastorno mental no son lo mismo. Es bastante común escuchar que se utilizan estos términos como si fueran sinónimos, sin embargo, salud mental y enfermedad mental son dos cosas muy diferentes.

La salud mental incluye el bienestar emocional, psicológico y social de una persona. También determina cómo un ser humano maneja el estrés, se relaciona con otros y toma decisiones. Las enfermedades o trastornos mentales alteran la forma de pensar de una persona, su comportamiento, capacidades y su estado de ánimo.

La salud mental se ve influida por muchos factores en distintos niveles: individual, familiar, comunitario y social. Los factores de riesgo aumentan la posibilidad de sufrir una mala salud mental, mientras que los factores de protección aumentan la posibilidad de propiciar una salud mental positiva.

Ejemplos de factores de riesgo:

- Factores sociales como la experiencia de discriminación interpersonal e institucional.
- Falta de acceso a vivienda, atención sanitaria y educación.
- Falta de acceso al empleo y a oportunidades económicas.
- Experiencias adversas en la infancia y otros tipos de violencia interpersonal.
- Aislamiento social.
- Pobre bienestar emocional o habilidades de afrontamiento.
- Afecciones crónicas (ECNT).
- Uso de alcohol o drogas.
- Ejemplos de factores de protección
- Acceso a empleo de calidad, vivienda, educación.
- Fuerte conexión social y relaciones estables y positivas.
- Habilidades de afrontamiento positivas.
- Vivir en comunidades seguras con acceso a atención preventiva y servicios de salud mental y física.

Prevalencia

Aproximadamente el 14% de los adultos de 60 años o más viven con un trastorno mental (GHDx, 2023). De acuerdo con las estimaciones mundiales de salud (GHE) 2019, estas afecciones representan el 10,6% de la discapacidad total (en años de vida ajustados por discapacidad, AVAD) entre los adultos mayores. Las afecciones de salud mental más frecuentes en las personas mayores

son la depresión y la ansiedad. Las GHE 2019 muestran que, a nivel mundial, alrededor de una cuarta parte de las muertes por suicidio (27,2%) se producen en personas de 60 años o más. Las afecciones de salud mental en las personas mayores suelen estar infravaloradas e infratratadas, y la estigmatización que rodea a dichas afecciones puede hacer que las personas sean reacias a buscar ayuda. La salud mental se ve influida por muchos factores en distintos niveles: individual, familiar, comunitario y social. Los factores de riesgo aumentan la posibilidad de sufrir una mala salud mental, mientras que los factores de protección aumentan la posibilidad de propiciar una salud mental positiva.

CUADRO 2. SEÑALES DE ALERTA DE TRASTORNOS MENTALES EN PERSONAS MAYORES

- Cambios en el estado de ánimo o el nivel de energía
- Cambio en sus hábitos alimenticios o de sueño
- Cambio en sus hábitos alimenticios o de sueño
- Aislarse de las personas y actividades que disfruta
- Sentirse inusualmente confundido, olvidadizo, enojado, molesto, preocupado o asustado
- Sentirse sin interés o como si nada importara
- Tener dolores y molestias inexplicables
- Sentir tristeza o desesperanza
- Fumar, beber o usar drogas más de lo habitual
- Ira, irritabilidad o agresividad
- Tener pensamientos y recuerdos que no puede sacar de su cabeza
- Escuchar voces o creer cosas que no son ciertas
- Pensar en lastimarse a sí mismo o a otros

Si bien la mayoría de las personas mayores gozan de buena salud, muchos corren el riesgo de presentar afecciones de salud mental como depresión y ansiedad. Muchos también pueden experimentar movilidad reducida, dolor crónico, fragilidad, demencia u otros problemas de salud, para los que necesitan algún tipo de cuidados a largo plazo. Es más, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de padecer varias afecciones al mismo tiempo.

CUADRO 3. PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES EN PERSONAS MAYORES

- o Ansiedad
- o Depresión
- o Conducta suicida
- o Trastornos por consumo de alcohol y drogas
- o Demencias

A edades más avanzadas, la salud mental viene determinada no solo por el entorno físico y social, sino también por los efectos acumulativos de las experiencias de vida anteriores y los factores estresantes específicos relacionados con el envejecimiento. La exposición a la adversidad, la pérdida significativa de la capacidad intrínseca y una disminución de la funcionalidad pueden provocar angustia psicológica. Las personas mayores tienen más probabilidades de experimentar eventos adversos como el duelo, una reducción de los ingresos o un menor sentido del propósito con la jubilación. A pesar de sus muchas contribuciones a la sociedad, muchas personas mayores son objeto de discriminación por motivos de edad (o edadismo), lo que puede afectar gravemente a su salud mental.

El aislamiento social y la soledad, que aquejan a cerca de una cuarta parte de las personas mayores, son factores de riesgo clave para padecer afecciones de salud mental en etapas posteriores de la vida (Hong Teo R, Hui Cheng W, Jie Cheng L, Lau Y, Tiang Lau S 2023). También lo es el maltrato, que incluye cualquier tipo de abuso físico, verbal, psicológico, sexual o económico, así como el abandono. Una de cada seis personas mayores sufre malos tratos, a menudo por sus propios cuidadores (Yon YY, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber K, 2017) lo que tiene graves consecuencias y puede conducir a la depresión y la ansiedad. También ocurre que muchas personas mayores son cuidadoras de cónyuges con afecciones crónicas, como la demencia. Las responsabilidades de estos cuidados pueden ser abrumadoras y afectar a su salud mental.

Metodología

El desarrollo del taller de salud mental implicó varios espacios. Comenzamos con una dinámica de integración con danzas circulares dinamizada por Cristina Urbanavicius. Continuamos con exposiciones sobre la temática de una salud mental orientada al buen vivir de las personas mayores por parte de Psic Magister Monica Llado, integrante de NIEVE (núcleo interdisciplinario de estudios de envejecimiento) y CIEN (centro interdisciplinario de envejecimiento) Udelar; Analia Cougeon por la secretaría de salud de ONAJPU(Organización Nacional de Asociaciones

de Jubilados y Pensionistas del Uruguay) fue una de las organizaciones que participó en la creación de la RMCS (Red de municipios y comunidades saludables). Es así que la representante de ONAJPU nos compartió un trabajo conjunto con Solange Santos por el movimiento ELEPEM / REDAM, y María Escudero de la Organización de Usuarios de la Salud del Oeste, quien contribuyó a su creación en el 2005 y desde el 2013 integrada a AJUPEN CERRO y ha sido reconocida este año por la Interred del Municipio A y por su trabajo social realizado en dicho territorio, para pasar luego a un trabajo grupal en base a preguntas disparadoras y llegar así a las conclusiones.

Reflexiones

Compartimos aspectos de la salud mental de las personas mayores en Uruguay que los participantes al taller entendieron son prioritarios de tratar en una agenda de acciones políticas:

- Hacer foco en los factores protectores tales como la participación de las personas mayores en la comunidad, en la toma de decisiones, fortaleciendo la promoción de esta participación.
- Mejorar el acceso a la salud, la cultura, la educación.
- Fortalecer los dispositivos para la atención del abuso y el maltrato hacia las personas mayores.
- Salud bucal de las personas mayores y su vínculo con la salud mental, en relación a la autopercepción y la percepción de otros, así como la alimentación, el habla y la salud general.
- Otro aspecto abordado en el taller fueron las estrategias y/o acciones que serían necesarias para incorporar esos puntos en la agenda de acciones políticas, surgiendo lo siguiente:
- Eliminar barreras (físicas, actitudinales y de la comunicación) para el acceso a la salud, la cultura, la educación.
- Generar instancias de diálogo reales con la sociedad civil para el diseño, implementación y seguimiento de las políticas públicas.
- Mejora de la participación.
- Acentuar y desarrollar la Interdisciplina e Intersectorialidad.
- Mejorar el acceso a diferentes programas, en especial los que son sin costo para las personas mayores.
- Fortalecer relaciones intergeneracionales.
- Generar espacios de escucha.

La salud mental (SM) es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. (OMS 2022 Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. (SAMHSA 2023)

La salud mental es, además, un derecho humano fundamental, y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. Se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes. (OMS 2023)

En definitiva, es un estado de equilibrio con nuestro entorno que nos permite disfrutar de la vida.

Referencias Bibliográficas

- World Population Prospect 2022: release note about major differences in total population estimates for mid-2021 between 2019 and 2022 revisions. Nueva York: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. 2022
- Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx), consultado el 20 de octubre de 2023)
- Hong Teo R, Hui Cheng W, Jie Cheng L, Lau Y, Tiang Lau S. Global prevalence of social isolation among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Archi Gerontol Geriatr.* 2023 Apr;107:104904.
- Yon YY, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2017; 5(2):e147–e156
- SAMHSA. (2023). ¿Qué es la salud mental? Recuperado el 10 de abril de 2024 ([Enlace](#))
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud mental. Recuperado el 24 de junio de 2024. ([Enlace](#))
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2024). Entender el vínculo entre las enfermedades crónicas y la depresión. Recuperado el 24 de junio de 2024 ([Enlace](#))
- Westerhof, GJ, Keyes, CL (2010). Enfermedad mental y salud mental: el modelo de dos continuos a lo largo de la vida. *J Adult Dev,* 17(2), 110-119.

- Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (2024). Indicadores clave de consumo de sustancias y salud mental en los Estados Unidos: resultados de la Encuesta nacional sobre consumo de drogas y salud de 2023 (publicación del HHS n.º PEP24-07-021, serie NSDUH H-59). Centro de estadísticas y calidad de la salud conductual, Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias. [\(Enlace\)](#)
- Administración de Recursos y Servicios de Salud. (Octubre de 2020). Encuesta nacional sobre salud mental y conductual infantil, 2018-2019. [Resumen del tema]. [\(Enlace\)](#)
- Asociación Estadounidense de Psicología (APA). (2018). Diccionario de psicología: Distrés psicológico. Recuperado el 10 de abril de 2024. [\(Enlace\)](#)
- SAMHSA. (2023). Señales de advertencia y factores de riesgo de angustia emocional. Recuperado el 10 de abril de 2024. [\(Enlace\)](#)
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2022). Conceptos de bienestar. Recuperado el 10 de abril de 2024 [\(Enlace\)](#); OMS. (2024). Promoción del bienestar. Recuperado el 10 de abril de 2024. [\(Enlace\)](#)
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2024). Acerca del bienestar emocional. Recuperado el 30 de julio de 2024 [\(Enlace\)](#)
- SAMHSA. (2023). Salud mental y trastornos por consumo de sustancias. Recuperado el 10 de abril de 2024 [\(Enlace\)](#)
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2022). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (quinta edición, texto revisado). [\(Enlace\)](#)

Consideraciones éticas en el trabajo con personas mayores

| SOLANGE SANTOS, VIRGINIA ÁLVAREZ⁸

Resumen

No existe ninguna actividad con personas y colectivos que no implique un análisis de la dimensión ética. Importa lo que hacemos, pero también cómo y para qué lo hacemos. Por las características del curso y el tiempo destinado al mismo, decidimos focalizar en la ética y bioética relacionada con la salud y los cuidados, centrándonos en la importancia del Consentimiento informado. La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (Unesco, 2005) reafirma el compromiso de la bioética con la protección del derecho a la salud. Siendo esta condición indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades y reconocida la necesidad de protegerla. “El acceso a los servicios de salud debe ser universal y las prioridades deben fijarse exclusivamente en función de las necesidades de las personas” (Brena, 2008, pág 246). Si buscamos investigaciones relacionadas con bioética y vejez, la mayor parte de la bibliografía existente relaciona vejez con dependencia, cuidados paliativos y eutanasia lo cuál si bien es crucial en esta etapa de la vida, no resulta representativo de la situación del grupo etario en el país y la región. En Uruguay menos del 5% de las personas mayores tiene limitaciones funcionales graves, siendo la mayoría autovalida. Esto nos interpela y cuestiona sobre los paradigmas predominantes en relación a la vejez y el envejecimiento, así como también nos invita a reflexionar sobre la concepción de ética y bioética.

Justificación

La ética proporciona métodos para ayudarnos a pensar de manera ordenada, sistemática y coherente, nos ayuda a tomar la decisión más justa. La reflexión es un término clave para comprender la ética. Se trata de comprender el porqué de nuestras acciones y actuar de la forma más justa.

8 - Solange Santos, Coord. Gral. del Movimiento de Familiares y Residentes ELEPEM. Virginia Álvarez, Psicogerontóloga, Mag. en Psicología. Docente de la Unidad Académica Temática Ciclo de vida y comunidad-vejez (APEX- UdelaR)

Por su parte la bioética o ética de vida es la ciencia que promueve principios éticos y valores buscando que las personas y comunidades vivan de la forma más justa y equitativa.

Si bien la reflexión ética trasciende la deontología (códigos y normas) es necesario conocer el marco legal para el ejercicio de nuestros derechos y por ello compartimos parte de la normativa relacionada al tema.

En lo que refiere a investigación con seres humanos existen diversas normativas relacionadas con la misma, Ejemplo de ellos son las Pautas CIOMS (Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos) elaboradas en coordinación con la OMS en 1993. En Uruguay la normativa específica sobre ética de la investigación tiene rango de Decreto (158/19) pero existen algunas leyes que también deben tenerse en cuenta como las relacionadas al SNIS y al SNIC, imprescindibles para pensar la temática.

La ley 18211 dentro de los principios rectores del SNIS en su artículo F menciona “La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios”.

La ley 18331 define los datos de salud como “datos sensibles”, siendo posible utilizar los mismo únicamente con la finalidad para la que fueron entregados, de cambiarse el fin, se debe contar con el consentimiento previo y explícito de la persona.

La ley 18335 identifica como derecho de los usuarios del sistema de salud el poder consentir o rechazar cualquier intervención, luego de contar con la información apropiada. El Decreto 274/201032, que reglamente esta ley, tiene un capítulo entero dedicado al Consentimiento informado, abarcando del artículo 16 al 26 y si bien se refiere al consentimiento en la relación clínica, todos sus requisitos son aplicables al consentimiento informado en la situación de investigación.

La Ley 19353 sobre la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) Menciona en su artículo 5 sobre Derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia y de quienes prestan cuidados

Se reconoce a las personas en situación de dependencia, sin perjuicio de los derechos que establecen las normas aplicables:

- El ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales con pleno respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad.
- A recibir, en términos comprensibles y accesibles, información completa y actualizada relacionada con:
- Su situación de dependencia.

- Los servicios y prestaciones a que puedan eventualmente acceder.
- Los requisitos y condiciones para hacer uso de los mismos.
- Las políticas y programas de atención y cuidados integrales que se implementen en el ámbito del SNIC.

- El resguardo y confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y, en su caso, con su estancia en las entidades que presten servicios de cuidados y a la observancia del principio del previo consentimiento informado para el tratamiento de la misma, de acuerdo a la normativa aplicable.
- La igualdad de oportunidades, a no sufrir discriminación por motivos de raza, etnia, orientación sexual o identidad de género, edad, idioma, religión, situación socioeconómica, opiniones de cualquier índole, origen nacional o de nacimiento o cualquier otra circunstancia, tanto si se refiere personalmente a ellas como a su familia.
- La accesibilidad universal a los servicios y las prestaciones previstos en la normativa aplicable.

Y en lo que refiere a la investigación con seres humanos en Uruguay contamos con el decreto 158/19 (ampliación 379/8). El decreto 379/08 se refería exclusivamente a las instituciones de salud, en el 158/19 se amplía a todas las instituciones en las que se realice investigación con seres humanos (entre otras modificaciones, alguna relacionada con la implementación de los comités de ética).

Metodología

En el encuentro de trabajo partimos de dos situaciones cotidianas (en una Policlínica del Primer Nivel y en un ELEPEM) lo cuál facilitó el intercambio. Nos posibilita pensar la ética en nuestra cotidianidad, siendo situaciones que reflejan experiencias propias y/o de personas cercanas. A partir de la proyección de los vídeos trabajamos en subgrupos en base a la siguiente consigna:

¿Qué problemáticas identifica en las situaciones observadas? y ¿Con qué herramientas contamos para transformar estas problemáticas?

Intercambio

Una de las primeras interrogantes que surgió en relación al encuentro, fue si la menor concurrencia de personas y colectivos estaba relacionada con el interés en la temática o con la forma en la que denominamos la actividad. Por el intercambio inicial (entre las personas presentes y quienes estaban por zoom) creemos que el término ética pudo ser leído como lejano o académico.

Las/os participantes coinciden en la identificación de problemáticas, planteando la vulneración de derechos. En donde se infantiliza a las personas mayores no respetando su autonomía ni confidencialidad.

En lo que refiere a herramientas existe coincidencia en la necesidad de formación de trabajadores/as (tanto en ELEPEM, como en Instituciones de Salud) para tener un trato humanizado. Si bien existen leyes y decretos que amparan a las personas mayores, los mismos no se conocen y muchas veces aún cuando se conocen no se respetan.

De las situaciones trabajadas todas las personas participantes coincidieron en la importancia del respeto de la autonomía y la confidencialidad (en los espacios de salud y en los ELEPEM). Lo cuál nos llevó a contextualizar el surgimiento de algunos términos. Uno de los enfoques más clásicos de la Bioética en relación a los principios (Informe Belmont , 1976). El Informe surge como resultado de distintas violaciones de derechos humanos. Se identifican el respeto a las personas, beneficencia y justicia. Tres años después Beauchamp y Childress transformaron el primero de los principios en “respeto a la autonomía” y abrieron el de beneficencia en beneficencia y no maleficencia. Surgiendo así los cuatro principios de la bioética. Los cuales si bien resultan una guía, no se agota en ellos el análisis ético. Por un lado porque la ética no es universal, no es posible principios que sean aplicables por igual en todas las situaciones y momentos socio históricos, pero también porque existen diversas experiencias en donde nos encontramos que algunos principios entran en conflicto (respetar uno puede significar no respetar el otro).

Surgió en el intercambio El conflicto más clásico es el relacionado con el respeto a la autonomía y la beneficencia. ¿Y si lo que la persona elige no es lo “mejor” para sí? (además de discutir quién y cómo se define lo mejor, esto nos lleva sin duda a problematizar estos principios). Las personas tienen derecho a decidir según sus convicciones a la vez que es un deber del profesional pensar siempre en el mejor interés de ellas. Es por ello que la bioética principialista ofrece elementos que

nos ayudan a pensar, pero no se puede agotar en ella el análisis ético. Necesariamente debemos pensar la bioética en relación con los derechos humanos.

Uno de los puntos abordados fue el relacionado al consentimiento informado.

El consentimiento. Si pensamos el consentimiento como un proceso (no simplemente la firma de un formulario) el mismo es indisociable del respeto a la persona. Consentir implica que la persona esté en condiciones psíquicas y físicas de resolver si participar o no. También tener la posibilidad de interrumpir o abandonar la investigación y/o tratamiento si así lo desea. En las pautas CIOMS establece que pueden algunos ensayos requerir que la persona no conozca parte de la información del procedimiento, cita como ejemplo cuando el monitoreo puede llevar a un cambio de conducta y por ende invalidar la investigación. De ser así también debe ser explicitado en el consentimiento, en donde la persona debe saber que alguna información la obtendrá al finalizar el proceso y que esto es así con la única finalidad de no obturar la investigación, sin que implique ningún daño y dándole al final la posibilidad de conocer la información (esto conlleva un riesgo porque implica colocar el lugar del saber en quién investiga). Se debe también informar sobre tratamientos alternativos existentes y garantizar siempre la confidencialidad y la autonomía, esto último igual requiere un análisis con más detalle ya que sabemos que existen condiciones que pueden limitar (aunque sea temporalmente) la autonomía. En este sentido es fundamental revisar el uso del Formulario de Consentimiento para el ingreso y permanencia en los ELEPEM.

Uruguay ratificó la *Convención Interamericana sobre la Protección de los DDHH de las Personas Mayores* mediante la Ley 19.430 del 18 de octubre de 2016 en cuyo Art.12 referido a los derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo, hace mención a la manifestación de la voluntad libre y expresa de la persona mayor. Debido a ello, se actualiza la normativa que rige los ELEPEM en nuestro país, aprobando el Decreto 356/16 del 14 de noviembre del 2016.

El Art. 40 del Decreto define como Consentimiento informado: “...*al documento por el cual se deja constancia que una persona, habiendo sido informada respecto de las condiciones y servicios brindados por el establecimiento, así como de sus deberes, derechos y obligaciones, manifiesta libremente su voluntad de ingresar al mismo en calidad de usuario.*”

También el mismo Decreto, en su Art.28 literal i) refiere: “*Recabar el consentimiento informado en los términos del Art.40, con excepción de aquellos usuarios que estén cursando un estado confusional mental, documentado en su historia clínica. Transcurridos seis meses se dará cuenta al juzgado de familia que por turno corresponda, a efectos de tramitar su incapacidad.*”

Existe una pirámide jerárquica de normas, en cuya cúspide están la Constitución y los Pactos Internacionales a los que ha adherido nuestro país, un escalón más abajo las Leyes -que deben sujetarse a los mismos- y por debajo los Decretos que no pueden modificar las leyes, todo ello por el principio de jerarquía de las normas.

Es por eso que no corresponde la aplicación de este artículo por haber sido derogado tácitamente por la Ley 19.529 de Salud Mental del 2017, en su Art.6) “..los derechos derivados de la calidad de seres humanos a ser reconocidos siempre como sujetos de derecho, derechos relativos al deber de información, a la condición de internación y a la actividad.” Por no cumplir con los Principios Generales de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada a través de la Ley 18.418 de 2018 en su Art.3, lit.a) “el respeto de la dignidad inherente, a la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas” La Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental en el año 2021 hace un planteo expreso ante los Ministerios de Salud Pública y de Desarrollo Social, los cuales descartaron dicha sugerencia.

El Movimiento de Familiares y Residentes de ELEPEM (Movimiento ELEPEM), con el apoyo de REDAM elevan un informe a la experta independiente de ONU Dra. Claudia Mahler, sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas mayores, sobre la capacidad jurídica y el consentimiento informado de las personas mayores. Mahler presenta un informe en el Consejo de Derechos Humanos de ONU en el 57 período de sesiones donde hace varias recomendaciones a los Estados respecto al tema. Entre ellos:

- Fomentar la participación de las personas de edad en los procesos de adopción de decisiones que les afecten, en particular elaborando leyes y políticas relacionadas con la capacidad jurídica y el consentimiento informado.
- Implantar modelos de apoyo para la adopción de decisiones que permitan a las personas de edad con deterioro cognitivo u otras dificultades seguir ejerciendo su capacidad jurídica.
- Aplicar salvaguardas adecuadas para impedir la institucionalización forzada.
- Garantizar que las personas de edad tengan acceso a la justicia y a recursos para impugnar las restricciones a su autonomía y afirmar su capacidad de elección en cuanto a dónde y con quién vivir.
- Garantizar que las evaluaciones de la capacidad jurídica y la aptitud para dar un consentimiento informado se apliquen por igual a todas las franjas de edad y no se orienten de forma desproporcionada a las personas mayores.
- Los Estados deben asegurarse de que las personas de edad sigan teniendo acceso a la justicia para recuperar su autonomía, incluidas las salvaguardias, especialmente cuando es fácil negar la capacidad jurídica o denegar el acceso a procesos de apoyo para la adopción de decisiones.

Este informe, aunque no sea vinculante, sienta un precedente para continuar insistiendo en revertir el consentimiento informado por “confusión mental”.

La institución Nacional de Derechos Humanos elaboró, ante la demanda por parte de la sociedad civil, un anteproyecto de ley que prevé que la persona mayor de 65 años de edad que haya sido institucionalizada tenga derecho a oponerse al mantenimiento de su institucionalización una vez recuperada de su síndrome confusional, pudiendo solicitar su egreso del ELEPEM ante la Justicia. Para ello se define un proceso, que no está previsto en el Código General del Proceso ni en otra ley.

Compartiendo reflexiones

Que exista normativa (internacional y nacional) relacionada con la protección de los derechos de las personas mayores, no es garantía de un trato respetuoso y humanizado. Es fundamental el conocimiento y cumplimiento de la misma, siendo central para ello la formación de los/as trabajadores/as.

En lo que respecta a la los ELEPEM es urgente que podamos contar con normativas orientadas a impugnar ciertas restricciones en la autonomía de las personas mayores en donde la capacidad para consentir no esté separada por franjas etarias y en donde la personas pueda ser partícipe de las decisiones de su cotidianidad

En el primer Nivel de Atención es urgente que podamos acortar los tiempos de espera para la atención de calidad, en donde se conozca la historia de la persona y se lo valore integralmente, trascendiendo un paradigma biologicista.

Ceminari (2014) señala la desmedicalización como uno de los horizontes necesarios en el análisis bioético en la vejez, menciona la necesidad de “establecer formas en que se configuran estrategias de desmedicalización. Esto implica un doble movimiento: por un lado, salir de la encerrona trágica que hace pensar que la medicalización (médicos, medicamentos y geriátrico) es el único destino y por el otro, aportar a la generación de políticas públicas orientadas a la protección integral de las personas mayores. (Ceminari, pág. 17).

Adherimos a los planteos de Blengio cuando propone incorporar el concepto de interés superior de la vejez (en forma análoga al interés superior del niño establecido en la Convención de los Derechos del Niño de 1989.) “La conceptualización de un interés superior de la vejez, permite al intérprete abarcar dinámicamente la situación de las personas mayores en función de sus

problemáticas. No se pretende con este, determinar en forma estandarizada la solución, sino habilitar a que se pueda definir en función del interés superior de la vejez cuál o qué, es lo mejor. Atendiendo esa prioridad. Tanto en lo legislativo, administrativo o judicial. (...)Se trata de buscar que el Estado desde sus diferentes capacidades elabore una política pública que apunte a desterrar el temor a la vejez. Desmitifique una supuesta realidad alimentada por una forma de control social que resulta ilegítima, muchas veces cargada de una perspectiva sanitaria que pretende su medicalización más que su atención en bienestar y salud” (2021, pág 24)

En el plano singular es necesario trascender el enfoque biológico y en el plano institucional y social es necesario trascender la mirada del viejo/a como ser frágil y pensar al viejo/a como sujeto de derechos con posibilidad de injerencia social y política.

Referencias bibliográficas

- o Brena, I. (2008). Derecho a la Protección a la Salud. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*.
- o Blengio M. (2021). Interés superior de la vejez. *Revista Derecho Público*, (59), 07-27.
- o Calvo, J. J., Borrás, V., Cabella, W., Carrasco, P., De los Campos, H., Koolhaas, M.,... & Varela, C. (2013). Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. *Montevideo: Ediciones Trilce*.
- o Casado, M., Rodríguez, P., & Vilá, A. (2016). Documento sobre envejecimiento y vulnerabilidad. Barcelona: Observatorio de Bioética y Derecho.
- o Ceminari, Y., Parenti, M., Garcia Vara, M. E., Lagouarde, L., Miller, N., Magrassi, M., & Ripodas, G. (2014). Derecho a la no medicalización en la vejez. In VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- o Cortina, A. (2013). ¿ Para qué sirve realmente la ética (p. 21). Barcelona: Paidós.
- o Ley N° 18.211. (Diciembre de 2007). Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo, Uruguay.
- o Ley N° 18.331. (Agosto, 2008) Ley de Protección de Datos personales. Montevideo, Uruguay.
- o Ley 18335 (Agosto, 2008) Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud.. Montevideo, Uruguay
- o Sánchez, D. (2020). Ética de la Investigación en seres humanos. Recuperado en [\(Enlace\)](#)
- o Sánchez D., y Barcia, M. (2020). Modificación de la normativa nacional sobre ética de la investigación en seres humanos. Decreto 158/19 del 3 de junio de 2019. *Revista Médica del Uruguay*, 36 (3), pp. 311-315.
- o UNESCO. [Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos](#). Paris.
- o Ley 19.430 Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. [\(Enlace\)](#)
- o Ley 19.529 sobre Salud Mental [\(Enlace\)](#)
- o Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [\(Enlace\)](#)
- o Decreto 356/16 sobre regulación de los establecimientos de larga estadía para personas mayores. [\(Enlace\)](#)
- o [Informe Experto Independiente ONU sobre Capacidad jurídica y consentimiento informado](#)

El cuidado de las personas mayores y sus Políticas

| LAURA HERNÁNDEZ, ROMINA FRANCONERI Y ZORAIDA FORT⁹

Resumen

Las definiciones de política pública están directamente relacionadas a la forma de comprender el rol del Estado, y a cómo organizar los recursos y las prioridades políticas ante la desigualdad social y la desprotección de derechos. Para los próximos años, la agenda referida a las personas mayores enfrenta a Uruguay a dos desafíos, la puesta en funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Cuidados y una revisión de la matriz de protección social en relación a la vejez en situación de vulnerabilidad.

Para este encuentro, se utilizó una metodología de taller en forma virtual y presencial, conformando subgrupos para trabajar los siguientes ejes temáticos en relación a las PM: autonomía, fortalezas y debilidades a largo plazo, perspectivas comunitarias y contribución de los centros de día al SNIC para intercambio en plenario. Resultados: Se percibe una afectación de la autonomía relacionada con la accesibilidad geográfica, económica, social y de los servicios de salud. Como fortalezas se destacan el trabajo en red y, dentro de las debilidades el déficit de políticas públicas, seguimiento de las mismas, falta de RRHH capacitados para la atención de las PM.

En cuanto a las perspectivas comunitarias se destaca la necesidad de respeto y solidaridad con las PM; mayor participación en la toma de decisiones a nivel de las políticas públicas y la de adaptación del sistema a las necesidades actuales con la integración de diferentes generaciones. Del plenario del taller surge la necesidad de la creación de un tercer Plan Nacional de Enveje-

9 - Laura Hernandez. Lic Enf. Mag.Prof. Adj.FENF.UdelaR. Romina Franconeri Lic.Enf.Esp. Prof. Adj.FENF.UdelaR
Zoraida Fort.Lic Enf. Doctora en Ciencias de Enfermería. ALENFUR. Red MCS.

cimiento y vejez con interacción con el SNIC participando todas las organizaciones políticas y sociales con principal énfasis en la integración de las PM.

Justificación relacionada con la importancia de abordar el tema

El Cuidado es un derecho que se refiere al conjunto de actividades y relaciones, ya sean remuneradas o no remuneradas, destinadas al bienestar físico y emocional de las personas así como a los marcos normativos, económicos y sociales en los que se definen y se realizan esas actividades. (Daly y Lewis, 2000). Requiere un apoyo multidimensional: material, económico, moral y emocional a las personas dependientes, con riesgo de pérdida de autonomía. Tal como lo plantea Batthyány (2016) en el segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez, el cuidado incluye un componente material asociado al apoyo en las necesidades de la vida diaria, las cuales varían según el grado de dependencia de la persona mayor, y un componente vincular y emocional, orientado al desarrollo del vínculo afectivo con las personas cuidadas.

«Existe una categorización de los cuidados, visibilizando tanto necesidades físicas, emocionales, cognitivas, sociales e incluso espirituales» (Uribe y Correa, 2016).

En Uruguay, la provisión de cuidados a personas mayores, al igual que ocurre con el resto de las personas en situación de dependencia, ha descansado tradicionalmente sobre la familia, y particularmente en las mujeres a partir de su trabajo no remunerado (Batthyány et al., 2013; Aguirre y Scavino, 2016; Sande, 2016). La oferta de servicios de cuidado para personas mayores es muy insuficiente y está estratificada: las alternativas que ofrece el Estado son limitadas y dispersas mientras que las opciones del mercado sólo son accesibles para quienes tienen ingresos más altos (Sande, 2016; Acosta et al, 2018; Aguirre y Scavino, 2016). Por otro lado, la mayoría de la población considera que la situación más deseable para el cuidado de las personas mayores son los cuidados familiares y especialmente a través de los miembros de las familias.

Dentro de los aspectos a considerar en el cuidado está la autonomía, entendiéndose como la capacidad de la persona para decidir por sí mismo, toma de decisiones que da lugar a la iniciativa para realizar algo y culmina en su realización. Frecuentemente se puede ver la autonomía como algo aislado del contexto social, cultural, económico, sexual, de su historia de vida. Es necesario cambiar este paradigma y visibilizar la autonomía como símbolo de la dignidad, como logro de la felicidad, y donde situaciones de dependencia, fragilidad y vulnerabilidad no deberían ser limitantes para llevar a cabo el deseo de las PM.

Es necesario escuchar sus voces, generar empatía, conocimiento en la comunidad intergeneracional para hacer valer sus derechos. De esta forma potenciar la autonomía a través de los apoyos de personas que acompañan e instituciones que, en definitiva, dan respuesta a los deberes de los Estados. Frente a situaciones de fragilidad los sistemas de apoyo tienen que fortalecer su capacidad de decisión. (Huenchuan, 2022)

Se debe retomar, enfatizar en llevar adelante los tratados de derechos humanos adoptados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU,1948) cuyo tema central fue la Paz, dignidad, igualdad, libertad de todas las personas del mundo por igual.

En relación al envejecimiento, Uruguay acompaña la tendencia mundial con predominio de PM en su población, es decir trayectorias de vida más largas y más diversas. Esto requiere de un sistema de cuidados que haga foco en el derecho a vivir una vida digna, con una mayor equidad, desde las intervenciones hasta las trayectorias de cuidado, desde el cuidador principal hasta la red de cuidados (Huenchuan, 2022)

En la medida que en la sociedad aumenta el envejecimiento, también aumentan las personas con dificultades para el desarrollo de sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y que necesitarán ayuda para llevar adelante el cumplimiento de las mismas.

Los cuidados a largo plazo son los que requieren las PM que sufren de dependencia y han perdido su autonomía para realizar actividades de la vida diaria (María Oddone, 2020). Estos cuidados intentan facilitar que las personas mayores mantengan un nivel de su capacidad funcional. Se llevan adelante en domicilio, en establecimientos de larga estadía para personas mayores (ELEPEM) o en Instituciones de salud si así lo requieren.

Los servicios de cuidado para las personas mayores más extendidos son los ELEPEM que se dividen en dos tipos, aquellos con fines de lucro (residenciales) y aquellos sin fines de lucro (hogares), estos últimos pertenecientes a asociaciones civiles o fundaciones representan un poco más de 80% de acuerdo con la información del Inmayores. Los hogares son aproximadamente 90 y suelen recibir aportes o exoneraciones por parte del Banco de Previsión Social (BPS) o de los gobiernos departamentales. Por otra parte, el hospital y centro geriátrico Doctor Luis Piñeyro del Campo es una unidad de larga estadía y de media estancia y un servicio de reinserción comunitaria para personas mayores usuarias de ASSE de Montevideo. (Acosta González.F, Picasso Risso.V, Perrotta.2018)

Estos servicios de acuerdo al lugar donde se llevan a cabo los cuidados, pueden realizarlos cuidadores formales o informales. Por último, estos tipos de cuidados implican acompañar para

realizar actividades básicas de la vida diaria como lo son el bañarse, el vestirse o el arreglo personal; o bien, actividades instrumentales de la vida diaria como lo son el preparar alimentos, dar de comer a la persona, administrar medicamentos y el manejo de dinero. Esta ayuda puede incluir acompañamiento y/o supervisión, realizar compras y trabajos domésticos, o bien actividades que coadyuven a la participación social de la persona dependiente.

La disminución de la descendencia en la familia, la disminución de cuidadores requiere pensar nuevas estrategias para cuidar de las PM, así como la necesidad de formación y capacitación de los RRHH, teleasistencia y formación en gerontología. A su vez, la predominancia de las ECNT, aumentará las demandas de los servicios de salud, se deberá hacer énfasis en la prevención de los factores de riesgo y promoción de los hábitos saludables. Ello conduce a rever el sistema de salud que pese al paso del tiempo sigue con un enfoque biologicista y asistencialista, con debilidades en el enfoque integral de la persona y de las comunidades, manifestada por la Lic.Enf. Cristina Camejo, cuyo planteo derivó en: ¿Cómo se inserta el concepto paliativo en esta realidad?

A todo lo referido a cuidados debemos tener presente la integración de los cuidados paliativos, que ofrecen control del dolor, los síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales de la persona, con el objetivo primordial de mejorar la calidad de vida, la dignidad de la persona, su rehabilitación y la de su familia. Es un enfoque que, se ha ampliado, en la última década y dejó de estar dirigido, solo, hacia las personas que viven el final de sus vidas. Reconoce que los procesos de salud-enfermedad, (crónicas) envejecimiento y muerte, son naturales.

La OMS, en su informe europeo del 2005, afirma que existe sobrada evidencia de que las personas envejecidas, sufren innecesariamente, debido a la carencia de evaluación y tratamiento de sus problemas y a la ausencia de programas de Cuidados Paliativos. Por todos los motivos expuestos, se propone un taller que pretenda contribuir a la producción de conocimiento sobre el envejecimiento y los cuidados que oriente las políticas públicas para visibilizar y abordar las desigualdades sociales y de género en la organización de los cuidados y protección social de las PM. Esta necesidad se viene trabajando con otros actores como lo es la Red Pro Cuidados en Uruguay, organización civil que surge para impulsar y acompañar el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, donde han participado diferentes actores sociales y a través del Foro Nacional de Cuidados para reflexionar sobre el SNIC y consolidar los cuidados.

Respecto al derecho al cuidado, se ha desarrollado un marco legal para proteger este derecho, con la ley que crea el SNIC en 2015, declarando al cuidado como un derecho y asignando al MIDES la coordinación de las acciones, planes y programas intersectoriales, implementados por el Poder Ejecutivo para garantizar el pleno ejercicio del derecho al cuidado. El SNIC instalado en

2015, es definido por ley como el conjunto de acciones públicas y privadas que brindan atención directa a las actividades y necesidades básicas de la vida diaria de las personas que se encuentran en situación de dependencia. Comprende un conjunto articulado de nuevas prestaciones, coordinación, consolidación y expansión de servicios existentes, como asimismo la regulación de las personas que desarrollan servicios de cuidados. En el año 2016 se produce en Uruguay la ratificación de la Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores destacando los principios de equidad, no discriminación, equidad de género, respeto por la autonomía, libertad, inclusión social, participación activa.

Posteriormente, se realiza la 77a Asamblea de la OMS sobre participación social, insta a los estados miembros a implementar mecanismos de participación nacionales de carácter periódico y sostenido, como diálogos o consultas, y políticas que plasmen las recomendaciones derivadas de esos procesos participativos, teniendo en cuenta el contexto y las prioridades nacionales, (OMS,2024).

Para fortalecer el cuidado es de fundamental importancia reformular y consolidar el SNC a las Personas Mayores en el Uruguay, a través de consensos. Hay que tener en cuenta que el sistema de cuidados está transversalizado por miradas de diversos grupos y actores, desde los grupos organizados de personas mayores, la academia, el gobierno, instituciones públicas, privadas, Institutos de Derechos Humanos y la comunidad en general.

Aspectos metodológicos

Se comienza el taller con la presentación de videos de breve duración de diferentes instituciones y placas sobre noticias de prensa sobre la autonomía de las PM en los ELEPEM y Centros de día. Uno de los videos corresponde a OPS, define el envejecimiento saludable como un proceso que busca mejorar la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida a lo largo de la vida, luego se introducen noticias y comunicaciones de los años 2013 y 2014 sobre incendios en residencias de ancianos, atención deficitaria en los cuidados, tiempos de esperas prolongados y falta de medicamentos en las instituciones de salud. Otro video recrea cómo deberían de participar los usuarios, familiares y personal en los ELEPEM.

VIDEO: [Sonia, movimiento ELEPEM](#)

Se conformaron subgrupos presenciales y virtuales para el trabajo en taller poniendo énfasis en reflexionar sobre la promoción y vulneración de los derechos con preguntas orientadoras para

luego llevar los aportes al plenario. Las preguntas orientadoras fueron definidas buscando que las mismas fueran una guía para la revelación de lo que vivencian las personas en ese momento. Finalmente, se realizó un cierre integrando los aportes a los contenidos teóricos sobre el tema por parte de referentes sociales y académicos presentes.

Discusiones grupales con exposición en plenario

Para esto fue necesario pensar y establecer las preguntas orientadoras que permitan dar respuesta a las motivaciones de las personas presentes, las cuales se definieron de la siguiente manera:

¿CÓMO VISUALIZA LA AUTONOMÍA EN LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA O NO, EN EL ENTORNO DONDE VIVEN? ¿QUÉ ACCIONES PUEDEN PROPICIAR Y MEJORAR LA AUTONOMÍA?

La autonomía, a nivel general, es asociada a la persona mayor con situación de dependencia, es resaltado a pesar de que estadísticamente a nivel nacional la mayoría no presentan dependencia. Sin embargo, plantean las dificultades en los cuidados, la inactividad del Estado, la falta de escucha y malos tratos.

Se percibe diferencias en la autonomía que pueden tener las personas según el lugar donde viven, considerándose el nivel de dependencia como una limitante para la integración a diferentes actividades. Un ejemplo de ello es el medio rural donde se nota una afectación de la autonomía asociada a dificultades en la accesibilidad a la salud y a espacios recreativos, condicionados también por el factor económico.

«El estado debe comprometerse con los cuidados.

[...] ser adulto mayor no es delito, somos individuos marginados, con problemas económicos[...] no somos escuchados, las jubilaciones no alcanzan y muchos no tienen para comer

[...] Los cuidados no se dan en condiciones deseables.

[...] Malos tratos familiares, son llevados a los residenciales sin decirle la verdad

[...] Ruralidad, con problemas en acceso a la salud y escasos espacios de recreación.»

¿CÓMO VISUALIZAR LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES EN EL CUIDADO DE LAS PERSONAS A LARGO PLAZO?. ¿CÓMO SE SOSTIENEN LAS FORTALEZAS Y CÓMO SE MITIGAN LAS DEBILIDADES?

En relación a las debilidades de las PM a largo plazo se visibiliza la pérdida de algunos Centros de días afectando la red de sostén de muchas personas, así como las escasas políticas públicas

de seguimiento, fiscalización y evaluación de los centros de atención a las PM, asimismo, la falta de recursos humanos para la atención de calidad con referencia a cantidad y capacitación de los mismos, que se suma a una fragmentación del sistema sanitario.

Se evidencia que los cuidados a largo plazo no son exclusivos para las personas con mediana y severa dependencia, sino que se encuentran allí personas con dependencia leve o con autonomía conservada que por motivos de vivienda, soporte familiar o soledad entre otros viven en ELEPEM.

Por otro lado, en relación a los ELEPEM se demuestra la urgencia de control, de fiscalización y mejoras en las políticas públicas por parte del Estado.

En el medio rural, se perciben diferencias en cuanto al funcionamiento de organizaciones locales para las personas mayores, con dificultades para desarrollar determinadas estrategias por lo que la base territorial es un elemento central en relación a la política pública de los cuidados.

Los cuidados de personas mayores en espacios rurales implican considerar la forma en que se configuran las vejez y el lugar social que ocupan en estos territorios. Resulta que envejecer en el campo está marcado por la condición y posición de género, definiendo importantes diferencias en cuanto al envejecimiento activo y el cuidado (Valdés y Rebolledo, 2015; Osorio et al., 2019). A su vez se plantea como debilidad la reducción de los centros de día a causa del cierre de los mismos en los últimos años.

« Las casas de salud necesitan mayor control y preparación del personal.

[...] Los apartamentos de BPS no tienen lo necesario.

[...] Falta de fiscalización en los residenciales , no les cuentan a sus hijos, como viven, para no causar preocupación.

[...] es necesario en la dependencia la formación de los recursos, hacer hincapié en las potencialidades. [...] hay muchos prejuicios sobre la dependencia

[...] es necesario un soporte económico dado por el sistema, con soporte emocional y de salud mental.

[...] Mejorar la interacción del personal, familia y los dueños o quienes gestionan.

[...] dificultades en el transporte, se viaja con miedo, tanto para subir, como para bajar, además que no se respeta mucho el asiento.»

Como fortalezas para el desarrollo y atención de las PM a largo plazo se menciona la intervención de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), la multidisciplina e interdisciplina de los Centros de día en algunas partes del País.

En cuanto a las fortalezas de las perspectivas comunitarias, se visualiza a los espacios de articulación intergeneracional como experiencias enriquecedoras que favorecen la integración y el crecimiento de niños y adolescentes con una mirada diferente, integral e integradora hacia las personas mayores y el envejecimiento. También se menciona la importancia del rol de la academia, donde los estudiantes de distintas disciplinas se integran y aportan a estos espacios. Se destaca la importancia de las actividades que se desarrollan en los complejos habitacionales, salones comunales del BPS, donde hay grupos organizados y disponen de actividades diversas (tejido, manualidades, paseos), esto permite a las personas mayores integrarse y sentirse activos. La organización de grupos y encuentros de personas mayores, por ejemplo: el grupo de personas mayores de la memoria colectiva donde comparten recuerdos. La existencia de la cooperativa de cohabitación, proyecto que se está desarrollando en el Parque Lecocq y que contará con espacios de recreación y de cuidados.

“Hay que tener presupuestos participativos, ONG con adultos mayores, comisiones con integración de personas mayores.”

[...] retomar las organizaciones sociales, los grupos de apoyo para reactivar y reformular el SNC, ver cómo se lleva adelante y principalmente como solventarlo. »

El sostén y la inclusión digital brindada a través del Programa Ibirapitá fue fundamental para mantener la integración y participación durante la pandemia.

¿CUÁLES SON LAS PERSPECTIVAS COMUNITARIAS PARA ASEGURAR LAS CAPACIDADES DE LAS PM EN LA COMUNIDAD? ¿QUÉ ACCIONES SE PODRÍAN DESARROLLAR A NIVEL TERRITORIAL PARA MEJORAR ESAS CAPACIDADES?

Es imprescindible contar con políticas públicas con apoyo sociosanitario y económico para mejorar los cuidados brindados en todos los niveles. El sostén y la inclusión digital brindada a través del Programa Ibirapitá fue fundamental para mantener la integración y participación durante la pandemia.

En alusión a la contribución de los centros de día al Sistema de Cuidados se considera a los centros de día como estrategia comunitaria, reconociendo la necesidad de su existencia, desarrollo y la importancia de las actividades que realizan.

Poner foco en la necesidad de fortalecer vínculos familiares y apoyar a la familia desde el punto de vista de los cuidados físicos y emocionales en el ámbito domiciliario. destacando a los centros diurnos, el rol de la familia, la necesidad de convivencia, socialización y vida en comunidad. De

ello surge la imperiosa necesidad de formar cuidadores con actitudes y aptitudes para fortalecer las potencialidades. Con un trato integral y holístico enfoque que se hace extensivo al sistema de salud en general donde se necesita que la persona sea abordada como un todo.

“Importancia del sistema de cuidados , para discutir la forma y el rol de la familia, estado y valor de las personas”.

[...] Necesidad de convivencia , socializar de acuerdo a la forma habitacional, viviendo en comunidad.[...] Salir a conocer el territorio, integrando a todo el colectivo y las autoridades que ejecuten los proyectos

[...] llevar a cabo los talleres de inclusión digital.

[...] Mayor integración de los lugares de encuentro como estrategia comunitaria.

[...] Mejorar la comunicación con las PM y que sea participativa [...] Promover la comunicación positiva, como salud positiva para lo que es necesario contagiar.»

¿DE QUÉ FORMA LOS CENTROS DE DÍA CONTRIBUYEN AL SISTEMA DE CUIDADOS?

En referencia a las perspectivas comunitarias para asegurar las capacidades de las personas mayores en la comunidad, se considera como rol fundamental un mayor compromiso y escucha por parte de las autoridades del Estado, así como la integración con participación activa de la población, basada en las necesidades de las PM.

Se evidencia la necesidad de empoderar a las PM, fomentando el respeto de los derechos, que sean impulsados a través de los diferentes medios de comunicación, con una comunicación positiva con referencia al trato de las mismas.

En alusión a la contribución de los centros de día al SNIC se considera a los centros de día como estrategia comunitaria, reconociendo la necesidad de su existencia, desarrollo y la importancia de las actividades que realizan.

En cuanto a las perspectivas comunitarias para asegurar las capacidades de las PM en la comunidad se hace referencia a la necesidad del empoderamiento y la sensibilización de la sociedad en los derechos que estas tienen, asimismo, se manifiesta la necesidad de interacción entre el equipo político y la red de actores sociales para adaptar el sistema a las necesidades actuales de los grupos de interés.

También surge la necesidad de creación de espacios intergeneracionales, de intercambios de saberes que se pueden dar en los propios centros diurnos.

Funcionan actualmente alrededor de veinte centros diurnos cuya instalación fue creada en el marco del SNIC a partir del 2017 y que han sido gestionados de diversas formas, la mayoría a

través de hogares que tienen convenio con el BPS, pero también uno implementado por ASSE y otros gestionados por algunas Intendencias.

Finalmente se han propagado los servicios de compañía en sanatorios y domicilios de carácter privado. A pesar de la expansión de estos servicios en las últimas décadas, la regulación y control por parte del Estado es limitado y además deja descubierta la oferta pública.

« Potenciar los hogares diurnos y centros de día

[...] generar cooperativas de consumo de acuerdo al poder adquisitivo

[...] Apostar a espacios intergeneracionales

[...] Experiencias exitosas con escolares y liceales que hacen crecer la integración con una mirada diferente al envejecimiento.»

Síntesis del taller

En relación a la normativa y gestión

- Consolidar el SNIC y ver las estrategias para llevarlo adelante y solventarlo. Que las Instituciones fortalezcan e interactúen en el sistema de soportes para la PM: tanto BPS, MIDES, IMM (podría ser a través de un sistema de metas prestacionales o asistenciales),
- Participar a través de redes de organizaciones sociales como la Red de Municipios y Comunidades Saludables apoyando y aportando al Tercer Plan de Envejecimiento y Vejez Saludable.
- Tener en cuenta algunos ejes principales del sistema como: la universalidad, la progresividad en la implementación y acceso, articulación intersectorial y perspectiva de género y generacional.

La organización de los servicios

- Los ELEPEM deben contar con supervisión del Estado a través del organismo competente, mediante guías y protocolos predefinidos. Se proponen acciones de prevención, basadas en la capacitación del personal con entrenamiento en seguridad, prevención de accidentes, de incendios, desocupación y la acción coordinada entre los entes autónomos.
- Los Centros diurnos, es importante priorizar el rol de la familia, la necesidad de convivencia, socialización, vivir en comunidad, se consideran espacios de fortalecimiento en relación con la autonomía y su estrategia de trabajo territorial y comunitario. Los centros de día permiten asegurar a la persona, la familia y al sistema, los cuidados integrales, contribuyendo a la autonomía, manteniendo los vínculos, las pertenencias y su lugar, proporcionando apoyo a las familias cuidadoras. Por lo tanto, se propone potenciar su incremento y funcionamiento.

Los RRHH y su capacitación

- Como opciones de mejora se visualiza la imperiosa necesidad de formar al cuidador de aquellas personas con dependencia para hacer énfasis en las potencialidades y fortalezas que poseen y no solo en las debilidades.
- Continuar la capacitación tal como se presenta en el Programa Aprendizaje y Extensión de la Universidad de la República (APEX), siendo parte de la formación e interacción intergeneracional, donde un ejemplo de ello es el curso de promotores de salud.
- Otras propuestas fueron la formación y capacitación de cuidadores, ya que no se requiere solo la voluntad de cuidar sino que se debe tener conocimientos sobre cómo hacerlo, de forma tal de tratar a la PM, como un ser único e integral, enfoque que se hace extensivo al sistema de salud en general donde se necesita que la persona sea abordada como un todo.
- La necesidad de fortalecer vínculos familiares y brindar apoyo psico emocional a través de políticas públicas con apoyo social y económico.
- El desarrollo de acciones de promoción de salud y prevención para vivir más activos, asimismo, una mayor difusión de las actividades que se realizan en el territorio.
- Entre otras propuestas, se plantea la coordinación y facilitación de transporte a nivel nacional y municipal para que las personas mayores que viven solas o en soledad puedan participar de las distintas actividades recreativas.

Reflexiones

- Fortalecer al organismo rector, la institucionalidad de Inmayores, incorporando la perspectiva de derechos.
- Las PM deben priorizarse en la agenda pública redefiniendo y dinamizando el Tercer Plan de Envejecimiento y Vejez Saludable, sin posponer su puesta en práctica.
- Se recomienda una fuerte vigilancia sobre las normativas a crearse en el marco del SNIC para que sean acordes a la Convención y la perspectiva de derechos, promoviendo la autonomía de las personas mayores.
- De acuerdo con la Red Pro Cuidados el enfoque universal implica incluir nuevas necesidades de cuidado no contempladas hasta ahora por lo que establecer mecanismos de financiamiento estables y suficientes, constituye uno de los grandes desafíos.
- Promover la autonomía y el bienestar de las personas, a través de modelos de cuidados integrados socio-sanitarios-educativos, que protegen a las personas, en situación de riesgo o fragilidad.
- Corresponsabilidad que permita articular el rol de cuidados de familias, Estado, comunidad y sector privado. (Red Pro Cuidados, 2024)

- Es necesario aumentar la cobertura de los cuidados domiciliarios, para que los centros de larga estadía sólo se aboquen a los casos de dependencia severa.
- Sería muy ventajoso, poder pensar en programas de salud articulando de tal manera que se pudiera ofrecer a la población de personas mayores, planes de cuidados individualizados, desarrollados en el seno de la comunidad y brindados por equipos interdisciplinarios, con acciones dirigidas a la educación y capacitación, a partir del cuidado activo de la vida donde la persona mayor y su familia, sean los beneficiarios.
- Los problemas de pobreza o falta de vivienda se deberán resolver con medidas complementarias y no a través de la institucionalización.
- Se recomienda fortalecer y supervisar la captación y formación de los recursos humanos y materiales para cumplir con los requisitos deseables en cantidad y calidad de los cuidados de las PM.
- Sensibilizaciones y capacitaciones en la perspectiva de derechos y vejez, son recomendables en los equipos técnicos ejecutores, implementación de los servicios que no contemplan de manera integral las especificidades del cuidado en la vejez.
- Generar información , indicadores y encuestas de satisfacción (salud, dependencia, calidad de vida, discriminación, etc.)
- Ampliar el concepto de cuidado como sinónimo de atención a la dependencia, e incluir la salud mental y comunitaria.

Referencias Bibliográficas

- Acosta E, Picasso F, Perrotta V. (2018) [Envejecimiento y cuidados en Uruguay Hacia el fortalecimiento de un sistema nacional de cuidados](#). Revista Análisis y Perspectivas.Nº16.Nov.2018
- Aguirre. R.,Ferrari.F (2014) La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay. CEPAL.
- Castañeda C, Oshea G, Lozano J, Castañeda G. (2015) [Cuidados Paliativos: la opción para el adulto men edad avanzada](#).
- Ceminari Y, Stolkiner A (2018). El cuidado social y la organización social del cuidado como categorías claves para el análisis de políticas públicas. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. [\(Enlace\)](#)
- Huenchuan S (2022.). *Visión multidisciplinaria de los derechos humanos de las personas mayores* (LC/MEX/TS.2022/4), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). [\(Enlace\)](#)
- Mascheroni,P, Angulo,S.(2024) Políticas públicas del cuidado para personas mayores en zonas rurales de Uruguay. [\(Enlace\)](#)
- Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de Personas Mayores.(2016). Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2016-2019. [\(Enlace\)](#)
- Montes de Oca Zavala. V (2023). “Políticas y sistemas integrales de cuidados de largo plazo para las personas mayores: análisis de experiencias en América Latina y el Caribe”, *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2023/158), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). [\(Enlace\)](#)
- Naciones Unidas. Consejo Económico Social (2024). Seguimiento de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social y del vigésimo cuarto período extraordinario de sesiones de la Asamblea General. Promoción de sistemas de cuidados y apoyo para el desarrollo. [\(Enlace\)](#)
- Oddone, Maria Julieta (2020).El sistema de cuidados a largo plazo para personas mayores; Conferencia Interamericana de Seguridad Social. [\(Enlace\)](#)
- ONU-DH (2021). Guia para autocuidado y cuidado colectivo para personas defensoras de derechos humanos, periodistas, madres y familiares de personas desaparecidas y/o víctimas de femicidio. Iniciativa Spotlight. [\(Enlace\)](#)
- Red Pro Cuidados. (2024). [Aportes hacia la tercera etapa de implementación del SNIC 2025-2030](#)
- Unicef. Manual de Autocuidado. FUNDASIL en el marco del proyecto “Atención psicosocial a niños, niñas, adolescentes y sus familias víctimas de violencia basada en género (VBG) en el municipio de San Miguel”. [\(Enlace\)](#)

Comunidades Amigables con las Personas Mayores

| LAURA HERNÁNDEZ, ROMINA FRANCONERI Y AGUSTINA LÓPEZ¹⁰

Resumen

Diferentes estrategias planteadas a nivel de organismos mundiales y redes nacionales han generado compromisos políticos que confluyen en la necesidad de un envejecimiento activo y saludable. A nivel mundial han crecido las ciudades y comunidades que se vienen organizando para mejorar el diseño de las ciudades de forma tal de favorecer la autonomía, inclusión social, contemplando los estilos de vida y sus preferencias.

A su vez, la creación de programas locales sobre entornos amigables con las PM también benefician a la familia y la comunidad.

Metodología

Para este taller se conformaron subgrupos de trabajo en forma virtual y presencial. Luego de una presentación por integrantes de diferentes redes y la academia de contenidos teóricos sobre la temática de las Ciudades y Comunidades amigables a nivel mundial y nacional, así como el planteo de experiencias y procesos locales, se propuso reflexionar sobre el tema con preguntas guías para luego intercambiar en plenario. Resultados: Las comunidades amigables son consideradas un entorno urbano o rural que da respuesta en forma integral a las necesidades de la comunidad. Sin embargo, las condiciones actuales de las ciudades, así como determinantes socioculturales y económicos no permiten el disfrute de las mismas.

10 - Laura Hernandez. Lic Enf. Mag.Prof. Adj.FENF. UdelaR; Romina Franconeri Lic.Enf.Esp. Prof. Adj.FENF. UdelaR; Agustina López, Lic. Licenciada en Sociología, Diplomada en Políticas Culturales de Base Comunitaria y Diplomada en Políticas Públicas en Derechos Humanos.

Como fortalezas se percibe el empoderamiento de las vejeces, el compromiso y la participación activa de las personas mayores, la integración intergeneracional, el trabajo en red, el fortalecimiento de las organizaciones e instituciones involucradas en los derechos de las personas mayores. También se plantea el desarrollo de las tecnologías, los proyectos colaborativos y las políticas públicas orientadas a mejorar los servicios y los espacios públicos.

Como debilidades se percibe la discriminación hacia las personas mayores en contraposición con otros grupos etarios y dentro de las amenazas la vulnerabilidad económica.

Conclusiones: Es necesaria una visión integral en las políticas públicas, en cuanto al envejecimiento saludable y el cuidado de las personas mayores para el avance hacia comunidades amigables. Las políticas de cuidado deben contemplar las necesidades de las personas mayores, incrementando su autonomía, promoviendo la participación social y política.

La promoción de programas de fomento de Comunidades Amigables con participación social de las personas mayores es, también, herramienta para el desarrollo económico local, inclusivo y sostenible.

Justificación del tema

El Segundo Plan de Vejez y Envejecimiento diseñado para el período 2016 - 2019 plantea en su línea estratégica para el derecho a la Participación e Integración plena la Certificación de Montevideo como Ciudad Amigable con las Personas Mayores, promoviendo a su vez la certificación de otras ciudades del país (INMAYORES-UNFPA,2016).

Esta acción fue planteada por el INMAYORES en el año 2016 como estrategia para la eliminación de las barreras que impiden la participación e integración plena de las personas mayores. La iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con una perspectiva de envejecimiento activo y saludable, propone optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

A su vez, adherimos a lo planteado por la CIDH en el 2022 dónde se amplifican los términos del Derecho a la Participación de las personas mayores introduciendo la dimensión de desarrollo, vida económica y acceso a la cultura:

En estos términos, los Estados deben observar el principio de participación e integración comunitaria, por ejemplo, en la construcción de su visión de desarrollo, en la vida económica de

la sociedad, en la formulación de programas de recreación y uso del tiempo libre, entre otros (CIDH-OEA, 2022)

En el año 2020 las Naciones Unidas declaran la Década del Envejecimiento Saludable gracias a los esfuerzos de la OMS (2019) y otros compromisos políticos anteriores como el Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002). Mediante este compromiso se insta a los Estados parte a que observen con atención sus procesos demográficos y puedan diseñar respuestas a corto, mediano y largo plazo para los cambios sociales, económicos y políticos que vendrán. Se propone aunar esfuerzos entre los gobiernos centrales y locales en conjunto con la sociedad civil, los organismos internacionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas mayores así como las de sus familias y comunidades.

Esta estrategia mundial busca a su vez ajustarse a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

En una ciudad amigable con los mayores, las políticas, los servicios, los entornos y las estructuras proveen sostén y facilitan el envejecimiento activo de las personas mediante el reconocimiento de capacidades y recursos entre las personas mayores, la previsión y flexibilidad a necesidades y preferencias, fomento de la autonomía, respeto por sus decisiones y elecciones de vida, la protección de las personas más vulnerables, la promoción de su inclusión y contribución comunitaria (OMS, 2007).

El desarrollo de comunidades amigables con las personas mayores (PM) requiere de responsabilidad política, involucramiento de distintos sectores y de los grupos de interés, entendimiento de las necesidades, la planificación estratégica, la ejecución y evaluación (OPS, 2023).

En el año 2007 la OMS publica Ciudades globales amigables con los mayores: una guía, investigación realizada en 33 ciudades de 23 países a PM donde se determinan ocho ámbitos de acción desde donde las ciudades y comunidades amigables pueden contribuir a un envejecimiento saludable y activo.

IMAGEN: LOS ÁMBITOS DE ACCIONES SE PRESENTAN EN LA SIGUIENTE IMAGEN:



FUENTE: OPS (2023) PROGRAMAS NACIONALES DE CIUDADES Y COMUNIDADES AMIGABLES CON LAS PERSONAS MAYORES. UNA GUÍA.

Los ámbitos prioritarios refieren a cambiar la forma de sentir, pensar y actuar frente a las PM, también a fomentar sus capacidades, brindar una atención integrada desde el Primer Nivel de Atención (PNA), así como la atención a largo plazo a quienes lo requieran.

Coincidimos en que las acciones que se planifiquen deben considerar la equidad, el lugar donde las personas viven, su soporte familiar- comunitario, aspectos culturales, educativos, enfoques de género, derechos, diversidad e intergeneracionales. Todo ello contribuye a mantener la capacidad funcional de la PM.

Las comunidades que son amigables con las personas mayores posibilitan el envejecimiento en el propio lugar de residencia, respetan la decisión y preferencia de cada persona sobre dónde desea vivir y envejecer, permitiendo que las personas mayores permanezcan por más tiempo en sus viviendas y en sus comunidades.

Una ciudad o comunidad amigable con las personas mayores beneficia a todas las generaciones, facilita la inclusión, es un mejor lugar para vivir, crecer y envejecer. (OPS,2023). En el año 2010 la OMS estableció la Red Mundial de Ciudades y Comunidades amigables con las personas mayores.

La OMS define una ciudad saludable a aquella: “en la cual se crean, amplían y mejoran de manera constante los entornos físicos y sociales, así como los recursos de la comunidad, que permiten que las personas se apoyen mutuamente en la realización de todas las funciones de la vida y el desarrollo de su potencial máximo” (OPS,2023).

En Uruguay la estrategia de Municipios y Comunidades saludables se desarrolla en el año 1997 mediante diversas experiencias en diferentes Departamentos. Desde el año 2007 se da un nuevo impulso a esta estrategia. En el año 2019 se inician conversaciones para la creación de la Red de Municipios y Comunidades Saludables. Esta Red, conformada en 2020 en plena pandemia, está integrada por movimientos sociales, instituciones académicas, gobiernos municipales y departamentales y otros actores del territorio. La red tiene como objetivo fortalecer experiencias en el abordaje intersectorial y comunitario de los problemas de salud con énfasis en la prevención y promoción. Las experiencias de la Red MCS Uruguay están recogidas en el libro digital “Construyendo salud desde los territorios” y cinco videos cortos, realizados con apoyo de OPS (Red MCS 2021).

Las Comunidades Amigables como Políticas Públicas para repensar lo Común

Las miradas de los Ecofeminismos, como el de Raquel Gutierrez Aguiar se alinean con el enfoque de Comunidades Amigables con las Personas Mayores al proponer una visión de comunidad que pone en el centro las relaciones sociales y la cooperación como elementos fundamentales para la vida y el bienestar colectivo.

o **Pensar lo común como base para la creación de redes de apoyo intergeneracionales**

Gutierrez Aguiar describe lo común como una relación social de interdependencia y cooperación, capaz de generar una riqueza tanto material como simbólica. Este concepto es fundamental para las comunidades amigables, ya que promueven el apoyo mutuo entre generaciones, considerando que la vida humana está sostenida por relaciones sociales y no solo por el trabajo remunerado. “Lo común es una relación social multiforme que produce y sostiene riqueza material, al tiempo que recupera y amplifica capacidades políticas colectivas. Lo común como forma de garantizar reproducción simbólica y horizontes de transformación popular y comunitaria.” (Gutierrez, 2020) Para las personas mayores, esto implica reconocer su valor no solo como individuos aislados, sino como parte activa de un entramado social que depende de la cooperación y la solidaridad. En este marco, las personas mayores no solo se ven como receptoras de apoyo, sino como agentes activos en la producción social de bienestar, a través de actividades colectivas, como el ejemplo de Diputados por un Día, REDAM, ONAJPU, proyectos intergeneracionales y proyectos de impacto local.

o **La importancia de la revalorización de los espacios sociales y comunitarios más allá del trabajo remunerado**

La teoría ecofeminista cuestiona la idea de autonomía total, especialmente en una sociedad donde el valor se ha centrado en el trabajo remunerado y productivo. Esta perspectiva es fundamental para afrontar la transición demográfica y envejecimiento poblacional en las sociedades modernas, donde muchas veces se ve a las personas mayores solo como una carga económica o un gasto social. “Es imposible pensar la vida de un ser humano sin la ayuda de otro ser humano, es falsa la idea de autonomía total. Tenemos que revalorar todo el entramado de espacios sociales que sostienen la vida más allá del trabajo remunerado” (Gutiérrez, 2015).

Una comunidad amigable para personas mayores debería de reconocer que la vida no puede existir sin la ayuda mutua y que los espacios de cuidado, apoyo y solidaridad son esenciales para la reproducción de la vida. Este enfoque invita a repensar el valor del trabajo no remunerado

(como el cuidado de familiares y la participación social) y a generar entornos dónde las personas mayores puedan contribuir y participar de manera significativa en la comunidad, sin ser discriminadas o invisibilizadas.

o **Revalorar la participación comunitaria y el fortalecimiento de los lazos sociales**

El planteo que hace Aguiar sobre las acciones para la toma de las decisiones, la coordinación, la construcción y el goce a través de los conceptos de asamblea, cargo, tequio y la fiesta, tiene un gran paralelo con los principios metodológicos de las Comunidades Amigables. Estos principios subrayan la necesidad de promover espacios de participación activa dónde las personas mayores puedan influir en el diseño y las decisiones comunitarias, compartiendo sus experiencias y necesidades.

La asamblea refleja el modelo de participación activa en la toma de decisiones dentro de una comunidad. El cargo o la coordinación son las responsabilidades compartidas dentro de la comunidad, dónde las personas mayores asuman roles de liderazgo en proyectos comunitarios (como el cuidado colectivo o la gestión de actividades recreativas)

El tequio refleja el trabajo no remunerado pero esencial, como los proyectos de voluntariado, dónde las personas mayores contribuyen a la comunidad mediante actividades cotidianas.

La fiesta simboliza los espacios de goce y recreación, fundamentales para construcción de comunidades amigables que propicien el bienestar emocional y social de las personas mayores.

o **El Estado como garante de las condiciones para lo común**

Desde la perspectiva de los Derechos Humanos, Aguiar menciona que el Estado no debe imponer lo común, sino garantizar las condiciones para que las comunidades puedan generar sus propios procesos de colaboración y apoyo. Esto se traduce en que los gobiernos deben crear políticas públicas que apoyen la creación de comunidades amigables, ofreciendo recursos, infraestructura accesible y un marco normativo local que promueva el envejecimiento activo y la participación plena de las personas mayores en la vida social y comunitaria.

“Los Estados deben garantizar formas pacíficas, respetuosas y constructivas de generar lo común. Garantizar no implica imponer o ejecutar por encima de los procesos comunitarios, sino que lo que debe garantizar son las condiciones para” (Gutiérrez, 2020).

En una comunidad amigable con las personas mayores, el Estado tiene un rol crucial en facilitar la creación de estos espacios comunes y en eliminar las barreras sociales, económicas y físicas

que dificultan la participación activa de las personas mayores. Esto incluye, por ejemplo, asegurar el acceso a los servicios de transporte público, a actividades culturales, a la vivienda adaptada y a redes de apoyo social.

Metodología

Se comienza el taller con la presentación de una mesa con actores sociales de diferentes redes y de la academia sobre el tema Ciudades saludables y comunidades amigables, realizando un recorrido histórico de los compromisos planteados a nivel nacional y mundial, destacando su importancia en la incorporación a la agenda del Tercer Plan nacional de vejez y envejecimiento. A su vez, cómo se han ido consolidando y funcionando la Red mundial de Ciudades y Comunidades amigables con las PM y la Red de Municipios y Comunidades amigables en Uruguay. A continuación, se presentaron experiencias y procesos locales.

Posteriormente, se conformaron subgrupos de trabajo presenciales y virtuales para el trabajo en taller, utilizando preguntas guías para reflexionar sobre los diferentes ámbitos de acción en las ciudades amigables. Finalmente, se presentó en plenario todas las reflexiones grupales.

Discusiones

A la hora de definir qué era una Comunidad Amigable para las Personas Mayores, surge la idea de un entorno urbano o rural que responda de manera integral a las necesidades físicas, emocionales, sociales y culturales de la población, fomentando su participación activa en la comunidad y promoviendo su bienestar y calidad de vida.

A continuación, se detallan algunos aspectos clave que surgen de la discusión en los subgrupos de trabajo en torno a la primera pregunta: ¿Qué significa para ustedes Comunidades Amigables?

Accesibilidad (física y en transporte)

Infraestructura adaptada: rampas, puentes, veredas y caminos sin obstáculos que permitan la movilidad libre y segura para las personas mayores.

Accesibilidad en el transporte: transporte público accesible, con vehículos adaptados para sillas de ruedas y paradas adecuadas. Esto es crucial para garantizar la autonomía y la participación activa en la vida comunitaria.

Seguridad

Seguridad en el entorno: entornos cuidados, iluminación adecuada y medidas que minimicen riesgos. La seguridad es una prioridad básica para las personas mayores, quienes pueden ser más vulnerables a accidentes o delitos.

Bienestar y convivencia social

Espacios recreativos y culturales: acceso a actividades que promuevan el bienestar físico y emocional como parques, eventos culturales, centros comunitarios y actividades recreativas adaptadas a sus necesidades. Grupos de contención emocional y participación colectiva: la posibilidad de compartir y conectarse con otros, formar grupos de apoyo y participar activamente en la comunidad, contribuye el bienestar psicológico y reduce el aislamiento social.

Salud y Derechos

Accesibilidad a la salud: acceso a la atención adecuada, servicios de salud accesibles y respetuosos de los derechos de las personas mayores.

La salud es un pilar esencial para una vida digna y activa, y debe garantizarse el acceso a los servicios médicos y preventivos en coordinación con otras áreas estatales.

Tenencia responsable de animales

La convivencia con mascotas: las personas mayores a menudo se benefician emocionalmente de la compañía de animales y fomentar la tenencia responsable ayuda a mejorar su bienestar afectivo.

Limpieza e iluminación

Condiciones en entornos físicos: calles y espacios públicos limpios y bien iluminados no solo mejoran la estética, sino que también tiene un impacto directo en la seguridad y la accesibilidad, propiciando una mayor apropiación del espacio por parte de las personas.

Subsidio y Apoyo económico

Subsidios para productos básicos: ayudas económicas para productos de alimentación, higiene y otros productos esenciales permiten que las personas mayores puedan vivir de manera más independiente y aliviar cargas económicas.

Urbanización inclusiva

Diseño urbano que responde a las necesidades de las personas mayores. El diseño del barrio o la comunidad debe ser inclusivo, teniendo en cuenta las necesidades de las personas mayores desde un enfoque participativo. Espacios de encuentro, zonas verdes y accesibilidad son fundamentales.

Felicidad y sentimiento de inclusión

“Sentir que es un lugar dónde puedo ser feliz”: un entorno dónde las personas mayores se sientan valoradas, integradas y respetadas por la comunidad, y dónde puedan disfrutar de relaciones sociales y afectivas. Este aspecto contribuye a la salud mental y emocional.

La siguiente pregunta orientadora hizo referencia a: ¿Qué experiencias identifican como dificultades y fortalezas relacionadas a las Comunidades Amigables?

Teniendo en cuenta algunos de los ámbitos de acción en las ciudades amigables que aparecen ilustrados en los pétalos de la flor de la propuesta de la OMS

Fortalezas

Iniciativas y proyectos existentes

La Red de Comunidades Amigables ya tiene antecedentes en el país y desde hace unos años hasta la fecha ya han surgido algunos proyectos los cuales se pueden observar para replicar en otros territorios.

Policlínicas Barriales como centros para articular con otros actores: Espacios dónde se puedan coordinar acciones entre diferentes sectores para atender las necesidades de las personas mayores. Ganas de las personas mayores cuando están las condiciones para trabajar: hay disposición para participar activamente cuando las condiciones son apropiadas. Experiencias locales (Canelones, Durazno, Lavalleja) con Ediles por un Día y experiencia de Personas Mayores Diputados por un Día como ejemplos exitosos de participación activa de personas mayores haciendo oír su voz en los espacios políticos institucionales.

Fortalecimiento de las organizaciones que nuclean personas mayores: Instituciones como ONAJPU, REDAM, UNI3, CICAM que están activamente involucradas en la promoción de los derechos de las personas mayores. Acceso a la cultura: Bibliotecas Municipales y concursos de cuentos (ej. ofrecen acceso a la cultura, lo que favorece la participación social y la salud mental.

Políticas Públicas: el Estado ha suscrito a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, lo cual crea un marco legal y de derechos. Cambio cultural hacia la integración intergeneracional: integración intergeneracional donde se valora el rol de los abuelos y la relación entre los jóvenes y las personas mayores como un recurso fundamental para la comunidad.

Redes y participación social

Redes de vecinos, vecinas y comunidades. Existen comunidades con redes vecinales activas que son una base sólida para el cambio social.

Empoderamiento de las vejeces: el cambio de paradigma sobre vejez fortalece la capacidad de decidir y participar activamente en su comunidad, lo cual potencia su protagonismo en la construcción de los propios derechos.

La importancia de los DDHH: el respeto y promoción de los Derechos Humanos de las personas mayores están garantizados por las políticas públicas, como la Convención Internacional.

Infraestructura y accesibilidad

Fortalezas en la accesibilidad en los espacios públicos en Montevideo: plazas y espacios públicos con enfoque de género y generaciones. Experiencias a replicar en otros territorios.

Proceso de inclusión digital de personas mayores como una herramienta para fortalecer la participación social y la comunicación.

Oportunidades

Innovación y proyectos colaborativos

Las Policlínicas Barriales como oportunidad de generar espacios más amplios para la participación de las personas mayores, más allá de la asistencia médica.

Formación de profesionales para colaborar con la implementación de acciones, como facultad de Arquitectura, Diseño, Ingeniería que puedan aportar soluciones innovadoras e inclusivas en los territorios.

Lo interinstitucional y multidisciplinario: la posibilidad de crear proyectos más integrales que involucren diversas instituciones, actores sociales y comunidades.

Desarrollo de tecnologías y TIC

La oportunidad de las TIC para compartir experiencias; uso de tecnologías para conectar a las personas mayores, difundir experiencias y fomentar la participación

Mejorar las políticas que ya hay sobre accesibilidad dispositivos y capacitaciones en su uso para todo el país.

Cambio cultural y sensibilización

Campañas de sensibilización para cambiar actitudes hacia las personas mayores y reducir el edadismo (discriminación por edad).

CAMBIO CULTURAL HACIA LA INTEGRACIÓN INTERGENERACIONAL: fomentar la interacción entre jóvenes y personas mayores como forma de enriquecer y promover la solidaridad intergeneracional. Cambio del modelo asistencialista a modelos de agenciamiento: promover un cambio de enfoque en el desarrollo de las personas mayores, pasando de la asistencia a la promoción de autonomía y protagonismo.

Políticas Públicas y Participación

POLÍTICAS PÚBLICAS ORIENTADAS A LA MEJORA DE ESPACIOS Y SERVICIOS: existen oportunidades para mejorar los espacios públicos y garantizar su accesibilidad para las personas mayores. Diagnósticos y propuestas desde los barrios y los territorios: recoger las necesidades y propuestas de las personas mayores mediante herramientas como los Ediles y Diputados por un día.

MAYOR ESCUCHA Y PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES: generar espacios de escucha activa para las personas mayores en las políticas públicas y en la toma de decisiones. Programa Nacional de Voluntariado: retomar el Programa de Voluntariado que llevaba adelante el Ministerio de Desarrollo Social en articulación con otros organismos estatales para potenciar el activismo entre las personas mayores así como el activismo intergeneracional con enfoque en acciones comunitarias.

Redes intergeneracionales y colaboración

EL EJEMPLO DEL TRABAJO INTERGENERACIONAL DE JÓVENES CON VOZ/S: Generar proyectos intergeneracionales que favorezcan el diálogo y la colaboración entre personas mayores y jóvenes, y que permitan que los jóvenes también tengan voz en la toma de decisiones que les afectan.

SOLEDADES Y REDES DE APOYO: Abordar el problema de la soledad de las personas mayores a través de redes sociales y comunitarias de apoyo, especialmente a través de proyectos intergeneracionales.

LA IMPORTANCIA DE LOS VÍNCULOS HUMANOS Y FRATERNOS: Fomentar las redes afectivas y comunitarias, promoviendo la amistad, el apoyo mutuo y la integración social.

Debilidades

Falta de infraestructura y planificación adecuada

DISEÑO URBANO POCO INCLUSIVO: Las ciudades suelen ser diseñadas pensando en los autos y no en las personas, lo que dificulta la accesibilidad y la inclusión de las personas mayores en la vida urbana.

SEGREGACIÓN EN EL DISEÑO URBANO: La falta de planificación intergeneracional limita la integración de personas mayores con otros grupos generacionales, contribuyendo a su aislamiento social.

Condiciones sociales desfavorables

DISCRIMINACIÓN Y VISIÓN NEGATIVA DE LA VEJEZ: La vejez es frecuentemente vista como un “gasto social”, lo que margina el valor y los derechos de las personas mayores y contribuye a su invisibilidad social.

DESIGUALDAD EN EL ACCESO A RECURSOS: La contraposición entre los derechos de las personas mayores y otros grupos sociales (como los niños y adolescentes) puede generar conflictos en la asignación de recursos.

Falta de redes de apoyo y participación activa

POCA PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES: La baja participación de las personas mayores en las actividades comunitarias y en la toma de decisiones limita su capacidad de influir en el diseño de las comunidades amigables.

FALTA DE APOYO Y RECURSOS PARA EL VOLUNTARIADO: La pérdida de programas como el Programa Nacional de Voluntariado ha debilitado las redes de apoyo comunitarias que acompañaban las propuestas y acciones en favor de las personas mayores.

Déficit de políticas públicas

CARENCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS ADECUADAS PARA LA VEJEZ: La falta de políticas públicas que integren una perspectiva de envejecimiento activa y el cuidado de las personas mayores impide la creación de una infraestructura adecuada para el bienestar y la participación de este grupo.

A su vez surgen algunas amenazas

Falta de infraestructura y accesibilidad

MOVILIDAD Y TRANSPORTE URBANO: Insuficiencia de transporte público, especialmente en áreas periféricas e interior. Los servicios son limitados, costosos y poco accesibles para las personas mayores, lo que genera gastos adicionales (por ejemplo, en taxis para acceder a la cultura y otros espacios).

CONDICIONES URBANÍSTICAS DEFICIENTES: Veredas en mal estado o inexistentes, falta de rampas y obstáculos en las vías (como mercancías de los comercios) que dificultan el desplazamiento de las personas mayores.

VIVIENDAS INADECUADAS EN EL BPS: Las viviendas del BPS son construcciones antiguas, con espacios comunes infrautilizados y aislamiento dentro de los complejos.

Desigualdad económica y social

VULNERABILIDAD ECONÓMICA DE LAS PERSONAS MAYORES: Muchas personas mayores, especialmente mujeres, son el único ingreso fijo en familias vulnerables, lo que incrementa su dependencia económica y limita su participación social. El alto consumo de noticias negativas genera miedo y ansiedad, acentuando la sensación de vulnerabilidad.

TRABAJO NO REMUNERADO: Muchas personas mayores asumen tareas de cuidado no remunerado (como el cuidado de niños y otros familiares), lo que limita su capacidad de participar y desarrollarse, o por el contrario fortalece sus vínculos.

Aislamiento social y falta de participación

AISLAMIENTO Y BAJA PARTICIPACIÓN EN LA COMUNIDAD: Las personas mayores enfrentan dificultades para participar en actividades sociales debido a la falta de accesibilidad, la percepción de aislamiento y el impacto de la pandemia.

SEGREGACIÓN INTERGENERACIONAL: La separación por grupos etarios en la sociedad limita la creación de redes intergeneracionales que promuevan una ciudad amigable para las personas mayores.

Falta de coordinación y debilidad institucional

CARENCIA DE REFERENTES INSTITUCIONALES Y COORDINACIÓN: La ausencia de organismos específicos para la vejez, como referentes de INMAYORES o Secretarías de Personas Mayores en muchos territorios, debilita la coordinación y la integración de políticas públicas con perspectiva de envejecimiento.

INESTABILIDAD ADMINISTRATIVA: Cambios en las administraciones interrumpen procesos y dificultan la continuidad de las políticas previas, afectando la implementación efectiva de programas y proyectos.

Deficiencias en las políticas públicas

FALTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS INTEGRALES: La falta de una visión integral en las políticas públicas, especialmente en lo relacionado al envejecimiento y el cuidado, limita el avance hacia comunidades amigables. Las políticas de cuidado no contemplan adecuadamente las necesidades de las personas mayores, incrementando su dependencia y limitando su participación social y política.

Impacto negativo de los medios de comunicación

MIEDO Y ANSIEDAD GENERADOS POR LOS MEDIOS: La constante exposición a noticias negativas en los medios de comunicación alimenta el miedo y la ansiedad en las personas mayores, contribuyendo a su aislamiento.

Finalmente se planteó la siguiente pregunta: ¿Qué sueños comunitarios o propuestas tienen? ¿Cómo se podrían lograr?

1. Espacios culturales y recreativos

Centros culturales con perspectiva para las personas mayores:

Espacios dedicados a la recreación, gimnasia, arte, y otras actividades que promuevan el bienestar y la participación activa de las personas mayores.

Un lugar común para el encuentro y la convivencia intergeneracional, donde las personas mayores puedan compartir y disfrutar de actividades culturales.

Proyecto Vamos a la Playa: Iniciativa orientada a facilitar el acceso a la playa y el disfrute del aire libre para las personas mayores, promoviendo la socialización y la recreación

2. Proyectos de autosostenibilidad y colaboración comunitaria

Huertas comunitarias: Creación de huertas urbanas o rurales gestionadas de manera comunitaria, que fomenten la producción local de alimentos y el fortalecimiento de redes sociales entre vecinos.

Vivienda colaborativa para envejecer en comunidad: Un proyecto donde un grupo de personas mayores (como el colectivo de Mujeres con Historia) trabaja en la creación de un espacio común para vivir en comunidad. La idea es compartir espacios comunes y no ser propietarios individuales, sino tener una modalidad de traspaso que permita la movilidad y la integración de nuevas personas.

3. Accesibilidad y adaptación del entorno urbano

Reparación de ascensores en edificios: Mejoras en la accesibilidad de edificios, especialmente aquellos donde residen personas mayores, como la reparación y adaptación de ascensores para garantizar la movilidad dentro de los edificios.

Reflexiones (propuestas para el Tercer Plan)

Se requiere profundizar en los compromisos políticos asumidos para el envejecimiento saludable, con la participación de redes de intercambio con las PM, la sociedad civil, gobierno nacional y departamental.

Mejorar los entornos saludables teniendo en cuenta las diferentes capacidades físicas, sociales y psíquicas de las PM, con recursos humanos capacitados para la atención de estas personas para promover su autonomía en el disfrute de los diferentes espacios.

Promover enfoque de género, generaciones y discapacidad en los diferentes ámbitos de trabajo fomentando acciones para el cuidado del envejecimiento en comunidades amigables. Generar políticas públicas de inclusión intergeneracional, familiar y comunitarias donde se valoren los aportes de todos y las PM se visualicen como personas de derecho, se sientan valoradas, puedan tener participación comunitaria, accesibilidad a actividades recreativas, y autonomía en la toma de decisiones.

Bibliografía

- CIDH - OEA (2022). Derechos humanos de las personas mayores y sistemas nacionales de protección en las Américas. P. 100
- Gutiérrez Aguilar, R. (2015). Lo común y el ecofeminismo: Teoría y práctica en el contexto latinoamericano. Editorial Universitaria.
- Gutiérrez Aguilar, R. (2020). Entramados comunitarios y formas de lo político. Conferencia en el seminario intensivo sobre Sociología, Facultad de Sociología.
- INMAYORES - UNFPA (2016). Segundo Plan de Envejecimiento y Vejez 2016-2019.
- OMD (2022). Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030. [\(Enlace\)](#)
- Organización Mundial de la Salud.(2007). Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía. [\(Enlace\)](#)
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Programas nacionales de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores. Una guía. [\(Enlace\)](#)
- Red de Municipios y Comunidades amigables (2024) Sobre la Red de Municipios y Comunidades amigables. [\(Enlace\)](#)
- Red MCS (2021) Red de Municipios y comunidades saludables - Construyendo salud desde los territorios - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [\(Enlace\)](#)
- Red MCS (2021a) Videos de presentación de la Red MCS Uruguay. Red de Municipios y Comunidades Saludables [\(Enlace\)](#) | Organización de Personas Mayores, José Pedro Charlo Filipovich. [\(Enlace\)](#)

Género y personas mayores

| Agustina López¹¹

Resumen

La forma en la que envejecemos depende de una multiplicidad de factores relacionados con la trayectoria vital, el momento socio histórico y el territorio donde habitamos. Sabemos que Uruguay es uno de los países más envejecidos de América Latina y el Caribe (16% según datos preliminares del censo 2023) siendo la mayoría mujeres. La feminización del envejecimiento así como la doble discriminación que viven las mujeres viejas (por género y por edad) hace que sea necesario poder pensar esta etapa vital desde una perspectiva feminista.

Por las características del curso decidimos focalizar en algunos aspectos relacionados con el cuidado y las trayectorias vitales, sin que ello implicara minimizar o desconocer las interseccionalidades en juego (étnicas, económicas, educativas etc)

Justificación de la temática

Desde sus comienzos el movimiento feminista invita a cuestionar lo naturalizado. De las calles se mete en la academia e invita a “cambiarlo todo”. Colacci y Fillipi (2020) tomando a Rosemberg (1996) plantean que “el concepto de género, a pesar de haber sido elaborado como herramienta política por la teoría feminista, anula al sujeto político del feminismo, entendido como agente de acciones públicas colectivas” (p.28) y es por ello que las autoras optan por hablar de feminismos y no de género. En lo que refiere al curso, si bien usamos el término género esto se relaciona más a las resistencias que el “feminismo” encuentra (como término, no como movimiento).

11 - Agustina López, Lic. en Sociología, Diplomada en Políticas Culturales de Base Comunitaria y Diplomada en Políticas Públicas en Derechos Humanos.

Por otro lado, en el intento de generar concordancia y seguimiento con el Segundo Plan de Vejez y Envejecimiento (2019-2021) reivindicamos la importancia de incorporar de manera enfática la perspectiva de género como herramienta para la comprensión y el abordaje de la vejez. Al analizar la distribución de la población por sexo de nuestro país, resulta que seis de cada diez personas mayores son mujeres. Esto revela un predominio femenino en la población mayor, siendo el índice de feminidad de 151. En otras palabras, hay 1,5 mujeres mayores por cada varón mayor. Y si observamos el segmento de población mayores a 85 años, se identifica que siete de cada diez personas mayores de 85 años en Uruguay son mujeres.¹² (INMAYORES, 2019) Esta realidad enfrenta a las mujeres mayores a una serie de desafíos particulares que deben ser abordados desde una perspectiva interseccional.

Este es un fenómeno observado y abordado a nivel internacional y reflejado en la creación de los instrumentos de derechos. La Convención Interamericana para la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, respalda en su preámbulo, “la incorporación de la perspectiva de género en todas las políticas y programas dirigidos a hacer efectivos los derechos de las personas mayores, destacando la necesidad de eliminar toda forma de discriminación”¹³ (OEA, 2015).

La perspectiva de equidad e igualdad de género es uno de los principios que se destaca en el Artículo 3, Capítulo II de la misma, sobre los principios generales. A su vez se destaca en el Artículo 5: Igualdad y no discriminación por razones de edad; Artículo 9: derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia y en el Artículo 12: Derechos de las personas mayores que recibe servicios de cuidado a largo plazo.

Género y vejez: una doble discriminación

La doble discriminación que enfrentan las mujeres mayores ha sido ampliamente documentada por la perspectiva feminista. Autoras como Boris (2006) y Rosemberg (1996) plantean que la vejez femenina no sólo está marcada por el proceso de envejecimiento biológico, sino que también se encuentra impregnada por las construcciones culturales de género. La feminización de la vejez en Uruguay no se puede comprender sin considerar el trasfondo de un sistema patriarcal que asigna a las mujeres roles subalternos, tanto en la juventud como en la vejez, relegándolas a una posición de dependencia o invisibilidad social.

12 - INMAYORES. (2016). Segundo Plan de Vejez y Envejecimiento 2016-2020. Ministerio de Desarrollo Social (Mides), Instituto Nacional de las Personas Mayores (INMAYORES). [Mides](#)

13 - Organización de los Estados Americanos (OEA). (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. <http://www.oas.org>

Las percepciones sociales sobre la vejez, en un mundo que premia a la juventud y la productividad, genera mecanismos de exclusión en las personas mayores y en especial en las mujeres. Esta invisibilización y desvalorización se exagera cuando se suman factores como la pobreza, la falta de acceso a educación de calidad o la discriminación económica. Este proceso se ve reflejado en las políticas públicas que no siempre toman en cuenta las necesidades específicas de las mujeres mayores, especialmente relacionadas con la redistribución de los cuidados y la violencia estructural que atraviesan.

En términos de acceso a derechos y servicios, las mujeres mayores en Uruguay enfrentan obstáculos significativos debido a su mayor expectativa de vida, lo que incrementa su necesidad de atención, especialmente en el ámbito de la salud y el cuidado a largo plazo (Aguirre - Scavino; 2017)¹⁴.

Cuidado y la redistribución de responsabilidades

La cuestión de los cuidados es central para comprender la experiencia de las mujeres mayores en Uruguay. La feminización de los cuidados, entendido como un conjunto de actividades que implican atención, afecto y sostén físico y emocional, se ha visto históricamente como una responsabilidad intrínsecamente femenina¹⁵ (Federici, 2012). Este modelo ha sido sostenido por una concepción patriarcal del trabajo doméstico y del cuidado informal, que recae principalmente sobre las mujeres, ya sea en su rol de madres, esposas o cuidadoras informales de otras personas mayores¹⁶ (Segato, 2016).

En Uruguay, “Las mujeres mayores participan más en el trabajo no pago y le dedican más tiempo que los varones mayores. Esto muestra una vejez “activa”, en la que se reproducen desigualdades de género en la división sexual del trabajo” (Aguirre - Scavino, 2017:138).

Las teóricas uruguayas, Aguirre y Scavino, enfatizan la necesidad urgente de abordar la redistribución de los cuidados como un eje fundamental para lograr la igualdad de género, destacando que las políticas de cuidado deben ir más allá de la protección asistencial y hacia una transformación estructural que incluya la autonomía de las mujeres mayores en sus decisiones sobre el tipo de cuidado que desean recibir, así como la promoción de espacios comunitarios que promuevan la participación activa de las personas mayores en las dinámicas de cuidado.

14 - Aguirre, R. - Scavino, S. (2017)

15 - Federici, S. (2012). El patriarcado del salario: Críticas feministas al estado del bienestar. Traficantes de sueños.

16 - Segato, R. (2016). Las estructuras elementales de la violencia. Editorial Siglo XXI.

Violencia Basada en Género (VBG) y las Vejeces Femeninas

En la publicación “Vejez de las Mujeres”, el análisis de Aguirre y Scavino sobre la VBG se conecta estrechamente con las perspectivas feministas que han identificado a la violencia estructural como una de las principales causas de desigualdad y sufrimiento para las mujeres mayores. La violencia de género se expresa de muchas formas en la vejez y no siempre es reconocida ni tampoco existen mecanismos específicos de denuncia. Las autoras subrayan que las mujeres mayores enfrentan situaciones de violencia psicológica, económica y patrimonial, las cuales a menudo pasan desapercibidas debido a la invisibilidad social de las personas mayores y la normalización de estas formas de abuso dentro del hogar (Aguirre - Scavino, 2017:52).

En el marco de la violencia intrafamiliar, las mujeres mayores pueden ser víctimas de aislamiento forzado, de un control sobre su autonomía y recursos, y de una desprotección institucional. Este tipo de violencia es particularmente grave porque muchas veces las mujeres mayores no tienen acceso a mecanismos de denuncia o redes de apoyo eficaces¹⁷ (Segato, 2016).

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015), citada en el análisis, establece claramente que las personas mayores tienen el derecho a vivir sin violencia y a disfrutar de una vida digna en todas las etapas de su existencia. Sin embargo, en el contexto de Uruguay, este derecho se ve comprometido por falta de políticas públicas que garanticen la protección efectiva y la reparación de las mujeres mayores que sufren violencia. Aguirre y Scavino defienden que la violencia de género en la vejez debe ser abordada no solo desde la perspectiva de los derechos humanos, sino también desde la prevención y la sensibilización de la sociedad en su conjunto, para evitar que las mujeres mayores queden expuestas a la violencia en el seno de sus hogares.

Ante este diagnóstico y exposición de la realidad de las mujeres viejas de nuestro país, el taller de “Género y Vejez” estuvo orientado hacia estas dos temáticas con el fin de recabar impresiones, percepciones y experiencias de las personas participantes, así como de los representantes de distintas instituciones y organizaciones de la sociedad civil. El objetivo principal fue el intercambio y la problematización, para en el propio proceso poder identificar estrategias de protección que puedan servir como insumos para un futuro Plan de Vejez y Envejecimiento.

17 - Segato, R. (2016). Las estructuras elementales de la violencia. Editorial Siglo XXI.

Metodología de Trabajo

A partir de la proyección de un video elaborado conjuntamente con las personas mayores que participan de la Unidad Académica Temática Ciclo de vida y comunidad – vejez trabajamos en formato taller, con preguntas disparadoras:

Sobre Cuidados

Cuándo cuentan sus experiencias en relación a la distribución de las tareas en el hogar, ¿se pueden identificar distintas formas? ¿Cómo se relacionan esas formas con los roles de género? ¿Esto se puede modificar en el curso de la vida?

Sobre VBG

¿Qué situaciones de violencia basada en género identifica en las entrevistas? las situaciones de violencia ¿se expresan diferente en el transcurso del ciclo vital? ¿Cuáles son los factores protectores ante las situaciones de VBG?

Discusiones

El primer grupo de preguntas estaba orientada hacia los cuidados y la distribución de los mismos. Surgen tres dimensiones: la distribución de tareas domésticas y de cuidados dentro de la pareja, la distribución de tareas domésticas y de cuidado en la familia extendida y por último los cuidados hacia las propias personas mayores.

En relación a la primera dimensión; sobre *las formas de distribución de las tareas domésticas y de cuidado dentro de la pareja*, en base a las experiencias compartidas, las reflexiones nos permiten identificar al menos tres modelos con características distintas que las personas mayores observan.

- o Modelo tradicional patriarcal donde el hombre se identifica como el proveedor y la mujer se encarga de las tareas del hogar, siguiendo roles de género muy marcados y desiguales.

- **Reflexiones clave:** “Sistema de roles de géneros muy tradicionales y machistas donde el hombre era el proveedor y la mujer encargada de hacer las tareas del hogar.” “Se percibe que un modelo patriarcal todavía muy dominante.”

- o Modelo de transición o cambio donde se identifican con roles compartidos, pero desigualdad persistente. Las tareas se distribuyen de manera más compartida, pero aún persisten roles tradicionales en algunas tareas (como las de mayor fuerza física). En este modelo, a veces se habla de “ayuda” o “colaboración” en lugar de compartir equitativamente.

- **Reflexiones clave:** “Se observa que hay una distribución de las tareas del hogar, pero con roles marcados asociados a distintos tipos de tareas (de más fuerza).” “Un modelo que intenta cambiar pero todavía tiene elementos del anterior. ‘Ayuda,’ ‘colabora.’” “Modificar los comportamientos estructurados exige mucho diálogo y toma de conciencia por ambas partes.”

- o Modelo equitativo y compartido donde las tareas del hogar son compartidas de manera equitativa entre ambos miembros de la pareja, sin distinción de roles según género. La idea es que las tareas se realicen en conjunto, buscando una distribución justa.

- **Reflexiones clave:** “Reconocimiento de que las tareas deberían de realizarse en conjunto y que no tendría por qué haber una diferencia en los roles y las tareas por el género.” “Se identifican experiencias y discursos de actividades tanto productivas como reproductivas compartidas dentro de la pareja.” “Dinámicas compartidas con su pareja, complementa su vida cotidiana hogareña con la vida comunitaria y las actividades.”

Estos tres modelos dan cuenta de la evolución desde un sistema patriarcal tradicional y sus transformaciones hacia uno más igualitario y cooperativo, pasando por momentos de transición donde si bien los roles empiezan a cuestionarse, siguen presentes en la dinámica cotidiana y su alteración requiere de procesos de diálogo profundo.

En segundo lugar, surgieron de las personas participantes, reflexiones no sólo en relación a la pareja sino también *problemáticas que se identifican en los vínculos intrafamiliares más extendidos, sobre todo en relación a los hijos y las tareas domésticas y de cuidados.*

De la discusión en los subgrupos surgen algunos aportes que subrayan cómo las **dificultades económicas, la coyuntura histórica y las restricciones sociales** afectan las decisiones de las mujeres mayores en relación a las dinámicas familiares.

Se señala la precarización de la vida de las familias y la economía como un factor de opresión de género al producirse conflictos en el contexto de las relaciones familiares debido a las tensiones entre la responsabilidad de cuidado, la falta de recursos económicos y la autonomía de las mujeres.

Se señalan dos fenómenos distintos que convergen en las mismas problemáticas de convivencia. Por un lado, la dependencia económica de las mujeres mayores como consecuencia de una historia de desigualdad de género, marcado por su acceso limitado a los recursos económicos a lo largo de sus vidas. Durante gran parte del siglo XX y en muchas partes del mundo, las mujeres fueron socializadas para cumplir las expectativas sociales de ser madres y cuidadoras, relegando su educación. Simone de Beauvoir en *El Segundo Sexo* (1949), señalaba que la educación de las mujeres siempre estuvo subordinada a sus roles en la familia, y cualquier intento de las mujeres de seguir sus propios intereses educativos era visto con desconfianza, ya que desafiaba las expectativas de sacrificio y abnegación hacia el hogar y los hijos.

- o Reflexiones clave: Es necesario analizar la vida de las mujeres mayores hoy, en relación a la coyuntura histórica de su curso de vida. ¿Cómo serían juzgadas estas mujeres en sus época de juventud si dejaban a sus hijos para salir a estudiar. ¿Tenían posibilidades económicas para salir a estudiar?

Esta desigualdad se acumula con el paso del tiempo, dejándolas en una situación de dependencia económica, especialmente cuando ya no pueden acceder al trabajo o por la precarización laboral que han experimentado en su curso de vida.

Por otro lado, se identifica que las modificaciones en las dinámicas familiares ante las crisis económicas tienen un impacto directo en las mujeres mayores que a menudo tienen que adaptarse a nuevas configuraciones familiares para poder sostener la vida. Estas exigencias familiares pueden llevar a una pérdida de autonomía y a un aumento de la dependencia de los recursos familiares. Se observa una tensión entre la necesidad de afectos y cuidados y la preservación de su independencia.

- o Reflexiones clave: “Hijos que se van, hijos que vuelven por situaciones familiares e implica una readaptación. El equilibrio entre necesitar afectos y cuidados y la independencia.”

Relacionado a esto, surge también de la discusión, la necesidad de poner límites a las tareas del cuidado para respetar así la autonomía de las personas mayores. Se observa como un lugar de tensión entre la autonomía individual y las expectativas familiares y sociales sobre los roles de cuidado.

A partir de estas reflexiones se considera fundamental reconocer y repensar las estructuras familiares y económicas que colocan a las mujeres mayores en una situación de doble carga: por un lado el trabajo económico no remunerado y por otro, la dependencia económica y emocional de los demás.

Finalmente, en relación a los cuidados surge la reflexión sobre la soledad no deseada y el deseo de la soledad orientada hacia la autonomía de las mujeres mayores dentro de sus familias. Desde una perspectiva feminista se critica como las estructuras patriarcales históricamente han desvalorizado la autonomía emocional y física de las mujeres. La soledad elegida puede convertirse en un camino hacia la recuperación de la independencia, como un acto consciente de resistencia a los roles de cuidados impuestos por la sociedad patriarcal.

La tercera dimensión que se puede identificar, en base a las reflexiones en los subgrupos, está relacionada con *las formas en que las mujeres mayores observan sus propios cuidados*.

Por un lado la preocupación por vivir en un Establecimiento de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM) que viene de preconceptos dónde los sistemas de cuidado institucionalizados no siempre respetan la autonomía y el deseo de independencia de las mujeres mayores. Desde la perspectiva feminista se critica cómo estas instituciones y los sistemas de cuidado han sido diseñados desde una visión patriarcal que replican las estructuras de dependencia (Connell:2009)¹⁸. Las instituciones de cuidados muchas veces están pensadas más en términos de eficiencia y gestión del espacio y los recursos, que en la calidad de vida y bienestar de los individuos.

Autoras como Bell Hooks, en Todos sobre el amor, defienden la necesidad de repensar los espacios en los que se dan los cuidados, haciéndolos más inclusivos, amorosos y empáticos (Hooks:2000)¹⁹.

En segundo lugar, surge la preocupación por el deterioro cognitivo y situación de dependencia. Este es un tema clave en el debate sobre el envejecimiento, los cuidados y la distribución social de los mismos. El deterioro cognitivo, que incluye condiciones como la demencia o el Alzheimer y la situación de dependencia que las mismas acarrearán, tiene implicaciones profundas tanto a nivel personal, en la familia y en la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que el número de personas con demencia se duplicará en los próximos 30 años, lo que representa un desafío para los sistemas de salud y cuidado²⁰.

La dependencia, que puede surgir por diferentes condiciones de salud, no solo se refiere a la incapacidad física o psicológica sino también a las implicaciones sociales y económicas de necesitar asistencia para llevar adelante las tareas cotidianas. Desde una perspectiva feminista y sociológica, la dependencia es también una construcción social que responde a normas de género, dónde las

18 - Connell, R. (2006). Masculinidades (M. A. Rodríguez, Trad.). Ediciones Cátedra.

19 - Hooks, B. (2000). Todo sobre el amor: Nuevas perspectivas. Editorial Kairos.

20 - OMS ver en: ([Enlace](#))

mujeres son las que más frecuentemente asumen los roles de cuidado. Como ya hemos señalado, esto genera una doble sobrecarga en las mujeres viejas ya que son las que muchas veces asumen los cuidados de otras personas (infancias y también personas mayores) sin el apoyo adecuado tanto en términos de reconocimiento social y económico.

Finalmente y atravesando las tres dimensiones surge de las discusiones la interrogante del rol de la comunidad en los cuidados. La atomización e individuación de la sociedad contemporánea aísla a las personas dejando de lado el ámbito comunitario para la reproducción y sostén de la vida. Generar un cambio cultural de entendimiento de los cuidados es clave para poder transformar su distribución. Desarmar la idea de cuidado como una responsabilidad individual y empezar a problematizar las como una tarea colectiva, que debe ser distribuida y apoyada por la comunidad, lo cual contribuye a una organización social más equitativa, inclusiva y sostenible.

Las teorías ecofeministas promueven la creación de redes comunitarias solidarias, donde el cuidado de las personas, las relaciones interpersonales y la atención al entorno natural son clave en el proceso de transformación de las estructuras sociales y políticas para que las tareas de cuidado no recaigan de manera desigual en las mujeres.

El segundo grupo de preguntas estaba orientado hacia la Violencia Basada en Género (VBG) que viven las mujeres mayores y las reflexiones permiten visibilizar cómo la VBG no solo se manifiesta en etapas tempranas de la vida, sino que también continúa o se transforma a lo largo del curso de vida.

Los aportes de los grupos de trabajo permiten identificar cómo la VBG se expresa de múltiples formas y cómo se entrelazan con las dinámicas familiares, sociales y culturales.

Abuso en las tareas domésticas y de cuidado

En los relatos de las mujeres que aparecen en el video disparador, se comparten experiencias relacionadas al abuso al realizar las tareas para los otros, lo cual pone en evidencia una violencia estructural que ha sido naturalizada en las relaciones de género. Esta violencia no se limita a la física, sino que se manifiesta sobre todo a través del trabajo no remunerado que se exige de manera desproporcionada a las mujeres y el abuso psicológico que hay por detrás.

El abuso no se manifiesta únicamente en la pareja, sino que también se dejan ver relaciones intrafamiliares marcadas por la violencia emocional y la negligencia. La desprotección que sienten muchas de estas personas refleja la ausencia de un sistema de apoyo adecuado, tanto familiar como social, para las personas mayores. La falta de confianza y la distancia emocional dentro

de las familias pueden ser vistas como violencia psicológica que no siempre es reconocida, pero que impacta profundamente en la autonomía y el bienestar de las personas mayores.

La violencia psicológica, especialmente cuándo se manifiesta en formas sutiles de control emocional o abuso verbal, es particularmente difícil de reconocer en la vejez. Muchas personas mayores, especialmente las mujeres, han vivido situaciones de abuso durante toda su vida, lo que las lleva a interiorizarse y normalizar estas experiencias.

Por último, la falta de comunicación con los hijos y la soledad emocional pueden ser vistas como una forma de violencia simbólica²¹ (Bourdieu, 1991), dónde se minimizan las necesidades emocionales y sociales de las personas mayores.

Se observa, desde los relatos de algunas mujeres, cómo las dinámicas de poder dentro de las familias siguen siendo marcadas por la jerarquización y la dependencia de las mujeres hacia las estructuras masculinas.

En contraposición a esto, surge un segundo grupo de reflexiones orientadas justamente a los mecanismos de liberación de estas situaciones de abuso y maltrato.

El sentimiento de liberación tras la viudez

Algunas de las mujeres de los testimonios presentados como disparadores para la discusión, expresaron sentir un sentimiento de liberación tras la viudez, lo cuál refleja cómo las relaciones de pareja, muchas veces basadas en dinámicas de control y abuso, pueden generar una sensación de opresión que, al perderse el vínculo con el cónyuge, se transforma en una búsqueda de autonomía. Se observa en los testimonios, que el haber sido cuidadoras en sus años anteriores o haber soportado relaciones abusivas lleva a un deseo de libertad, autonomía y búsqueda de bienestar en la vejez.

Es importante destacar que el fenómeno de la naturalización de la violencia en la vejez es una de las formas más insidiosas de abuso, ya que se invisibiliza y se vuelve parte de la cotidianidad. Esto puede ser combatido únicamente a través de procesos de toma de conciencia colectiva. Para esto, la última pregunta tenía que ver con cuáles eran los factores protectores que identificaban a través de los testimonios y de sus propias experiencias para la protección y desarticulación de las violencias.

21 - Bourdieu, P. (1991). La distinción: Criterio y bases sociales del juicio (Vol. 1). Siglo XXI.

Del intercambio surgen un abanico de estrategias que involucran políticas públicas, redes comunitarias, educación popular y participación social. Estos factores se alinean con las perspectivas feministas y ecofeministas, que como vimos anteriormente, subrayan la importancia de la solidaridad colectiva, la redistribución de los cuidados y la transformación de las estructuras patriarcales para proteger a las personas mayores del abuso y del maltrato.

Políticas públicas y servicios para el cuidado de personas mayores

Se destacaron las políticas públicas de soluciones habitacionales como las que tiene el Banco de Previsión Social y los cupo cama en ELEPEM para el cuidado de personas mayores. Por otro lado, se menciona explorar los modelos de viviendas cooperativas o colectivas como una forma de mitigar la violencia intrafamiliar, mejorar las soluciones habitacionales y generar espacios más seguros y comunitarios para las personas mayores.

El fortalecimiento del Sistema Nacional de Cuidados y del Instituto Nacional de las Personas Mayores (INMAYORES) como instituciones encargadas de promover la redistribución, sensibilización y profesionalización de los cuidados desde el Estado.

Sensibilización de actores institucionales clave en los territorios capaces de dar respuesta a las situaciones de abuso y maltrato que viven las personas mayores, sobre todo con acciones coordinadas que sostengan los procesos de desarticulación de las violencias.

Redes comunitarias, apoyo social y participación

En las reflexiones se reconoce el papel fundamental de las redes comunitarias como un factor protector para las personas mayores. Estas redes les permiten sostenerse y protegerse en momentos de vulnerabilidad. Se sugirió la importancia de grupos de apoyo y la creación de espacio de escucha y desahogo. En este sentido el abordaje desde la psicología comunitaria y grupal a través de convenios con UDELAR (APEX, CIEN, etc) puede ser una herramienta fundamental para acompañar los procesos tanto individuales, como en el fortalecimiento de las redes.

Las redes de apoyo comunitarias son esenciales para proporcionar soporte emocional y físico en momentos de vulnerabilidad, protegiendo a las personas mayores de las violencias (física, psicológica, patrimonial, simbólica, etc).

La participación social se destacó como un factor importante. Las actividades sociales, comunitarias e intergeneracionales ayudan a prevenir la violencia, sensibilizar a las personas generando empatía y transformaciones en los aspectos culturales de los vínculos sociales.

Educación y cambios generacionales

Se identificó la necesidad de educar a niños, niñas y adolescentes para generar una cultura de equidad de roles, promoviendo cambios generacionales que cuestionen las normas patriarcales y favorezcan una mayor igualdad de género.

En este sentido es clave incorporar la Educación Sexual Integral (ESI) de forma transversal en todas las etapas del curso de vida. En este sentido existen experiencias de trabajo intergeneracional desde la educación popular que pueden ser promotoras de estos cambios (Proyecto Personas Mayores Replicadores de Sexualidad - INMAYORES e Ibirapitá).

Pero no solo educación intergeneracional sobre Sexualidad Integral, sino también sobre la heterogeneidad de los procesos de envejecimiento y los marcos de derechos que puedan dar herramientas a las familias y comunidades para aprender a respetar los tiempos y la autonomía de las personas mayores para las tomas de decisiones sobre su vida y cuidados.

Por otro lado se identificó la necesidad de abrir el espectro de género y problematizar la diversidad sexual en la vejez, reconociendo los desafíos que enfrentan las personas mayores LGBTQ+ no sólo en relación a la violencia y el abuso sino como oportunidad de ampliar las formas de proyecto de vida afectiva.

Trabajo sobre masculinidades

Otra estrategia que surge como factor de protección, es la importancia del trabajo específico sobre las masculinidades durante todo el curso vital. La construcción de masculinidades más igualitarias y respetuosas es un factor clave para reducir la violencia intrafamiliar.

Esto implica trabajar con los grupos poblacionales específicos teniendo en cuenta, además, el desafío de la baja participación social de los varones en distintos ámbitos por las mismas problemáticas culturales que ya se han identificado anteriormente sobre los roles de género y el involucramiento de las masculinidades en tareas de cuidado y sostén colectivo.

En síntesis, estos factores protectores reflejan un enfoque integral que aboga por la solidaridad comunitaria, el cuidado colectivo y la transformación de normas sociales y culturales que per-

petúan la violencia. Se observa que la clave está en la redistribución de los cuidados, el respeto de la autonomía, la participación activa y la educación transformadora.

Reflexiones

Es clave a la hora de pensar un Tercer Plan de Vejez y Envejecimiento en programas, acciones y estrategias que sean capaces de trabajar desde la Inter institucionalidad y la inter generacionalidad para desconfigurar las estructuras patriarcales y generar un entramado más equitativo y justo para las mujeres. Es importante que esto suceda desde la centralidad pero en articulación constante con los actores de los territorios (secretarías de familia y género, desarrollo social, etc de las Intendencias).

Las campañas públicas, la educación formal y popular, la educación sexual integral y el trabajo comunitario en los territorios con las diferentes organizaciones y actores sociales deben contar con diseño, presupuesto y monitoreo acorde. Debe ser un trabajo sostenido en el tiempo con objetivos a corto, mediano y largo plazo. No pueden quedar en acciones aisladas, vinculadas a fechas específicas como el Día Mundial de Toma de Conciencia de Abuso y Maltrato hacia la Vejez. La sensibilización y formación a operadores sociales de servicios de atención de VBG con enfoque en personas mayores es fundamental para poder detectar y responder a una problemática tan solapada y naturalizada. La coordinación entre las organizaciones sociales, el Ministerio del Interior, INMAYORES, Centros de Salud, BPS y las Intendencias son la clave para generar sistemas de respuesta acorde capaces de abordar coordinadamente las situaciones de VBG y proteger a quienes las viven.

Tener una oferta de espacios de participación social (cultural, recreativo, educativo, etc) con equipos preparados para poder identificar y acompañar situaciones, se hace cada vez más urgente. Si queremos construir modelos comunitarios no punitivistas, debemos pensar en estrategias restaurativas que sean respetuosas de los procesos individuales y comunitarios. Enseñar la capacidad de reparar desde un punto de vista afectivo es algo que debería orientarse a lo largo de todo el curso de vida y puede construirse desde lugares de expresión, como las artes y la cultura.

Finalmente, observamos que el Segundo Plan no tiene ningún abordaje específico hacia las masculinidades. Consideramos que un Tercer Plan debe incluir estrategias específicas para trabajar sobre las masculinidades viejas fomentando las transformaciones culturales necesarias para redistribuir las tareas de cuidado, así como también mitigar y reducir las expresiones de VBG.

Participación Social de las Personas Mayores

| AGUEDA RESTAINO, AGUSTINA LÓPEZ, SOLANGE SANTOS Y PABLO ANZALONE²²

Resumen

Como cierre del ciclo de talleres orientados a la generación de insumos para un Tercer Plan de Vejez y Envejecimiento; observar, monitorear, recuperar y fortalecer la participación social de las personas mayores en clave en la generación de políticas respetuosas de los DDHH que respondan a los procesos demográficos y sus repercusiones sociales, económicas y culturales.

Uruguay, siguiendo las directrices de Naciones Unidas al declarar la década del envejecimiento 2021-2030, debe promover y mejorar la calidad de vida de las personas mayores fomentando su integración activa en la sociedad. Las estrategias de políticas públicas que de este enfoque se desplieguen, deben responder además a principios del marco jurídico internacional al cual Uruguay ha adherido a través de la Ley 19.430 que aprueba la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

En este contexto, la inclusión y participación social de las personas mayores se reconoce como un componente clave para un envejecimiento saludable, digno y en un marco de derechos; a la vez que genera diálogo con el ecosistema social más amplio fomentando el desarrollo en múltiples dimensiones.

“Las políticas y los programas deben crear un entorno que permita a las personas mayores participar plenamente en la vida social y cívica, promoviendo su inclusión y contribuyendo al bienestar de toda la sociedad.” (OMS: 2002)

En este espacio de diálogo se abordará el principio de Participación Social, los distintos ámbitos y las distintas formas para luego observar cuál ha sido el recorrido que han realizado las

22 - Solange Santos, Coord.Gral. del Movimiento de familiares y residentes de ELEPEM. Agustina López, Lic. Licenciada en Sociología, Diplomada en Políticas Culturales de Base Comunitaria y Diplomada en Políticas Públicas en Derechos Humanos.

Organizaciones de la Sociedad Civil y las Instituciones para su desarrollo, así como también los principales desafíos con los que se encuentran actualmente.

El diálogo y el debate estará centrado recuperar experiencias, sentipensares, fortalezas y debilidades que sirvan de insumo para recomponer el camino trazado y favorecer las transformaciones culturales hacia una sociedad más democrática y participativa, con el fin de volver a poner a Uruguay como país pionero en dar respuestas sostenibles a largo plazo a uno de los desafíos más grandes de nuestra época.

Justificación del tema

La Participación es un principio democrático fundamental que implica el compromiso individual y colectivo en la intervención activa en la toma de decisiones que afectan su vida y el entorno, en busca del bien común. Este derecho implica la posibilidad de ser escuchado y de incidir en los procesos políticos, sociales, económicos y culturales.

El primer instrumento del derecho internacional que consagra el derecho a la participación es la Declaración Universal de los DDHH en el año 1948 en su Artículo 21 que expresa que:

- Toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país, directamente o por medio de representantes libremente escogidos.
- Toda persona tiene el derecho de acceder, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país.
- La voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público; esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que habrán de celebrarse periódicamente, por sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.

Este instrumento del derecho internacional, no trataba literalmente el tema del envejecimiento y los derechos de la vejez. Es en la primer Asamblea Mundial sobre Envejecimiento y Plan de Acción internacional sobre el envejecimiento, en Viena en 1982. Se destaca por ser el primer instrumento internacional que presenta una base para la elaboración de políticas y programas en temas vinculados al envejecimiento.

Aquí se plantean los siguientes objetivos:

- Fomentar la comprensión nacional e internacional de las consecuencias económicas, sociales y culturales que conlleva el envejecimiento.

- Promover la comprensión de las cuestiones humanitarias y de desarrollo relacionadas al envejecimiento.
- Proponer y estimular políticas y programas destinados a garantizar la seguridad social y económicas de las personas de edad.
- Alentar el desarrollo, el estudio, la capacitación e investigación del envejecimiento de la población mundial y fomentar el intercambio de conocimientos del tema.

En 1991 la ONU propone unos principios a favor de las personas de edad. Fueron adoptados por la resolución de la Asamblea de la ONU número 46/91. Proponen estimular a los gobiernos introducir en sus agendas los principios de: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad. En 1996 la observación general n° 6 insta a los gobiernos al cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores dada la inexistencia de un instrumento vinculante.

Se declara año internacional de las personas mayores el 1999 y a partir de ahí año a año se conmemora el 1ero de octubre como día internacional de las personas de edad.

Luego viene la 2da. Asamblea Mundial sobre envejecimiento, con la declaración política y el Plan de Acción Madrid sobre envejecimiento 2002.

Reconocen tres ejes prioritarios:

- Las personas de edad y el desarrollo
- Fomento de la salud y el bienestar en la vejez
- La creación de un entorno favorable y propicio.

Luego en América vienen diversas conferencias Santiago de Chile 2003, declaración de Brasilia 2007, la conferencia y carta de San José de Costa Rica en el 2012. En la carta de San José de Costa Rica se insta a los gobiernos a garantizar los derechos de las personas Mayores, en el acceso a la justicia, a la participación, en el desarrollo, en materia de seguridad social, en el acceso a la salud y a los cuidados, erradicación del abuso y la violencia, a la vivienda, entre otros.

Otro hito es el consenso de Montevideo en el 2013. De ahí siguen trabajando hasta que se logra la Convención en el 2015.

En la conferencia de Ipacarai / Paraguay se sacó un documento continuando los anteriores y agregando la Convención.

Con el cambio de paradigma de sacar la idea de envejecimiento igual enfermedad y cambiar la visión hacia personas mayores sujetos de derecho. A partir de un enfoque de derechos implica concebir a los ciudadanos y ciudadanas, no como personas con necesidades, sino como sujetos con derechos civiles, políticos, económicos, *sociales y culturales donde el Estado y toda la sociedad deben respetar y cumplir.*

En el 2015 se produce un hito en lo que respecta a la normativa jurídica internacional relativa a las personas mayores con la aprobación de la Convención Interamericana de Protección de los DDHH de las Personas Mayores. En la OEA el 15 de junio del 2015, se logra aprobar el texto del primer instrumento jurídicamente vinculante a nivel mundial de ddhh de personas mayores. Uruguay, Argentina, Brasil, Chile y Costa Rica fueron los 5 países firmantes de la misma.

Otro hito a señalar es la propuesta de Ciudades amigables. Las ciudades amigables con las personas mayores, son aquellas que se adaptan a las necesidades de las PM y que promueven un envejecimiento activo. La OMS creó la Red Mundial de Ciudades y Comunidades amigables en el 2010, con el fin de crear entornos mejores para envejecer. Algunas características son: inclusión, diversidad, respeto a las decisiones y elecciones de estilo de vida, protección para poblaciones vulnerables. Es importante que el entorno sea seguro, tranquilo, con espacios verdes y parques accesibles. Se propone crear lugares para la interacción, promoviendo la participación.

La misión de la Red Mundial de Ciudades y Comunidades amigables es:

- Inspirar al cambio
- Conectar ciudades y comunidades de todo el mundo para facilitar el intercambio, conocimiento y experiencia.
- Apoyar a encontrar soluciones innovadoras

La red forma parte de la estrategia de la OMS, para la década del envejecimiento saludable, en el marco de la agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible. Finalmente, se destaca La década del Envejecimiento Saludable va del 2012 al 2030. Una iniciativa global que busca mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y la comunidad. Su objetivo es construir una sociedad para todas las edades, no dejar a nadie atrás.

Combatiendo la discriminación con una atención integral y fortaleciendo los entornos favorables. Es necesario de políticas públicas de coordinación institucionales para proteger la independencia, promover la autonomía, la participación y el derecho de las personas mayores a un envejecimiento activo y saludable.

Hitos de la Participación en Uruguay

Los dos primeros Planes Nacionales de Envejecimiento y Vejez, han sido hitos en la participación social y las políticas hacia las personas mayores en Uruguay. Ambos planes incluyen las contribuciones de las organizaciones de base, que se llevaron al Consejo Consultivo, permitiendo una visión general y particular de cada región y empoderando a los participantes. Se espera que el 3er Plan, hacia 2030, sea una oportunidad para superar retrocesos y avanzar en el ejercicio de derechos.

En la Jornada sobre Participación de las Personas Mayores, se discutieron marcos conceptuales, dimensiones, orientaciones internacionales y la situación actual de la participación. Al analizar las fortalezas, debilidades, amenazas y propuestas para 2025-2030, se destacó la importancia de fortalecer la capacidad de las personas mayores para plantear reclamos y generar propuestas, impulsando el empoderamiento tanto a nivel de políticas públicas como en el ámbito local, territorial.

En Uruguay, la lucha de las personas mayores ha logrado avances significativos, como la participación social en el BPS desde 1992, permitiendo una conducción estatal más transparente y equitativa. También se destaca la reforma constitucional que vinculó las jubilaciones al Índice Medio de Salarios, protegiendo su poder adquisitivo frente a ajustes fiscales.

La creación de InMayores en 2012, junto con su Consejo Consultivo y los dos primeros Planes Nacionales, así como políticas públicas específicas como el Programa Ibirapitá en 2015, han sido logros importantes.

Estado actual de la Participación de las Personas Mayores en Uruguay

En el documento “Empoderamiento, participación y asociatividad de los adultos mayores en Uruguay” de la Socióloga Leticia Pugliese publicado en el año 2008 se realiza una destacada aproximación conceptual de las modalidades, niveles y tipos de participación que realizan las personas mayores en el Uruguay (Pugliese:2008)

Partiendo de esa base, entendemos que la formación de redes, organizaciones, asociaciones, movimientos e integración comunitaria tiene que ver con el empoderamiento, en este caso, de las personas mayores. Para esto son necesarios 4 elementos:

- acceso a la información
- inclusión (en el sistema social), participación (cómo están incluidos)
- Capacidad de organización (trabajo conjunto, roles, etc.)
- Potestad de solicitar rendición de cuentas.(seguimiento y monitoreo)

Destacamos algunas de las organizaciones, movimientos y redes que están activas en la actualidad, como lo son: el Movimiento ELEPEM, que nace en el año 2020 con el apoyo del CIEn y del NIEVE. REDAM que se constituyó en 2009 como un mecanismo de trabajo y de diálogo entre Inmayores y las diversas organizaciones. ONAJPU Fundada hace más de 30 años, que nuclea aproximadamente a 140 asociaciones de jubilados y pensionistas distribuidas por todo el país.

Dentro de las REDES DE PM destacamos:

- o Consejo Asesor de la IM
- o CICAM
- o UNI 3
- o Redes y asociaciones departamentales
- o Comisión PM de la Red Pro Cuidados

Consejos Consultivos

El CC de Inmayores está integrado por diferentes instituciones del estado y 3 organizaciones de la sociedad civil: REDAM (1 delegado por Interior y otro por Montevideo), ONAJPU y UNI 3 (a partir de este año). Se encuentra desde 2020 muy debilitado.

Desde el año 2020 Inmayores cambió 3 veces de Director. Las pocas veces que funcionó los 3 primeros años sólo fue informativo y no consultivo. Las propuestas de los integrantes no tuvo un hilo conductor ya que Inmayores las cambiaba en cada oportunidad.

En este año ha funcionado sólo en 2 oportunidades. Se ha propuesto trabajo en subgrupos para un mayor fortalecimiento y siguen sin comenzar a trabajar. Aún no han enviado las Actas. Se suspendió en 2 oportunidades el 3er CC, la última vez no avisaron, nos enteramos por casualidad.

Comité Consultivo de Cuidados

El CC está compuesto por una diversidad de actores que integran las diferentes perspectivas sobre la puesta en marcha del Sistema de Cuidados. Está integrado por 16 representantes de las siguientes instituciones: Red Pro Cuidados, Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas -ONAJPU-, Asociación Nacional de Organizaciones no Gubernamentales -ANONG-, Comisión Honoraria Nacional de Discapacidad -CHND- Universidad de la República -UdelaR-, Universidad Católica -UCU-, Centro de Investigaciones Económicas de Uruguay -CIEDUR-, Plenario Intersindical de Trabajadores -Convención Nacional de Trabajadores -PIT-CNT-, Cámara

Uruguay de Empresas de Servicios de Acompañantes -CUESA-, Federación de Cooperativas de Producción de Uruguay -FCPU- y Centros de Atención a la Infancia y Familia -CAIF-

Metodología de Trabajo

El desarrollo del Taller de Participación Social implicó un primer espacio de exposición de la temática por parte de la Soc. Agustina López, el Dr. Pablo Anzalone, Solange Santos por el Movimiento ELEPEM y Agueda Restraino por la REDAM.

En esta primera etapa se abordó la conceptualización de la Participación Social, los hitos internacionales y nacionales de la participación social de las personas mayores y finalmente el estado de situación actual de la misma.

Posteriormente se pasó al trabajo grupal dónde la consigna era discutir e identificar fortalezas y debilidades actuales en la participación social de las personas mayores, así como la propuesta de estrategias para su promoción y desarrollo.

Se plantearon además algunas preguntas disparadoras para orientar las discusiones

¿Cómo rescatar las experiencias de participación y voluntariado antecedentes en distintas etapas y lugares? ¿Aciertos y errores cometidos? ¿Cómo llegar a los que no participan? ¿Cómo sumar a más personas? ¿Cómo formarnos como agentes activos, conscientes de procesos colectivos? ¿Qué objetivos y formas pensamos hacia el 2030 o más? ¿Con qué herramientas? ¿Cómo jerarquizar el rol de los territorios y los actores presentes? ¿Cómo gestar experiencias intergeneracionales de participación? ¿Cómo abordar los problemas prioritarios y las potencialidades que existen? ¿Cómo incidir en las políticas públicas?

Discusiones

Las discusiones en los subgrupos se centraron en identificar las principales fortalezas, oportunidades y debilidades actuales de la participación de las personas mayores. A su vez, surgieron distintas estrategias a desarrollar para poder favorecer este derecho y propiciar mayores espacios de diálogo y construcción ciudadana. Las fortalezas en la participación social de las personas mayores en Uruguay están marcadas por la articulación de redes de organizaciones la sociedad civil, el empoderamiento, la inclusión digital, el apoyo estatal a través de políticas públicas, la cooperación académica y la resiliencia de las propias personas.

Organizaciones de la Sociedad Civil y su articulación

Aunque se señalan dificultades para integrar organismos más formales de participación en la construcción y monitoreo de la política pública como los Consejos Consultivos, se ha mantenido la articulación entre las organizaciones sociales. Si bien se destaca que las respuestas institucionales han sido limitadas, se ha logrado la cooperación y colaboración entre diversos actores de la sociedad civil.

Se destaca también la fortaleza de la ONAJPU, que sufrió un fuerte debilitamiento con la pandemia, la cobertura a nivel nacional es clave para asegurar que las personas mayores puedan participar de manera más inclusiva. Se observa una incipiente transformación de algunas organizaciones de la sociedad civil como ONAJPU, que están adaptándose a entidades más territoriales, adaptándose a las nuevas realidades sociales y buscando llegar a las personas mayores en áreas más aisladas, dispersas o que por la naturaleza de la organización no se sentían convocadas. A esto se le suma la articulación con REDAM que tiene otros objetivos complementarios que se ven como una potencialidad para fortalecer los espacios de participación.

Empoderamiento de las personas mayores

Se destaca como una fortaleza la historia de organización colectiva que tiene este conjunto de población. Ya existe una base de personas empoderadas que tienen claros sus derechos y son motor para sostener y promover los espacios para otros. La autonomía de estas personas es un tema central ya que implica un mayor involucramiento en la toma de decisiones que afectan sus vidas individuales y colectivas.

También se señala como un aspecto positivo la participación en los ámbitos recreativos (música, teatro, baile, etc) ya que fomentan la socialización y el bienestar integral de las personas mayores. Se destaca que la fiesta y los encuentros sociales son elementos clave para motivar la participación, ya que proporcionan espacios lúdicos y entornos amigables de socialización que atraen a las personas mayores.

Tecnología y conectividad

La creciente apropiación de las TIC, entendida como inclusión digital, por parte de las personas mayores es una fortaleza importante. Definimos la inclusión digital como “el conjunto de políticas públicas relacionadas con la construcción, administración, expansión, ofrecimiento de contenidos y desarrollo de capacidades locales en las redes digitales públicas alámbricas e inalámbricas, en

cada país y en la región entera” (Robinson:2005). La inclusión digital, forma parte hoy en día de las herramientas que puede tener una persona para su inclusión social.

En particular, las personas mayores han plasmado esta necesidad en el Artículo 20 inciso d) de la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos de las personas mayores, aprobada en el año 2015 y ratificada hasta la fecha por 10 de los 34 países miembros de la Organización de los Estados Americanos.

En dicho artículo se plantea que “Los Estados Parte garantizarán el ejercicio efectivo del derecho a la educación de la persona mayor y se comprometen a promover la educación y formación de la persona mayor en el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) para minimizar la brecha digital, generacional y geográfica e incrementar la integración social y comunitaria” (OEA:2016).

La Convención es bastante clara sobre la orientación de la inclusión digital hacia el desarrollo de estrategias de integración social y comunitaria para las personas mayores. Si bien la inclusión digital tiene un componente en la dimensión económica de la vida, es una decisión política la de enfocar las acciones de inclusión digital a lo señalado por la Convención priorizando la dimensión social y comunitaria que las mismas pueden abordar.

La incorporación de las TIC ayuda a mejorar las *oportunidades informativas* (salud, noticias, actualidad), fomentan una *mayor autonomía* de conocimiento y benefician su bienestar psicológico incrementando su autoestima. También favorecen las relaciones sociales y familiares, la actividad y el acceso a servicios sociales, tanto como a actividades culturales y de aprendizaje (Escuder, S., Liesegang, R Rivoir. A: 2020)

Se destaca la potencialidad del Programa Ibirapitá que ha sido fundamental para la participación ciudadana y la inclusión social de las personas mayores ya que sus estrategias pedagógicas están orientadas hacia la utilización de las tecnologías como Tecnologías para el aprendizaje y la apropiación del conocimiento (TAC) y como Tecnologías para el Empoderamiento y la Participación (TEP).

La apropiación de las TICs da lugar a nuevas configuraciones intergeneracionales, dotando a las personas mayores de nuevas posibilidades en relación a su papel en las sociedades de la comunicación y sobre todo modifican las relaciones vinculares y afectivas (Marana:2015). El enfoque pedagógico del Programa Ibirapitá intenta centrarse en el individuo y su comunidad. Otra de las líneas estratégicas transversales de este programa es la de fomentar el enfoque de Ciudadanía

Digital que ha elaborado la Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y el Conocimiento (AGESIC) basada en la definición la UNESCO:

“La ciudadanía digital es un conjunto de competencias que faculta a los ciudadanos a acceder, recuperar, comprender, evaluar y utilizar, para crear, así como compartir información y contenidos de los medios en todos los formatos, utilizando diversas herramientas, de manera crítica, ética y eficaz con el fin de participar y comprometerse en actividades personales, profesionales y sociales”(AGESIC:2020).

La ciudadanía digital debe desarrollarse por parte de los Estados como una dimensión más de un marco de ciudadanía cultural.

Fortalezas institucionales y políticas públicas

Se señala, en base a experiencias territoriales, que los recursos del Estado, cuándo están bien organizados y articulados, son un motor clave para fomentar la participación social de las personas mayores. Esto incluye la creación de políticas que aseguren las condiciones óptimas para el desarrollo de oportunidades de participación. Se entiende como fundamental que las políticas de participación social de las personas mayores sean consideradas políticas de Estado, asegurando su continuidad y eficacia a largo plazo. El Programa Nacional de Voluntariado, aunque fue desarticulado en esta administración, es una ejemplo de política pública importante para fomentar el voluntariado y la participación de las personas mayores así como ámbitos intergeneracionales. La Década del Envejecimiento Saludable declarada por la OMS se señala como un marco de directrices que presenta una oportunidad importante para enfocar las políticas públicas hacia la vejez y el envejecimiento saludable, promoviendo un enfoque integral de los derechos y necesidades de las personas mayores.

Investigación y formación académica

Las organizaciones de la sociedad civil deben desempeñar un rol activo en proporcionar a la academia temas de investigación relevantes a la vejez y el envejecimiento. los datos y las observaciones que estas puedan hacer son esenciales para fundamentar y justificar el desarrollo de investigaciones académicas, lo que a su vez puede servir de insumo en las políticas públicas y en la asignación de recursos. Algunos ejemplos que se han destacado son las colaboraciones entre el CIEN, la Facultad de Ciencias Sociales, el APEX, la Facultad de Medicina entre otros.

Cultura de participación

Las personas mayores tienen una fuerte tradición de participación, resistencia y resiliencia. La cultura de participación sigue siendo una fortaleza clave que facilita la continuidad de la integración social y el empoderamiento de las mismas. La cooperación entre diferentes actores, como sindicatos, las estructuras de bases de los partidos políticos y diferentes asociaciones fortalece las redes de apoyo y participación social, fomentando un enfoque integral que puede activar recursos en el territorio y el fortalecimiento de las redes comunitarias. En cuanto a las debilidades y amenazas relacionadas con la participación social que surgieron de los grupos de discusión pueden identificarse varios ejes.

Falta de apoyo institucional y de estructuras formales

El debilitamiento de los mecanismos institucionales formales y establecidos para la participación dificulta la inclusión de las personas mayores en procesos decisionales y sociales. Se señala la falta de soporte de las instituciones para organizar encuentros y actividades, dificultando que las organizaciones de la sociedad civil puedan mantener redes activas y efectivas a nivel territorial y nacional. La disminución de los recursos hacia políticas clave para la inclusión, como el Programa Ibirapitá sobre todo para Montevideo y Canelones reduce la capacidad de soporte de la política a las organizaciones sociales y al desarrollo territorial de oportunidades para la participación de las personas mayores.

Aislamiento y fragmentación de la población

Se identifica una gran dificultad para llegar a personas mayores que se encuentran aisladas, especialmente aquellas que viven en los complejos habitacionales del BPS, ELEPEM o en zonas rurales. Se señala como una debilidad la falta de articulación por parte de las instituciones como BPS con las organizaciones de la sociedad civil e instituciones y organizaciones barriales. Se señala como causa de aislamiento algunas prácticas de consumo abusivas de televisión y redes sociales que puede limitar su capacidad de interacción social reduciendo su participación activa en la comunidad. Esto se presenta como un desafío para el abordaje de las políticas públicas de inclusión digital y de ciudadanía digital.

Existe un gran desafío de incluir a las personas con discapacidad quienes enfrentan barreras adicionales, como la falta de coordinación entre las familias y el escaso tiempo disponible para que puedan involucrarse en actividades sociales. A esto se le suma las dificultades relacionadas con la movilidad. La dependencia del transporte público, el clima y el tiempo disponible son

factores que obstaculizan la participación presencial de las personas mayores en actividades sociales y comunitarias.

Otra dimensión que se señala es la fragmentación de la organización de usuarios de la salud. La atomización de los grupos de personas mayores respecto al derecho a la salud debilita la capacidad de los movimientos sociales para abogar por políticas de salud inclusivas y efectivas.

Desconfianza y descreimiento de los procesos de participación

Muchas comunidades han desarrollado una falta de confianza de mecanismos de participación debido a la falta de resultados concretos, lo que afecta su autoestima y su disposición a involucrarse en procesos sociales. Los procesos de participación que tienden a ser largos, sin objetivos concretos a mediano plazo o que no logran concretarse en acciones reales, pueden generar frustración y pérdida de confianza en las instituciones.

También se observa una falta de equidad en la implementación de políticas de participación en los distintos territorios de área urbana y rural. Las diferencias en las normativas locales dificultan la construcción de una cultura de participación efectiva en todas las regiones generando brechas para el desarrollo local. Por ejemplo, en Montevideo con los Consejos Vecinales versus el interior. Por otro lado, se señala una disparidad en la integración de las políticas sociales y la prevalencia de políticas partidarias en algunos contextos territoriales dificulta la movilización de las personas mayores y la consolidación de un sentimiento de apropiación de las políticas públicas.

Vulnerabilidad social y estigmatización

Las personas mayores que viven solas son especialmente vulnerables al aislamiento social y a la estigmatización. Esto se ve amplificado por los miedos generados en relación a otras poblaciones, como los adolescentes o las personas en situación de calle. La falta de cuidado comunitario, que promueva la empatía y la atención de los demás, contribuye a la marginalización de las personas mayores y a su desconexión con otros actores sociales.

Se destaca también que la falta de políticas de integración intergeneracional debilita los vínculos y limita la creación de una cultura de participación y cooperación en comunidad.

Finalmente, como otro factor que obtura la participación se señala el desconocimiento de los derechos y la falta de educación en participación de las propias personas mayores. Reflexiones y estrategias: las propuestas elaboradas en los grupos de discusión incluyen el empoderamiento, la colaboración académica y la creación de proyectos a corto plazo.

Comunidades amigables y mapeo territorial

Desarrollar Comunidades Amigables con las personas mayores implica crear espacios accesibles y adecuados para su participación. Esto puede lograrse mediante mapeos de las necesidades y recursos existentes en los territorios, con el apoyo de técnicos institucionales y la colaboración de actores territoriales y académicos.

Se propone fomentar un mayor intercambio entre las ciencias sociales, la medicina, la psicología y otros campos para generar enfoques integrales sobre la participación social de las personas mayores. La extensión universitaria de UDELAR, puede ser clave para conectar la investigación-acción con las necesidades reales de las comunidades.

Empoderamiento y derecho a la participación

Utilizar el empoderamiento como motor para el desarrollo. Incluir a las personas mayores en la toma de decisiones y en la construcción de políticas que respeten sus derechos. Una estrategia sugerida es la de transformar los aspectos más teóricos de los derechos en prácticas concretas a nivel territorial, mediante proyectos de corto plazo que tengan un impacto tangible en las comunidades. Un ejemplo exitoso es el proyecto *Personas Mayores Embajadores de la Cultura*, del Programa Ibirapitá, que promueve la participación cultural de las personas mayores de una manera activa y visible.

Educación y promoción en salud

Desarrollar diagnósticos locales para conocer la cantidad de personas mayores en los territorios y sus necesidades específicas, permitiendo respuestas adecuadas y pertinentes.

Fortalecer la relación entre las asociaciones de personas mayores y los servicios de salud, como las policlínicas locales, con el apoyo de extensión universitaria. Esto puede atraer a las personas mayores a participar y conectar sus intereses y necesidades.

También surge la idea de la promoción de la educación en salud bucal como una estrategia de bienestar para las personas mayores.

Fortalecimiento del a Inclusión Social Intergeneracional

Reconocer y aprovechar la heterogeneidad de las edades dentro de la vejez para promover la inclusión social. Las personas mayores no forman un grupo homogéneo, por lo que las estrategias de participación deben adaptarse a las distintas etapas de la vejez. Promover la colaboración entre

generaciones a través de actividades que faciliten el intercambio de conocimientos y experiencias, como el teatro o el trabajo en las escuelas, para fortalecer los vínculos.

Medios de comunicación y visibilidad

Utilización de los medios de comunicación de manera positiva, no solo compartir malas noticias que generan inseguridad, sino como una herramienta para promover la participación activa de las personas mayores y su integración en la comunidad. Difundir ejemplos exitosos de participación y los derechos de las personas mayores, para que estos se conviertan en modelos replicables y aumentando la visibilidad de las necesidades de las personas mayores y sus capacidades para el desarrollo.

Fomento del recambio en las organizaciones y la promoción de proyectos de vida

Las organizaciones de personas mayores deben trabajar en campañas de afiliación y generar un recambio generacional para asegurar su continuidad. Esto permitirá que más personas se involucren y se fortalezcan las redes de participación. Reforzar la importancia de encontrar un proyecto de vida más allá del ámbito productivo y laboral. Las personas mayores, con los apoyos institucionales correspondientes, deben construir oportunidades de desarrollo personal, social y comunitario, reforzando su autoestima y motivación para participar activamente.

Bibliografía

- AGESIC. (2020). Definición de AGESIC. ([Enlace](#))
- Escuder, S., Liesegang, R., & Rivoir, A. (2020). Usos y competencias digitales en personas mayores beneficiarias de un plan de inclusión digital en Uruguay.
- Marana, M^a C. (2015). Las TIC y nuevas relaciones afectivas. Una perspectiva sociológica acerca del surgimiento de los espacios virtuales de interacción y su impacto en las relaciones afectivas. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político para un envejecimiento saludable. Organización Mundial de la Salud.
- Pugliese, L. (2008). Empoderamiento, participación y asociatividad de los adultos mayores en Uruguay: una aproximación descriptiva. Asesoría General en Seguridad Social. ([Enlace](#))
- Robinson, S. (2005). Reflexiones sobre la inclusión digital. Nueva Sociedad no 195.

Otros aportes



Aproximación a los retos interdisciplinarios en el campo de la gerontología crítica y especialmente feminista latinoamericana

| TERESA DORNELL²³

El día que una mujer pueda no amar con su debilidad sino con su fuerza, no escapar de sí misma sino encontrarse, no humillarse sino afirmarse, ese día el amor será para ella, como para el hombre, fuente de vida y no un peligro mortal. Simone de Beauvoir (1949)

Resumen

Los retos interdisciplinarios en el campo de la gerontología crítica abordan la necesidad de integrar diversas disciplinas para entender y enfrentar los desafíos que presenta el envejecimiento en la región, con un enfoque particular en la perspectiva de género. Se analizan las intersecciones entre la gerontología, el feminismo y otros campos, destacando cómo las experiencias de las personas mayores, especialmente las mujeres, son influenciadas por factores sociales, culturales, políticos y económicos.

El documento también enfatiza la importancia de desarrollar políticas, estrategias y prácticas que reconozcan y aborden las desigualdades e inequidades que enfrentan las mujeres viejas en América Latina, con la intencionalidad de aportar a la promoción de un enfoque más inclusivo en la investigación y en la intervención en gerontología.

23 - Profa. Agda. Asistente de Dirección en el Programa APEX y Docente e Investigadora del Departamento de Trabajo Social-Facultad de Ciencias Sociales en la Universidad de la República- Uruguay. Trabajadora Social con más 40 años de desempeño profesional y casi 40 años de ejercicio en docencia universitaria. Máster en Gerontología Social en la Universidad de Barcelona, España.

Introducción

Las contribuciones del campo interdisciplinario latinoamericano enfrentan diversos desafíos en el contexto de la militancia gerontológica, donde la academia y la intelectualidad juegan un papel fundamental, algunos de estos retos se podrían enunciar en relación al reconocimiento del campo gerontológico como campo²⁴ de estudio y de especialización de las disciplinas y las diversas intersecciones que ello implica.

El presente trabajo oficia solamente de espacio de reflexión que pretende introducir la importancia del campo gerontológico según diversas perspectivas históricas y epistemológicas que ella ha acumulado en el devenir de su recorrido de existencia.

Sin olvidar, la plena integración de un posicionamiento ético-político en continuo debate y acción con la realidad social, cuyo punto de partida estará centrado en una plataforma que reivindique los derechos de las personas viejas y el firme compromiso de prácticas sociales que aporten a la transformación de las condiciones objetivas que perpetúan la desigualdad, inequidad y discriminación hacia la vejez y el envejecimiento.

Aunque el envejecimiento de la población es una realidad en América Latina, la gerontología no siempre ha recibido la atención y el reconocimiento necesarios en el ámbito académico y de las disciplinas y profesiones que la componen. Existe la necesidad de legitimar y fortalecer la gerontología como un campo de estudio interdisciplinario dentro de las universidades y centros de investigación, por eso el reconocimiento de la gerontología como campo de estudio se hace necesario.

Hacia una militancia gerontológica

Para abordar las necesidades específicas de la población de personas mayores, es fundamental que las interdisciplinas junto a sus profesionales reciban una formación especializada en el campo de la gerontología, lo que implicaría desarrollar programas de estudio y cursos de capacitación que aborden temas sobre el envejecimiento y sus diversas manifestaciones, el cuidado de la salud mental, emocional y afectiva, como la de la salud física y social, además de la atención y acompañamiento a la dependencia, entre algunos de los aspectos a mencionar. Por eso, se hace énfasis en la formación continua y especializada en gerontología.

24 - Para Bourdieu (2003), el campo se define como el conjunto de múltiples redes entrelazadas de relaciones a través de las cuales existen intercambios de manera desigual, que se organizan y transforman las ideas, las prácticas y los recursos que están en juego. Los campos denotan intercambios de conocimientos, estatus, prestigios y posiciones competitivas que mantienen a los actores en su lucha por acumular, intercambiar y monopolizar diferentes tipos de recursos de poder que serán los capitales.

La generación de conocimiento científico en el campo de la gerontología es esencial para las prácticas y políticas de intervención social con personas mayores. Sin embargo, la investigación gerontológica en América Latina enfrenta desafíos como la falta de financiamiento, la escasez de investigadores especializados y la brecha entre la academia y el campo práctico.

La militancia²⁵ gerontológica requiere el desarrollo y la implementación de modelos de intervención innovadores (no rígidos, ni recetas de cómo actuar) que aborden de manera integral las necesidades, intereses, deseos, expectativas y derechos de las personas mayores. Esto significa promover prácticas basadas en evidencia científica, centradas en el respeto a la autonomía, la participación social y la inclusión de las vejeces en la toma de decisiones que afectan sus vidas. La militancia gerontológica como un modo de nombrar un hacer colectivo con una posición político ideológica, encontrándose en la etimología de la palabra militancia una alusión a la situación de pertenecer a una grupalidad que puede ser lo disciplinar como lo interdisciplinar, con una pertenencia que alude a estar comprometido con valores y principios que son una elección de vida para estar con un/a otro/a, nominando un hacer y ser que los caracteriza y les permite tensionar y relacionarse con quienes comparten ideas y acciones en común.

Aquí la defensa de los derechos de las personas mayores nos introduce a reivindicar el derecho a una vida digna, al acceso y disponibilidad de servicios de salud integral y de cuidados, a la protección contra el maltrato y la discriminación o indiferencia por razón de edad (edadismo), de género (diversidad sexo-genérica) o de diversidad sociocultural (raza, étnica, migrantes). La gerontología tiene un papel clave en la promoción de políticas públicas inclusivas y en la sensibilización sobre las necesidades y los desafíos que enfrenta esta población. El campo gerontológico en su devenir histórico ha tenido en las últimas décadas varias encrucijadas y cruces epistémicos, las cuales conviven de manera paralela, como son los aportes de la gerontología crítica, la gerontología feminista y las contribuciones interaccionadas entre la gerontología crítica y feminista, transversalizadas por las perspectivas decoloniales e interseccionales en la gerontología crítica y feminista, el cual se expone en el siguiente esquema conceptual.

25 - En el sentido de «resistencia militante» como denomina John Rawls (1997).

Tramas en el devenir del campo gerontológico

Las aportaciones sustantivas que se presentan de cada una de estos cruces epistémicos y como los mismos se van interconectando y generando debates y reflexiones, permiten dar visibilidad y reconocimiento al campo gerontológico crítico y feminista.

Gerontología crítica

La gerontología crítica enfrenta diversos desafíos académicos e intelectuales, especialmente en el contexto latinoamericano, donde el envejecimiento de la población presenta realidades y problemáticas específicas, por ende situadas. Algunos de ellos se refieren a la importancia de cuestionar el modelo de envejecimiento dominante que tiende a enfocarse en el declive y la dependencia de las personas viejas. Este desafío implica desafiar estereotipos y prejuicios (viejismo- edadismo) sobre el envejecimiento, centrado en la promoción de una mirada que reconozca la diversidad de experiencias, conocimientos, saberes y capacidades en las vejeces.

Pero, sus críticas de trascender este tema y colocar la discusión y el análisis en torno a las estructuras de poder y las desigualdades sociales que afectan a las personas mayores, incluyendo la discriminación por razón de edad, género, etnia, clase social, entre otros, examinando cómo estas desigualdades impactan en el acceso y disponibilidad a los recursos, servicios y oportunidades para un envejecimiento digno. Sin dejar de enunciar las dimensiones que hacen a la comprensión de múltiples identidades que interactúan y se entrelazan en la visibilidad de experiencias y necesidades (como son las vejeces disidentes).

Otro desafío clave para la gerontología crítica es la participación y el empoderamiento de las vejeces en la investigación acción, como es los procesos de educación popular, sin dejar de lado su accionar en el diseño de políticas y programas, como en la toma de decisiones por sus conocimientos y experiencias que aportan a la transformación social, en el sentido de justicia social. Una justicia social que aborde las causas subyacentes de las condiciones materiales y simbólicas de exclusión y marginalización de las personas mayores, bregando por la equidad e igualdad de oportunidades, enfrentando las estructuras imperantes de poder un dominante que niega a las vejeces.

Gerontología feminista

Esta mirada feminista del campo gerontológico aborda diversas complejidades y desafíos desde una perspectiva que reconoce las intersecciones entre el género y la edad, así como las experien-

cias específicas de las mujeres mayores. El reconocer y visibilizar la diversidad de experiencias y saberes del envejecimiento de las mujeres, desde transversalidades interseccionadas de clase social, la etnia, la orientación sexual y la identidad de género aporta no sólo a conocer sino a reconocer la complejidad de las historias de vida en las vejeces, demostrando la heterogeneidad de esas vivencias y por ende quitando el factor homogeneizante a estas trayectorias.

Pensar en el envejecimiento y que este sea diferenciado y no homogéneo y uniforme, evita fomentar estereotipos negativos y discriminatorios de las personas mayores, lleva a reflexionar sobre determinados tópicos, como son: el desarrollo de los roles tradicionales de género, sexo y sexualidad desdibujadas, salud, menopausia, violencia, vulnerabilidad, pobreza, entre otros. La centralidad de la gerontología feminista es contribuir en el abordaje de las problemáticas que refieren las desigualdades e inequidades de género que afectan a las mujeres mayores, poniendo en discusión la brecha de género y las disparidades especialmente en el mercado laboral y las pensiones, así como la violencia de género y el cuidado no remunerado.

Colocar el debate en el cuestionamiento de los estereotipos de género y las normas sociales, en tanto estatuto que perpetúan roles hetero-normativos y patriarcales de las mujeres mayores, implica desafiar las expectativas de género sobre la belleza, la productividad y la autonomía en la vejez, promoviendo una imagen diversa y empoderada. Los estándares prefijados, que interactúan como modelos a seguir deben deconstruirse desde las significaciones que afirman a las vejeces femeninas asociadas a imaginarios primitivos reproductores de valencias negativas, que refuerzan esos ímagos tradicionales, resaltando configuraciones de pasividad, decadencia, enfermedad, deterioro, incapacidades y ociedad.

Gerontología crítica y feminista

El abordaje de la gerontología crítica y feminista coloca a los modelos de comportamiento prefijados y esperados de cómo ser mujeres viejas en tensión, desde el movimiento dialéctico de deconstruir lo prefijado, lo construido- instituido, para transformar las relaciones de género que se han establecido; los usos del lenguaje y los modos del discurso imperantes, reconstruyendo nuevos imaginarios en donde las vejeces, especialmente en las mujeres, puedan ser productoras de historicidad, de transmisión del memorial colectivo de sus trayectos experienciales de sometimientos y de acallamientos, como de sus rebeldías y luchas.

El distinguir identitariamente que el constructo teórico-conceptual social, político y cultural de la dimensión género, que, con su naturaleza política, ocupa un lugar de centralidad, que es transversal e interseccional para ser estudiada, explorada e indaga en su devenir histórico, pone

al descubierto que ella en sí mismo contiene en su esencia relaciones asimétricas y inequitativas de poder, oficiando como nuevos campos de disputas del mismo. El rescate del atributo y cualidad existencial de las memorias de las mujeres, de sus tránsitos experienciales, como seres sentipensantes que somos, “que hemos aprendido a sentir y a pensar, por ende a ser libres, a tomar decisiones, a ser autónomas y generar procesos de empatía entre nosotras (sororidad), al poder articular nuestro corazón con nuestras cabeza (amorosidad) (Dornell, 2023) y reconociendo vidas vividas de manera diferentes y desiguales, con diversidades de praxis (Ghiso, 2013).

El considerar el lenguaje como actos del habla, que reconoce el poder simbólico del mismo, con su consiguiente capacidad de colocar nombres a los sucesos, a las cosas, a las prácticas, en el sentido del acto de nombrar y no solo nominar. Situaciones que ponen en evidencia, que a través del lenguaje se construyen las interacciones sociales, los espacios de socialización de las personas, de las mujeres y varones, pero en especial de las mujeres viejas. El lenguaje tiene la centralidad universal de convertirse en un instrumento que le da sentido a lo vivido, a lo recorrido experiencialmente y así traducirse en una herramienta de negociación y de lucha frente a las desigualdades lingüísticas (Worell y Etaugh, 1994). La lexicografía ha operado como mediadora, para conocer el significado de las palabras; significado que se hace imprescindible para evitar estereotipos y comprender la interpretación de los discursos en las vejeces.

La necesidad de iluminar las desigualdades de género que afectan el ser mujer vieja, hace necesario que las mujeres viejas tengan una mayor visibilidad social y una progresiva participación en el mundo público, de manera que se vaya proyectando un cambio de imagen de las mujeres en situaciones de poder, prestigio y reconocimiento social, que se conviertan en modelos para las jóvenes generaciones, cuya vejez se planteará en condiciones ciertamente muy diferentes a las de las generaciones de sus abuelas.

Perspectivas decoloniales e interseccionales en la Gerontología crítica y feminista

Uno de los principales desafíos es descolonizar el conocimiento y las prácticas en el campo gerontológico, lo que conlleva a cuestionar las formas tradicionales de conocimiento y práctica que reflejan una visión eurocéntrica y colonialista del envejecimiento, y promover en su lugar enfoques que reconozcan y valoren las cosmovisiones y conocimientos indígenas y locales sobre el envejecimiento y el cuidado en las vejeces.

La perspectiva decolonial enfatiza la importancia de reconocer las múltiples intersecciones de opresión, así como de diversidad de experiencias incorporando interactivamente un enfoque interseccional que contribuya a una visión pluriversal que reconozca y valore la diversidad de

cosmovisiones y formas de vida de las personas mayores, sin dejar de considerar que en muchos contextos latinoamericanos, aún persisten formas de colonialismo interno que perpetúan la marginalización y exclusión de las personas mayores en situación de pobreza o vulnerabilidad. Por eso, la mirada decolonial, pone el énfasis en la importancia de diálogos interculturales y comunitarios que promuevan espacios de encuentro y colaboración entre diferentes actores y saberes, a partir de co-crear soluciones contextualizadas y culturalmente relevantes para los desafíos del envejecimiento, poniendo en discusión a las instituciones y políticas que reproducen formas colonialistas de pensar y actuar, abogando por políticas públicas inclusivas y acompañadas de prácticas institucionales que reconozcan y respeten los derechos y la dignidad de las personas mayores, con enfoques interculturales, pluriversales y emancipatorios.

Las disyuntivas feministas despliegan a partir de los intercambios generacionales e intergeneracionales posicionamientos contras las maneras de opresión machistas (decolonialidad), dando paso al reconocimiento, autonomía, autoridad y poder, proporcionando espacios que habiliten la palabra y la acción, los discursos hablantes como operantes de en las vidas de las mujeres viejas (Lagarde, 2016). En los procesos de envejecimiento femenino solo las mujeres pueden hacer emerger la invisibilidad de lo que oculta lo visible, desde lo vivencial y es desde sus veteranías que ellas pueden construir lazos de solidaridad, en el entendido de apropiación y consolidación de sus capacidades para afrontar las complejas encrucijadas de género.

Consideraciones finales

Las miradas de la gerontología crítica y feminista interpelada desde las perspectivas decoloniales e interseccionales colocan a las mujeres viejas como productoras de prácticas instituyentes, motivadoras de participación insurgente frente al adormecimiento enmudecedor de la imposición represiva histórica del patriarcado colonizador del mundo de la vida.

Esta forma cómplice del accionar de las mujeres viejas, de comportarse frente a la opresión, configuran maneras vinculares de encuentro, que se mantienen y se transforman en referencia a cómo pensarse en relación al cuerpo, al envejecimiento y a la sexualidad (condición histórica), cómo actuar en función a la sororidad en el proceso de envejecer en las relaciones entre generaciones (condición política), cómo sentirse desde su corporalidad (condición cultural) y, cómo situarse para cambiar la vida al decir de Beauvoir (1983). Cambiar la vida supone la representación de las mujeres en situaciones de poder y de independencia, concretando las denuncias de postergación segregativa a las que han estado históricamente sometidas, así como, de los prototipos a través de los cuales se las presenta, se las caracteriza, sobre todo en los medios de comunicación masiva. El concepto de cambiar la vida de Beauvoir (1983), no se refería sólo a la conquista de

los derechos civiles de las mujeres, sino a aquellos diversos intersticios del mundo de la vida que afectan la expansión del ser social y político de las mujeres, poniendo de manifiesto que el ser es también el parecer del aparecer, como expresión de un nacimiento.

Pensar en el cambiar la vida nos remite automáticamente a la proposición de atreverse -las mujeres- a alterar el curso de vida vigente, de las condiciones y formas de vida objetivas como subjetivas que se les ha impuesto por siglos, reproduciéndose culturalmente de una generación a otra, dando sentido al feminismo y brindándole sustancia al reto de que todo pensamiento es acción, de que toda idea es práctica en acción. Si el desafío es cambiar la vida, se debe apostar al movimiento dialéctico de cambiar no solo las maneras de hacer y de pensar, de ser y estar, sino de comprender la esencia de la existencia de ese ser social vieja representada, que pueda ser situada y por ende contextualizada. Este movimiento permitirá aperturas, como fisuras no solo de salidas, sino de entradas, provocando rupturas en el pensar y en el entender de las vejeces como heterogeneidades por edad, por etnia, por clases sociales y por género y, no como expresiones de la realidad ahistóricas, apolíticas, asexuadas, homogeneizadoras y reproductoras de imaginarios binarios estandarizados, de cómo: verse, sentirse y pensarse. Estas exteriorizaciones deben trascender las naturalizaciones de esas prácticas sociales que impiden visibilizar las desigualdades, diferencias y especificidades de la producción social de las personas mayores. Cuestionar la invisibilidad de las divergentes formas en que se asume las vejeces en las mujeres conlleva a que se impugne las recorridas vitales, las transiciones y los puntos de inflexión que se aportan desde la mirada de curso de vida, rescatándose historiográficamente las travesías existenciales de las mismas.

La existencia de inteligibles morfologías de vivir como mujer, también existen para envejecer, por esto es necesario coadyuvar en espacios de expresión libre, con la apertura en la elección de cómo se desea experimentar las particulares singularizaciones de los procesos de envejecimiento. La existencia de diferencias individuales en los propios procesos de envejecimiento en las mujeres, se experimentan y comparten en una misma condición histórica, social y cultural. Las distancias históricas, sociales y culturales de percibir el proceso de envejecimiento las mujeres son heteróclitas y varían entre generaciones. Las convicciones de reconstruir las vejeces femeninas desde la juventud, coloca a las mujeres mayores en posturas que las colocan en investidura de poder, a través de proyectos societales, éticos y políticos instituyentes.

La sororidad es la expresión de prácticas cotidianas que se construyen y descubren consuetudinariamente, pudiéndose así trascender, con la superación, el plano de lo ideal, el plano del deseo. La acción de la sororidad se emite y enuncia colectivamente como vía de nuevos relatos, así como, en las nuevas identidades de las mujeres. La construcción de una cultura de la sororidad ha permitido y permitirá reconocer que las prácticas participativas de las mujeres rescatan

historias de relaciones de colaboración, de ayuda, de encuentro y de reclamo, como resistencias deliberativas de luchas emancipatorias contra las condiciones de subordinación supeditada a la obediencia del predominio autoritario del patriarcado.

La gerontología potencia estas edificaciones representativas de las mujeres, reivindicando sus modalidades de acción participativa, reconociendo en las redes de mujeres los soportes emotivos-afectuosos y materiales que conforman procesos identitarios de solidaridad. Por ello, el integrar las diversas aristas del campo de la gerontología crítica y feminista bajo las miradas decoloniales e interseccionadas, en los Objetivos Sanitarios Nacionales y en el Tercer Plan de Vejez y Envejecimiento resulta sustantivo e imperante para el reconocimiento no sólo de la participación de las personas viejas, sino de sus trayectorias de vida, sus memorias vivientes y sus transmisiones como construcciones identitarias de sabidurías.

Bibliografía

- o Beauvoir, S. (1983). *La vejez*. Editorial Edhasa. Barcelona, España.
- o Bourdieu, P. (2003). *El oficio de científico* (Trad. J. Jordá). Barcelona: Anagrama.
- o Dornell, T. (2023). Saberes, vejeces y género desde la perspectiva decolonial. Una experiencia convergente. Coloquio Paulo Freire, En: *Revista Ciclo del Pensamiento Crítico*. (sep. 2023). Programa APEX, Udelar. Uruguay.
- o Ghiso, A. (2013). Investigación social comunitaria en contextos de conflicto. *Revista colombiana de Ciencias Sociales*, No. 4 (1), pp. 121-134. Universidad de Antioquía, Colombia.
- o Lagarde, M. (2009). [La política feminista de la sororidad](#). *Mujeres en Red, El Periódico Feminista*, 11. México: Universidad Intercontinental.
- o Rawls, J. (1997). *Teoría de la justicia*. México, Fondo de Cultura Económica.
- o Worell, Judith y Etaugh, Claire (1994). Transformando la teoría y la investigación con mujeres: Temas y variaciones. *Psicología de la Mujer Trimestral*, 18, 433-440. ([Enlace](#))

La salud Bucal de las personas mayores en el Uruguay

| GABRIEL TAPIA²⁶

En el marco del espacio de trabajo colectivo generado en torno a la elaboración del tercer plan de envejecimiento, surgieron diferentes temas vinculados a la salud y entre ellos la salud bucal. Estas instancias motivaron a realizar una serie de reflexiones vinculadas a aspectos generales de la salud como derecho, de la necesidad de evitar la mercantilización de la salud, la bucalidad como concepto a tomar como punto de partida para las conceptualizaciones de salud bucal, la realidad de la salud bucal en personas mayores y la perspectiva de la misma vinculada al tercer plan de envejecimiento.

La salud bucal como en derecho

Desde la concreción de la Declaración universal de los derechos humanos de la Organización de las Naciones Unidas en 1948 (ONU, 1948), no existen dudas que la salud es un derecho humano fundamental. En tal sentido, una vez que esto comenzó a tener incidencia en los desarrollos conceptuales de salud, es que Villar y Capote Mir en el marco de la definición de salud, entre otras dimensiones que plantean entorno a la salud, mencionan que la salud es “un derecho humano fundamental” (Villar, 2012), con todo lo que ello conlleva en relación a las diferentes responsabilidades que esto determina. Por un lado la responsabilidad individual respecto a su cuidado, pero también la responsabilidad del estado en relación a garantizar su cumplimiento. Esta misma definición, plantea que la salud además de un derecho es un “inestimable bien social”, lo cual nos permite evidenciar que la salud de los ciudadanos y ciudadanas requieren de cuidado y protección, no solo porque es una responsabilidad de cada uno, sino porque “mi salud” y “la salud de todos”, es un bien común, que además su “valor” es inestimable, que refiere a que es tanto, que no tendríamos la posibilidad de estimarlo siquiera.

26 - Dr. en Odontología. Docente profesor titular (grado 5), Histología Buco Maxilo Facial, de la Facultad de Odontología, Udelar. Docente profesor adjunto (grado 3) Odontología Social, Facultad de Odontología, Udelar.

Partiendo del concepto de derecho vinculado a la salud, es que no deberíamos admitir que la atención a la misma se utilice como un bien transable, por tanto no sería admisible que la salud sea considerada una mercancía, y que tenga acceso a la misma quién pueda costearla, a través de su bolsillo.

A pesar de que seguramente todos entendemos este concepto, y que seguramente hacemos acuerdo con que la salud, al igual que la educación, la vivienda, el saneamiento, y otras cosas que consideramos derechos no deben ser mercantilizados, en nuestro país existen áreas de la salud, como el área vinculada a la salud mental y la salud bucal por ejemplo, donde el acceso a la atención integral de las mismas depende de la capacidad de bolsillo de cada ciudadano y ciudadano. Esta mercantilización genera importantes inequidades en el acceso, entendiendo por inequidad a aquellas diferencias entre los miembros de una sociedad, que podrían ser evitables, diferenciando este concepto de las desigualdades, que son aquellas diferencia entre los individuos que no pueden ser evitables (ejemplo de ello es la edad de las personas en un grupo humano). Específicamente en salud bucal, el actual sistema de salud del Uruguay, ofrece una cantidad muy reducida de prestaciones como parte del paquete taxativo al que los usuarios del mismo tienen acceso. Esto claramente lleva a que las prestaciones de salud necesarias para poder tener un estado de salud integral a nivel bucal, no es posible resolverlo sin la capacidad de pago necesaria para acceder a la cobertura de salud que necesitamos. En este sentido, se generan inequidades vinculadas al acceso de la atención a la salud bucal, en un país donde tenemos alta prevalencia de caries dental (Olmos, 2013), donde tenemos altas prevalencias de enfermedad periodontal (Lorenzo, 2013), donde existe una alta proporción de adultos y adultos mayores que requieren atención a las mal oclusiones (Ourens, 2013), y donde existe una gran cantidad de personas mayores con pérdida dentaria (Nicola, 2013), la salud bucal se transforma en un problema de salud muy importante, pero a pesar de su expresión tan rotunda no termina siendo demasiado sentido a nivel de las comunidades, elemento que deberíamos considerar a la hora del diseño de estrategias y políticas públicas en el área.

¿Es importante la salud bucal?, ¿Por qué será necesario valorar este tema?

Seguramente todos responderíamos que sí, que la salud bucal es muy importante, por lo cual la mayoría de nosotros y nosotras nos sentiríamos en deuda con nuestra población, si supiéramos que la mayoría de los uruguayos y las uruguayas requieren de atención odontológica pero no pueden acceder a la misma.

Para fundamentar conceptualmente esta inequidad sentida en la población uruguaya nos apoyamos en el concepto de “Bucalidad”, el cual ha sido generado a partir de diversos trabajos del

Dr. Bottazzo que plantea que la bucalidad se corresponde con un acuerdo teórico metodológico por lo cual los trabajos en la cavidad bucal son esenciales para cumplir con funciones biológicas y sociales, entre ellas se destacan las funciones de masticación, fonación y vida de relación entre otras (Narvai, 2006). Refiere las funciones asociadas al consumo en el mundo para sobrevivir en el plano natural. Desde este concepto hace énfasis en que la salud no se agota en la forma puramente clínica, sino que da cuenta de recuperar al individuo en su totalidad, abriéndose a partir del concepto de bucalidad un sin número de posibilidades para la producción de prácticas y conocimientos. Estas funciones más amplias refieren a las vinculadas al trabajo, la educación, todo aquello que hace al desarrollo del ser humano en un plano integral.

La pérdida de piezas dentarias, que en nuestro país es muy común en las personas mayores, implica una afectación muy fuerte de las funciones que realiza la cavidad bucal. Es claro que quién no tiene dientes no puede masticar, no puede realizar en forma adecuada la deglución, no es capaz de realizar adecuadamente una serie de fonemas y por tanto tendrá dificultades para comunicarse adecuadamente, pero además no se sentirá bien a la hora de sonreír, de besar, de tomarse una fotografía, en fin, seguramente una persona desdentada no esté feliz con su apariencia, y probablemente eso afecte su autoestima y su vida de relación. Proponemos pensar la salud bucal más allá de la boca, pensarla como un elemento vital para el desarrollo de una vida social activa y saludable, de allí el desafío de su cuidado, su mantenimiento y su atención, con una mirada de derecho, y desde la equidad en el acceso.

¿Y cómo es la situación de la salud bucal en el Uruguay?, ¿Cuál es la situación de salud bucal de las personas mayores en nuestro país?

El relevamiento Nacional de población Adulta del Uruguay de 2011-13, nos ha brindado un panorama de la salud bucal de las diferentes franjas etarias en nuestro país, en particular la descripción de cómo se encuentran las enfermedades más prevalentes en jóvenes, adultos y personas mayores, con una mirada de curso de vida, percibiendo el grado de necesidades de la población en relación a la salud bucal (Lorenzo, 2018).

Dado que este texto se enmarca en reflexiones vinculadas a las personas mayores en el marco de la elaboración del Tercer Plan de Envejecimiento, haremos referencia a la situación de las personas mayores, centrado en uno de los mayores problemas que presenta este grupo etario, que es la pérdida dentaria.

La pérdida dentaria refiere a la situación de que las personas que van perdiendo los dientes como consecuencia de enfermedades bucales, en particular por el tratamiento de las afecciones que

presentan los dientes, entre ellas la caries dental y la enfermedad periodontal que son las más prevalentes. Frente a la presencia de la enfermedad, y en el marco de un sistema que no es capaz de ofrecer la atención integral a la salud bucal, los tratamientos de elección terminan siendo la eliminación de los dientes, con la consecuencia de ir transformando a las personas a lo largo del tiempo, en poblaciones edéntulas (sin dientes), que al no poder resolver el tratamiento de prótesis que necesitan, se transforman en individuos que comienzan a padecer la pérdida de funciones con la correspondiente afectación de la salud bucal de las personas.

Una forma de cuantificar la pérdida dentaria en las poblaciones adultas, es mediante un indicador que se denomina CPO, indicador que identifica los dientes cariados (componente C del CPO), los perdidos (componente P de CPO), y diente obturados (componente O de CPO). Para lograr el número final de CPO se suman los dientes cariados, perdidos y obturados, y allí obtenemos el CPO de individuo examinado. Cuando el CPO vale 0, quiere decir que ese individuo no tiene ni tuvo lesiones de caries dental, se considera un individuo libre de caries. En contraposición quienes tienen valor diferente de cero, son individuos que tienen o tuvieron caries, cuando miramos este indicador en un grupo o en una población, el porcentaje de individuos con CPO diferente de cero son el grupo que presenta la condición, en este caso caries. El porcentaje de individuos que tienen la condición representan la prevalencia de la enfermedad en dicha comunidad (en este caso caries dental).

El componente P del CPO, vimos que refiere a la cantidad de dientes perdidos por cada persona, podemos por tanto identificar qué el porcentaje de individuos de una comunidad que tienen el valor de P diferente de cero, serían aquellos que presentan esta condición (pérdida dentaria), y el porcentaje total de estos representan a la prevalencia de la pérdida dentaria del grupo en cuestión. Hechas estas aclaraciones, veremos algunos valores que nos acercan a la realidad de la salud bucal en el Uruguay, donde cuando vemos la prevalencia de caries en jóvenes, adultos y adultos mayores, vemos que en el tramo etario de 15 a 24 años el 81% de los individuos presentan el CPO diferente de cero, que entre los 35 y 44 años ya son el 100 % que presentan CPO diferente de cero, guarismo que se mantiene en las personas mayores, por lo cual el 100% de las personas mayores tienen CPO diferente de 0.

Cuando vamos al valor promedio de CPO, cuyo valor máximo es de 28, los jóvenes presentan 4.15, los adultos presentan 15.2 y las personas mayores presentan 24.13. Cuando observamos el CPO del tercio que se encuentra en peores condiciones (Índice Significativo de Caries), los jóvenes tienen un promedio de 5.81, los adultos presentan 18.74 y las personas mayores presentan 27.88. Si hablamos de pérdida dentaria, podemos ver que dentro de las personas mayores (65 o más), el 27% de la población es edéntula, o sea que no tiene dientes. Si miramos el indicador de pérdida

dental severa, que es un indicador que incluye a las personas que tienen 9 piezas dentarias o menos, el 53% de las personas mayores la presentan, y si miramos entre Montevideo y el interior, el 50% de las personas mayores que viven en Montevideo presentan pérdida dental severa, sin embargo en interior esta cifra se eleva al 57% de las personas mayores que allí habitan.

Estos datos deberían hacernos reflexionar, porque todos estas personas mayores dada la pérdida de piezas dentarias tendrán enormes dificultades para comer, para masticar, deglutir y hablar como ya mencionamos, pero seguro también tendrán dificultades en el establecimiento de vínculos, probablemente problemas de salud mental asociados a la soledad, a la baja autoestima, en fin, problemas que puedan ser producidos por una carencia vinculada a la patología acumulada durante el curso de vida y a la falta de atención integral a la salud bucal, que si no la puede resolver por los medios económicos que posee, seguramente no la resolverá.

¿Cuáles pueden ser las perspectivas en relación a la salud bucal de las personas mayores?

Podríamos situar las perspectivas en relación a lo que podemos esperar por un lado y a los que podamos aspirar por otro.

Lo que podemos esperar es claro, ya tenemos un 100% de adultos (entre 35 y 44 años), que tienen CPO diferente de 0, tenemos un 10 % de adultos con pérdida dental severa, y un 1% de los adultos son desdentados totales. Ese es el piso del cual partimos, pero les quedan 20 años de vida, donde la ausencia de acciones en favor de promover la salud bucal, los llevará a la condiciones de los adultos mayores de hoy, o quizá la situación sea peor todavía. Es por ello que debemos pasar rápidamente a la acción, a la protección de las poblaciones que aún se encuentran en condiciones de salud, propendiendo que a quienes requieran atención a la salud bucal esta sea integral, oportuna y de calidad.

Deberíamos aspirar, y la realización del tercer plan de envejecimiento puede ser un buen momento para ello, a la confección de una estrategia que permita concretar el derecho a la salud bucal de las personas mayores. Un plan que cuente con objetivos, con actividades vinculadas a cada uno de esos objetivos, aguardando la obtención de resultados que tengan sus correspondientes indicadores, los que permitirán mediante la evaluación identificar el cumplimiento o no de los objetivos.

Es clave para el logro del plan de acción la participación de los involucrados, me animo a reproducir una frase de ONAJPU, tomada de la revista Nuestra Voz +60, donde dice “Nada sobre

nosotros sin nosotros”, palabras por lo más elocuentes para cómo debe desarrollarse un plan de atención a la salud bucal de las personas mayores.

Es necesario también, que desde la academia, el poder político, las instituciones, se propicie el empoderamiento de las personas mayores, sean capaces de poner el tema en agenda, y sean parte de un diálogo social necesario, para que la definición de objetivos y actividades sean definidas por los propios usuarios, buscando la concreción de la salud bucal como derecho y no como privilegio, con un sistema de salud que evite la mercantilización de la atención a la salud bucal en el Uruguay, concretarlo es un desafío para todas y todos.

Bibliografía

- o Lorenzo S. Alvarez R. Relevamiento nacional de salud bucal de jóvenes y adultos uruguayos 2011. Marzo 2018. ([Enlace](#))
- o Lorenzo, Susana, Piccardo, Virginia, Alvarez, Fernanda, Massa, Fernando, & Alvarez, Ramon. (2013). Enfermedad Periodontal en la población joven y adulta uruguaya del Interior del país: Relevamiento Nacional 2010-2011. *Odontoestomatología*, 15(spe), 35-46. Recuperado en 19 de noviembre de 2024, ([Enlace](#))
- o Narvai PC. Da odontologia sanitaria à bucalidade. *Rev Saude Pública* 2006;40 (N Esp): 141/7
- o Nicola Laguzzi, P; Silveira Schuch, H; Derrégibus Medina, L; Rodríguez de Amores, A; Demarco, F; Lorenzo, S. Tooth loss and associated factors in elders: results from a national survey in Uruguay. *Journal of Public Health Dentistry* 76 (2016) 143–151.
- o Olmos, Patricia, Piovesan, Sylvia, Musto, Mariana, Lorenzo, Susana, Álvarez, Ramón, & Massa, Fernando. (2013). Caries dental. La enfermedad oral más prevalente: Primer Estudio poblacional en jóvenes y adultos uruguayos del interior del país. *Odontoestomatología*, 15(spe), 26-34. Recuperado en 19 de noviembre de 2024, ([Enlace](#))
- o ONU. Declaración Universal de los Derechos Humanos. 1948
- o Ourens, Mariana, Celeste, Roger, Hilgert, Juliana Balbinot, Lorenzo, Susana, Hugo, Fernando Neves, Álvarez, Ramón, & Abegg, Claides. (2013). Prevalencia de maloclusiones en adolescentes y adultos jóvenes del interior del Uruguay. Relevamiento nacional de salud bucal 2010-2011. *Odontoestomatología*, 15(spe), 47-57. Recuperado en 19 de noviembre de 2024, ([Enlace](#))
- o VILLAR, H. Gestión de Servicios de Salud. Zona editorial, 2012

Dificultades en el acceso a la Atención psicológica en la vejez. Un análisis desde la bioética ^{|27|}

| VIRGINIA ÁLVAREZ PEREIRA²⁸

Resumen

El presente artículo busca analizar desde una perspectiva bioética, las dificultades de las personas mayores, en el acceso a la atención psicológica en los efectores públicos de Salud, en Montevideo, Uruguay. Se presentan características generales del Sistema Nacional Integrado de Salud, Primer Nivel de Atención, así como concepción de vejez y envejecimiento. Reflexiona sobre las variables en juego en el acceso a la atención. Postula que existen características propias de esta etapa vital, que la colocan en un lugar de mayor vulnerabilidad, lo cuál requiere una lectura desde la bioética. Refiere que más determinante que los años es la mirada social en relación al grupo etario y las limitaciones atribuidas solamente en función de la edad. Se busca trascender de un enfoque individual hacía un análisis institucional y político.

Introducción: Salud - Vejez - Bioética

En Uruguay con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (ley 18211) se establece “La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.” (Cap 1 Apartado F). El presente artículo busca analizar las dificultades institucionales en el acceso a la atención psicológica de las personas mayores. Es importante aclarar que la especificidad del tema está

27 - Este artículo forma parte de la Monografía Final (inédita) de la Diplomatura en bioética clínica, social y salud pública. IUCBC culminada en el 2022

28 - Docente de la Unidad Académica Temática Ciclo de vida y comunidad-vejez (APEX- UdelaR) Psicogerontóloga, Mag. en Psicología.

dada por la formación disciplinar y ámbitos de inserción de la autora, sin que sea excluyente de esta disciplina la dificultad en el acceso a la atención en salud.

Para la mejor comprensión y análisis se divide en apartados, el primero en donde se presentan características generales del Sistema Nacional Integrado de Salud, en el segundo se describen algunas características de la Vejez y envejecimiento y en el tercero se aborda específicamente el acceso a la consulta psicológica. El artículo usa indistintamente el término viejo/a como persona mayor. La primera como consenso teórico, en donde la vejez es una etapa más de la vida (siendo viejos/as quienes la transitan) y la segunda en acuerdo de la Convención para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (personas como sujetos de derechos).

Sistema de Salud en Uruguay

En el 2007 con la aprobación de la Ley 18.211, Uruguay comienza una reforma estructural en el sector salud, creando el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Sistema que establece cambios en los Modelos de Atención, Gestión y Financiamiento, buscando garantizar la equidad, accesibilidad, calidad y universalidad a los servicios de salud. El cambio en el Modelo de Atención, busca pasar de un enfoque biomédico a uno preventivo, de una visión hospitalocéntrica a la comunidad, lo cual implica privilegiar el primer nivel de atención, enfatizando en los aspectos educativos y preventivos. Logrando con ello una mayor equidad y accesibilidad a los servicios de salud. El cambio en el Modelo de Gestión, propuso pasar de la gestión en base a las necesidades de los servicios hacia las necesidades de la población, lo que implica una coordinación planificada entre los distintos efectores del sistema, buscando la complementación a fin de optimizar los recursos. El cambio en el Modelo de Financiamiento, se expresa en la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) que controla y regula los fondos de las distintas instituciones previniendo desfinanciamientos, vinculando los fondos otorgados al cumplimiento de las prestaciones y convirtiéndose en un importante factor de equidad.

La creación del SNIS implicó entre otras cosas, la separación de ASSE del MSP. Priorizando la estrategia de Atención Primaria en Salud, el primer nivel de atención, acciones focalizadas en la prevención y promoción de salud y la organización en Redes. Excede a los objetivos de éste artículo profundizar en todos los cambios del SNIS, pero resulta crucial en el análisis de la temática comprender algunos elementos relacionados con el financiamiento.

Con la creación del SNIS se redefinen los mecanismos de financiamiento de la atención a la salud a través de la creación de un Seguro Nacional de Salud que funciona bajo el esquema de seguro social, los individuos aportan según su capacidad contributiva y reciben atención según sus necesidades de salud. Se apunta a la equidad de la financiación, a través de una contribución

progresiva. La asignación de recursos a los prestadores se realiza a través de transferencias globales en base a un valor per cápita o “cuota salud” ajustadas por riesgo (edad y sexo) y al cumplimiento de metas asistenciales. Las metas se plantean como incentivos en relación a programas específicos vinculados al fortalecimiento de las acciones de APS. (Sollazo, 2011, pág. 2833).

No podemos desconocer lo revolucionario que fue el SNIS en las posibilidades de acceso a la atención en Salud (en donde aportamos según nuestros ingresos, sin que ello limite la atención que recibimos). Los costos de órdenes, estudios y medicamentos están regulados por el Estado, siendo obligatorio acceder a algunos de forma gratuita.

“El componente meta, resulta de la evaluación de la performance institucional a través de la definición de un conjunto de indicadores vinculados a objetivos sanitarios establecidos por el Ministerio de Salud Pública” (Rébora, 2014, pág. 23). Qué la transferencia monetaria a los efectores privados y públicos se realice por cumplimiento de metas es un avance y una garantía siempre que las mismas respondan a los principales problemas de salud (y enfermedad) de nuestra población. Esto nos presenta una primera dificultad que es la de jerarquizar las problemáticas de salud/enfermedad. Sabemos que los recursos económicos son finitos, entonces: ¿Cómo garantizar que las prioridades de atención se establezcan en función de las necesidades de las personas y no de la transferencia monetaria?

Con la creación del SNIS se definieron en una primera etapa (2008) tres metas asistenciales (cada una de ellas con sus correspondientes indicadores) La primera vinculada a la salud del niño/a y embarazada, la segunda Correspondiente a Recursos Humanos y la Tercera correspondiente al Adulto Mayor. La tercera meta tenía como objetivo la aplicación por parte de profesionales del “Carné del Adulto Mayor”, así como también el número de consultas anuales (1 para mayores de 65, dos para mayores de 75) y contar con Médico de Referencia para este grupo etario.

En febrero del 2014 la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud anunció la cesación de la Meta 3, transfiriendo esos recursos hacía cargos de alta dedicación (Meta 4) lo cuál implicó que las personas mayores dejarán de ser población objetivo.

Si bien la existencia de la Meta 3 tenía aspectos a mejorar, la aplicación del carné del adulto mayor generaba un espacio de intercambio en donde se indagaban - independientemente del motivo de consulta- aspectos relacionados con lo cognitivo, lo afectivo, lo funcional. No era garantía de atención integral, pero era un avance en relación a la promoción de salud y prevención de enfermedades. En la actualidad no existe ninguna meta específica relacionada con el grupo etario.

Vejez y envejecimiento

Sin conocimiento, no tendremos la posibilidad de cambio; sin conocimiento, nuestro pensar y actuar quedará sujeto a lo que nos digan otros sin posibilidad de reflexión. En caso contrario, funcionan únicamente los prejuicios, y aunque es cierto que todo ser humano parte de prejuicios, de juicios previos, y que el proceso de conocimiento consiste en ir esclareciéndolos hasta formular juicios, no es menos cierto que cuando el proceso de esclarecimiento e información no existe, solo funcionan las etiquetas, las consignas, la no reflexión. Adela Cortina.

La historia de la gerontología (disciplina científica que estudia el proceso de envejecimiento en todas sus dimensiones) remite al siglo XVII, teniendo su mayor desarrollo en la segunda mitad del siglo XX, como respuesta al envejecimiento poblacional. Desde esa época y hasta ahora han existido diferentes teorías que buscan explicar el proceso de envejecimiento y la vejez. Ya sea centrada en lo biológico -teoría radicales libres (1956) mutación somática (1959) acumulación de productos de desecho (1974)- ó en lo psico social -del desapego (1961); de la actividad(1968); epigenética (2000)- suelen compartir un enfoque de pérdidas de funciones. En el siglo XXI desarrollos como el curso de la vida y el del ciclo vital dinámico exponen la necesidad de estudiar el envejecimiento en todo su proceso, no solo desde las pérdidas. Un ejemplo de ello lo constituye el trabajo de Dulcey y Uribe (2002), quienes, retomando los planteos de Neugarten, mencionan tres conjuntos de factores que inciden en el ciclo vital: las expectativas sociales relacionadas con la edad y el género , las influencias históricas y los acontecimientos personales.

El envejecimiento es un “... proceso dinámico, gradual, natural e inevitable, donde se dan cambios a nivel biológico, psicológico y social (...) como todo lo humano siempre lleva el sello de lo singular.” Viguera V. (2001).

Compartimos con López Sánchez y Olazábal Ulacia cuando refiere que “El cambio en la vida adulta y la vejez no es universal (los sujetos varían mucho entre sí), no es unidimensional (cada capacidad o función evoluciona de diferente manera) ni unidireccional (determinadas capacidades pueden involucionar, pero otras pueden mantenerse o mejorar), ni es tampoco siempre y necesariamente irreversible (hay aspectos y dimensiones que se pueden mejorar).” (1998, pág. 35).

Lacub plantea en relación al envejecimiento y la vejez, la necesidad de enfoques políticos, culturales y éticos que cuestionen y transformen los modelos basados en concepciones normativas y criterios de edad, posicionándose desde la post gerontología. “El pensamiento político en gerontología, tiene por lo tanto, como base ideológica, la reflexión crítica y transformación de los modelos de sujeción de la vejez y de los dispositivos etarios. Realizando un estudio crítico sobre

los modelos en los que se sostiene la gerontología actual, ya sea por el excesivo biologicismo o por las tendencias estratificantes.” (Iacub,2001, pág. 438).

Se trata de trascender la mirada de la vejez como etapa deficitaria (reduccionismo biológico) incorporando dimensiones de la historia personal, familiar así como características del territorio y la época. En este sentido compartimos con León Correa (2009) al pensar el entrecruzamiento bioética y vejez “(...) No basta con una aplicación superficial de los cuatro principios clásicos, entendida en muchas ocasiones desde el individualismo liberal dominante, para asegurar en nuestros países el respeto a los derechos o la mejora de la situación vulnerable de gran parte de la población“ es necesario trascender los enfoques individuales y pensarnos desde lo institucional y social. Pensar el envejecimiento y la vejez en sus diversas dimensiones (no sólo el déficit) nos invita a pensar más allá de la vulnerabilidad de esta etapa (mirada también necesaria, no se trata de negar su existencia, sino de trascenderla) a la vez que se impone trascender lecturas desde lo individual y poder incorporar dimensiones institucionales y sociales. ¿Cuáles son los paradigmas predominantes en la diagramación de las políticas de salud referentes a esta etapa de la vida?

¿Y en Uruguay?

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial relacionado con los avances tecnológicos y con un descenso de la tasa de natalidad. Uruguay es uno de los países más envejecidos de América Latina y el Caribe. El último censo poblacional (2023) señalaba que el 16% de la población era mayor de 65 años. La pirámide poblacional muestra una estructura de ensanche superior por sexo y edad y aporta datos significativos que responden a dos fenómenos de la actual fase postransicional. Por un lado, el proceso de sobre-envejecimiento (aumento de las personas mayores de 84 años dentro de las personas adultas mayores) y por otro lado, la feminización del envejecimiento (mayor esperanza de vida de las mujeres sobre los hombres, tanto al nacer como luego de los 65 años de edad). La mayoría de las personas mayores viven insertas en la comunidad, sólo un 3% de esta población habita en establecimientos de larga estadía (Valdez, 2021) esto nos interpela y cuestiona sobre los paradigmas predominantes en relación a la vejez y el envejecimiento. Al indagar estado del arte sobre bioética y vejez, la mayor parte de la bibliografía existente relaciona vejez con dependencia, cuidados paliativos y eutanasia lo cuál si bien es crucial en esta etapa de la vida, no resulta representativo de la situación del grupo etario en el país y la región.

Acceso a la Atención psicológica en la vejez

Como mencionamos en apartados anteriores, las personas mayores deben lidiar con las vulnerabilidades propias del momento vital y con el lugar en el cuál son colocadas socialmente. El

proceso de envejecimiento y la vejez obedecen a un imaginario social (Castoriadis y Vicens, 1989) que tiene algo de permanente y algo de cambiante, que se asienta sobre aspectos prejuiciosos; prejuicios que forman parte del proceso de construcción de la personalidad, razón por la cual son difíciles de modificar, así como resulta difícil trabajar con sus efectos (la mayoría, inconscientes). Lo que sentimos, deseamos, hacemos, está atravesado por nuestra época. Como menciona Gutiérrez Ríos “...envejecer en una sociedad organizada estructuralmente para la guerra o en otra organizada para el consumo producirá, sin lugar a dudas, ethos diferentes entre los individuos que comparten una misma edad.”(2006, párrafo 7)

Es fundamental que las personas mayores puedan acceder sin dificultades a espacios de promoción de salud y de prevención de enfermedad entre los cuales se encuentra la consulta psicológica. Esto se justifica en los principios rectores del SNIS, la epidemiología de nuestro país y las características de esta etapa de la vida.

En Montevideo (al igual que el resto del país) existen distintas vías de acceso a los espacios grupales y a la atención psicológica individual, los cuales pueden ser por derivación del médico/a tratante, por voluntad propia del usuario/a o por derivación de otras instituciones. En los últimos años (coincidentemente con cambios lineamientos políticos del período 2020-2025) se recortaron los recursos económicos destinados al primer nivel y se establecieron cambios en relación a los tiempos que cada profesional puede destinar al abordaje grupal y comunitario, a la vez que se redujo el tiempo destinado a la consulta individual. Esto se acompañó de la exigencia de un porcentaje semanal mayor de consultas por primera vez. Acción que justifican en las extensas listas de esperas para acceder a consulta psicológica (algunas personas pueden llegar a esperar un año para tener un espacio). Sin dudas este es un tema que en sí mismo amerita reflexión, ya que no podemos desconocer la situación de injusticia que implica el acceso de unos pocos, pero ¿podemos justificar el acceso en desmedro de la calidad? Esta situación no es exclusiva de las personas mayores, pero a diferencia de otros grupos etarios, los viejos/as reciben una doble exclusión: la falta de metas asistenciales específicas y la no inclusión en los modos de atención prioritarios en salud mental (Grupal, familiar e individual). El sistema no les niega la atención, pero claramente no les prioriza.

Consideramos que acceder a la consulta psicológica en esta etapa es fundamental. Una de las características de la vejez es el enfrentarse a constantes pérdidas y duelos (de pares, de roles sociales, del cuerpo joven), lo que supone una continúa reelaboración en las personas adultas mayores. Los cambios biológicos repercuten en la vivencia del cuerpo y, por ende, en la construcción de identidad, no solo por lo que implica en cuanto al enlentecimiento de algunas funciones,

del “rendimiento” físico y sexual, sino por los significados socialmente atribuidos a los cuerpos jóvenes, asociados con la belleza.

Las pérdidas (al igual que el aumento del tiempo libre) son características de éste grupo etario, lo cuál requiere espacios de reelaboración, en donde descubrir (y/o inventar) con otros/as quien soy. Si a esto le sumamos la prevalencia de depresión en el grupo etario, es fundamental facilitar el acceso a la atención.

Durante el primer año de emergencia sanitaria el equipo docente que trabaja con personas mayores en el Programa APEX (Universidad de la República) realizó una encuesta telefónica entre usuarias y usuarios de la Policlínica (espacio docente asistencial) buscando indagar cambios en la percepción de Salud a partir de la Pandemia por Covid 19. Como resultado de esa encuesta

“El 62% de las personas entrevistadas manifestaron que su estado de ánimo se vio modificado en los últimos meses, predominando el sentimiento de soledad. Los motivos más recurrentes por los que las personas mayores declaran que su estado de ánimo ha cambiado están directamente asociados a la pandemia y todo lo que ella conlleva, el encierro, la incertidumbre, el miedo, aburrimiento, soledad, etc.” (Álvarez et al, 2021, pág 35). Años después de declarada la emergencia sanitaria, aún no hemos podido dar respuesta a la demanda asistencial relacionada con el aislamiento y los procesos de duelo.

Algunas reflexiones

Una mirada desde la Bioética, nos permite interrogarnos por la distancia entre el discurso y las prácticas, identificando fallas en nuestro Sistema de Salud. Un Sistema que representa un avance en lo que refiere a la atención y el financiamiento (más justo y equitativo) pero no logra incluir entre sus prioridades asistenciales a uno de los grupos vulnerables (más aún después de la Pandemia por COVID-19) en donde la “responsabilidad” de acceder a la atención queda centrada en la persona. Esto que observamos en un plano más macro (institucional y social) no se condice con lo que se puede observar en lo micro (individual). En las acciones singulares se despoja a la persona de su capacidad de decidir.

“Un ejemplo, habitual y cotidiano, tiene lugar en los procesos asistenciales —en el ámbito de la salud y los servicios sociales—, cuando la información sobre el estado de la persona la recibe la familia, por lo general, el cuidador principal, con la justificación de que es para «protegerlo» y para evitar que «le pueda afectar psicológicamente»”. (Casado, 2016)

Resulta un desafío para la bioética problematizar temas como la toma de decisiones, el consentimiento informado, la medicalización en la vejez por mencionar algunos de los más significativos. Pero resulta también un desafío y responsabilidad visibilizar las trabas institucionales que impiden que una persona sólo por el hecho de ser viejo/a no acceda a una prestación de salud.

Bibliografía

- Álvarez, V., Palumbo, R., Rodríguez, C., & Silveira, V. (2021). Acortando distancias: Abordaje con personas mayores en tiempos de pandemia. A. Quintans, M. Lafluf, P. Pereira, Pandemia, territorio y extensión. Complicación de relatos, experiencia y análisis vinculados a la extensión en territorio durante la pandemia COVID-19, 33-37.
- Brena, I. (2008). Derecho a la Protección a la Salud. Diccionario Latinoamericano de Bioética.
- Calvo, J. J., Borrás, V., Cabella, W., Carrasco, P., De los Campos, H., Koolhaas, M.,... & Varela, C. (2013). Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Montevideo: Ediciones Trilce..
- Casado, M., Rodríguez, P., & Vilá, A. (2016). Documento sobre envejecimiento y vulnerabilidad. Barcelona: Observatorio de Bioética y Derecho.
- Castoriadis, C., y Vicens, A. (1989). La institución imaginaria de la sociedad. Vol. 2. Barcelona: Tusquets, p. 34.
- Cortina, A. (2013). ¿ Para qué sirve realmente la ética (p. 21). Barcelona: Paidós.
- Dulcey, E. (2016). Envejecimiento y vejez: Categorías y conceptos. Siglo del Hombre Editores.
- Dulcey, R. E., y Uribe, V. C. (2002). «Ciclo vital, envejecimiento y vejez». Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 34, pp. 17-25.
- Gutiérrez, E., y Ríos, P. (2006). «Envejecimiento y campo de la edad: elementos sobre la pertinencia del conocimiento gerontológico». Última Década, vol. 14, n.o 25, pp. 11-41.
- León Correa, F. J. (2009). Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. Acta bioethica, 15(1), 70-78.
- López Sánchez, F., y Olazábal Ulacia, J. (1998). Sexualidad en la vejez. Madrid: Pirámide

- Seoane, C. C., Anglada, M. Z., Iglesias, I. P., & del Pino Boytel, I. A. (1998). La bioética y los problemas del adulto mayor. *Medisan*, 2(3), 30-35
- Sollazzo, A., & Berterretche, R. (2011). El sistema nacional integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2829-2840.
- Iacub, R. (2001). La Post-Gereontología. Hacia un renovado estudio de la Gerontología. In IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile AG.
- Ley N° 18.211. (Diciembre de 2007). Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo, Uruguay.
- Rébora Dumestre, M. (2014.). Nuevos paradigmas de construcción institucional del estado: análisis de la política pública y metas asistenciales en el marco del sistema nacional de salud. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Ciencia Política.
- Trejo, M. C. (2012). El viejo y su tiempo. Hacia una ética de la razón cordial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 95-99.
- UNESCO (octubre 2005). [Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos](#).
- Viguera, V. (2001). [«Curso virtual: Educación para el envejecimiento. Clase 4: El proceso de envejecimiento» \[en línea\]. Tiempo. El Portal de la Psicogerontología.](#)
- Zorrilla Fuenzalida, S. (2001). El envejecimiento en el campo interdisciplinario de la bioética.

Movimiento de Familiares y Residentes de Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM)

| SOLANGE SANTOS Y ALICIA DI BARTOLOMEO

En 2020 la pandemia de COVID-19 visibilizó la poca o nula participación de las personas usuarias y sus familias en las decisiones que se toman sobre su vida y su dignidad en los ELEPEM. Como respuesta a esa situación, el 15 de julio de 2020, un grupo de personas convocadas por el CIEn a través de un seminario web internacional, inicia un Movimiento que busca transformar el actual modelo de cuidados por uno que garantice plenamente los derechos humanos de las personas mayores consagrados en la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

De ese trabajo, surge el documento fundacional, el cual da cuenta del estado de situación de los ELEPEM, el modelo de atención imperante y el impacto generado por la pandemia.

Es así, que en setiembre del 2020, nace la organización de la sociedad civil Movimiento de residentes y familiares de ELEPEM, apoyada por el Centro Interdisciplinario de Envejecimiento (CIEn) y el Núcleo Interdisciplinario de estudios en envejecimiento y vejez (NIEVE), de la Universidad de la República. El Movimiento tiene como propósito fundamental promover un modelo de cuidados en los establecimientos de larga estadía para personas mayores, con enfoque de derechos, en base a las herramientas de protección nacionales e internacionales. Promovemos un abordaje integral del cuidado donde se contemple a la persona en sus dimensiones social, histórica, biológica, psicológica y espiritual construida a lo largo de su curso de vida. Está integrada por los residentes, sus familiares y cuidadores, y aquellas personas vinculadas al cuidado en los establecimientos.

Las principales actividades llevadas adelante en estos primeros cuatro años son las siguientes:²⁹

- Apertura de redes sociales (Facebook e Instagram: @movimientoresidentes) y página web (www.movimientoelepem.org.uy) con el fin de publicar en forma propositiva respecto al cuidado en los ELEPEM, con enfoque de derechos, en base a los establecido en la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, y el Decreto 356/16.
- Realización de talleres con cuidadores/as de ELEPEM desde el 2021, con el objeto de problematizar las prácticas de cuidado que se desarrollan, con perspectiva de derechos, intercambiando sobre distintas dimensiones del cuidado: dignidad, autonomía, proyecto de vida, privacidad, intimidad y participación, entre otras. La problematización de las prácticas de cuidado permite pensar que se pueden desarrollar de otra forma y visualizar la perspectiva de vejez que nos atraviesa. Los talleres son virtuales, de frecuencia semanal, de una hora de duración, sin costo, con constancia de participación por taller. Los ciclos han sido de veinte talleres.

También se han realizado talleres con profesionales del área social. El objetivo es trabajar con respecto al rol del PAS y luego ir incorporando distintas dimensiones del cuidado que a los profesionales les interese. A modo de ejemplo podemos citar; ingreso y adaptación, consentimiento informado, comisión de participación, proyecto de vida, privacidad, intimidad. Estos talleres son virtuales, de frecuencia semanal, de hora y media de duración, sin costo, con constancia de participación por taller. Los ciclos han sido de seis talleres.

- Participación en proyectos de investigación junto al CIEn. Nos hemos presentado la academia y la sociedad civil a varios proyectos.

La Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) autorizó en el 2022 la realización del proyecto: “El cuidado en los ELEPEM en tiempos de pandemia. Aportes para la reflexión desde la perspectiva de derechos”; en el mismo trabajamos junto a las Facultades de Psicología y Diseño y Urbanismo.

Para los años 2023 y 2024 nos presentamos a un proyecto de investigación I+D, el cual nos encontramos ejecutando: “Enfoque multidimensional de la situación de los ELEPEM en Uruguay”. En este caso estamos trabajando junto a las Facultades de Psicología, Diseño y Urbanismo y Enfermería.

29 - Solange Santos. Coord.Gral. Movimiento Familiares y Residentes de ELEPEM. Alicia Di Bartolomeo. Lic. Psicología, Dipl. Psicogerontología. Secretaria Movimiento Familiares y Residentes de ELEPEM

- Trabajo con familiares de residentes en la elaboración de una Guía práctica para el ingreso a un establecimiento, la cual está publicada en nuestra página web. El objetivo es tener en ese documento toda la información que se necesita al momento de elegir un ELEPEM junto a la persona mayor.
- Asesoramiento a familiares y personas mayores respecto a la normativa que rige en los ELEPEM, orientando en caso de denuncias, y comunicando directamente a Inmayores la situación cuando lo amerite.
- Asesoramiento a los profesionales del Área Social cuando comienzan a trabajar y desconocen su rol. Se armó un documento orientador y se publicó en la página web.
- Taller conjunto con Inmayores trabajando con PAS.
- Participación en el espacio de articulación de cuidados junto a otras organizaciones, bajo la coordinación de la Red Pro Cuidados. Aportando insumos para el Foro Nacional de Cuidados: www.forocuidados.uy/inicio
- Participación con la cursada de la Diplomatura en Psicogerontología de la Facultad de Psicología, ofreciendo el espacio del Movimiento para la realización de las prácticas de la especialización. Realización de conversatorios afines a la temática del cuidado en los ELEPEM, sobre:

“Regulación de los ELEPEM desde una perspectiva social”, con apoyo de Inmayores “Dimensión afectiva de la vida en los ELEPEM”, con apoyo del CIEN “Los derechos de las PM en los ELEPEM: ¿cuáles son y cómo garantizarlos?”, con apoyo del CIEN “Las prácticas de cuidado de las PM con demencia en ELEPEM”, con apoyo del Cien “Dignidad en la vejez, desde la mirada de los distintos actores del ELEPEM”, con participación de residentes, cuidadores, profesionales del área social, directores técnicos, directores, representantes legales. “Sostener. El espacio de cuidado en el ELEPEM”, con apoyo de la Facultad de Diseño y Urbanismo “Comunicación, accesibilidad y personas mayores”, con apoyo del Núcleo Interdisciplinario, Comunicación y Accesibilidad de Udelar (NICA) “Prácticas de cuidados con enfoque de derechos en los ELEPEM. Contribución desde el Movimiento”, sobre el trabajo final de la Diplomatura en Psicogerontología.

Todas las actividades están disponibles en: ([Enlace](#))

- Exposición en eventos nacionales y regionales sobre distintas dimensiones del cuidado de las personas mayores institucionalizadas (FADU, NICA, APGU, FSC, PRENPAR, FENF, entre otros)
- Participación en clases puntuales de grado de las Facultades de Psicología y Diseño y Urbanismo, compartiendo la experiencia del Movimiento, a solicitud de los docentes responsables
- Contacto permanente con redes y organizaciones amigas: REDAM, Red Pro Cuidados, Asociación de Psicogerontología
- Integración a los grupos de trabajo de organizaciones de personas mayores liderado por la INDDHH. Formando parte del Grupo Personas Mayores de la INDDHH. El Movimiento se encuentra inscripto en dicha Institución desde agosto de 2023 y participa de sus Asambleas Generales.
- Integración al Grupo Motor de Personas Mayores, luego de haber participado en la organización del Congreso Pablo Carlevaro en el 2023.
- El Movimiento fue incorporado al Registro de Organizaciones y Movimientos Sociales del Mercosur en mayo de 2023
- Durante este año se trabajó en el cambio del Art.28 literal i) del Decreto 356/16 referente al “consentimiento informado por confusión mental, el cual no corresponde por haber sido derogado por la Ley 19.529 de Salud Mental, y el Art.12 de la CIPDHPM entre otras. Se elevó un informe a la Experta Independiente de ONU, la cual tomó en cuenta nuestra denuncia y realizó ante el Consejo de Derechos Humanos de ONU en su 57ª período de sesiones en octubre de 2024, varias recomendaciones a los Estados en torno a esta temática. A través de la INDDHH ya se iniciaron gestiones ante el Parlamento con un ante proyecto de ley que quedará para el próximo período. Es nuestro desafío monitorear y continuar insistiendo en este tema.

Desafíos futuros:

Más allá de saber que nuestro trabajo es a largo plazo, la problematización de las prácticas de cuidado con enfoque de derechos, resulta compleja a causa de la perspectiva sanitaria y la concepción deficitaria de la vejez que predomina cuando se habla sobre el tema en los diferentes ámbitos.

Quienes interactúan con nosotros en estos espacios, expresan la dificultad que tienen en aplicar esta perspectiva de derechos en los ELEPEM, ya que no se comprende dicha visión y es resistido cualquier cambio a la rutina institucional (Di Bartolomeo. 2024)

Se evidencia un gran desconocimiento sobre la vejez y el envejecimiento por parte de quienes prestan servicios de cuidado en todos los niveles. La mayoría de los profesionales del cuidado no cuentan con especialización en el tema. Esto hace que no se comprenda la función social del ELEPEM, sin percibir que es un complemento a la función sanitaria que continúa prevaleciendo. Existe una resistencia importante a concebir el ELEPEM como centro de cuidado. Se continúa percibiendo como una institución con personas enfermas y dependientes en la etapa final de la vida. Constatamos un gran desconocimiento de la normativa vigente que hace a los ELEPEM (Dec. 356/16), así como de los tratados internacionales vinculantes como es la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores (CIPDHPM), donde especialmente en su Art.12 consagra los Derechos de las persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo.

Es muy dificultoso empoderar a la persona mayor residente para que pueda visibilizar sus derechos, construir un proyecto de vida a pesar de su edad y de estar institucionalizada. En suma, que se la vea como una persona sujeta de derechos y no de necesidades.

Para el 2025 uno de los desafíos es el trabajo con los familiares. A pesar de que en el Movimiento hay muchos familiares, no todos se integran al trabajo en talleres

El próximo año nos desafía ya que comienza un nuevo período gubernamental luego de las elecciones y ninguno de los candidatos ha hablado de propuestas sobre envejecimiento y vejez en materia de políticas públicas, por lo que no sabemos que dirección tomarán. La interacción con otras redes dedicadas al tema personas mayores, continuará en el próximo año. Resulta de gran apoyo, nos permite incorporar diferentes visiones tanto a nivel nacional, regional e internacional, así como una perspectiva más general en torno al tema

Bibliografía

- Di Bartolomeo, Alicia (2024). [\(Enlace\)](#)
- Decreto 356/16 sobre la regulación de los ELEPEM: [\(Enlace\)](#)
- Convención interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores [\(Enlace\)](#)

Red Nacional de Organizaciones de Personas Mayores (REDAM)

| AGUEDA RESTAINO, GENE MATEOS, SOLANGE SANTOS

¿Qué es REDAM?

La REDAM es una red de organizaciones de PM, integrada por organizaciones de jubilados y pensionistas, clubes de abuelos, organizaciones de mujeres, coros, grupos de danza, hogares de ancianos, universidades de tercera edad, etc., en todo el país.

Cada organización conserva sus características y están organizadas en red para facilitar el intercambio. Funciona como herramienta de trabajo, donde se desarrollan temáticas de interés de las personas mayores, como lo son promover la integración social, concientizar, sensibilizar, capacitar, y participación sobre los derechos, la dignidad y la seguridad, entre otros.

Objetivos

- Intercambiar sobre las prioridades y demandas de los colectivos de las PM.
- Promover los derechos humanos de las P M, ley 19430, votada por unanimidad.
- Elaborar una agenda conjunta de trabajo con el Estado.
- Incidir en las políticas públicas destinadas a la vejez y el envejecimiento.
- Comunicar, informar y sensibilizar sobre el tema de vejez y envejecimiento a la población.
- Difundir los Derechos Humanos de las PM, a través de los medios de comunicación escrita, oral y televisiva.
- Participar en colaboración con el CIEn, Programa IBIRAPITA, u otras Organizaciones en charlas, conversatorios, seminarios, foros relacionados con la temática de las PM.
- Intervenir en reuniones internacionales, presencial o virtual, que trabajan en temas de PM.

Creación de REDAM

En 2005 se crea el MIDES, y es en ese año donde se presenta en el Senado, un proyecto de ley, modificando una ley anterior de 2004, cambiando la visión de la vejez, asistencialista, por una

propuesta de vejez activa y participativa. El proyecto fue aprobado en 2007, por el Senado. Recién en 2009 es aprobada en Diputados y por el Poder Ejecutivo, como ley N° 18617.

Esta ley, crea el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM), luego llamado INMAYORES y sus competencias, asimismo, crea un Consejo Consultivo y sus respectivos principios rectores, se constituye en un organismo nacional, rector de las políticas públicas de envejecimiento y vejez. Se dictamina que el presidente del Instituto deba tener conocimientos técnicos en la materia.

A su vez, el Consejo Consultivo estará integrado por representantes del BPS, MSP, la Cátedra de Geriátrica de la Facultad de Medicina, Congreso de Intendentes y tres organizaciones de la sociedad civil (2 de REDAM y 1 de ONAJPU). Actualmente también hay 1 representante de UNI3.

En 2009 el MIDES convoca a grupos y organizaciones que trabajan con personas mayores, para la elaboración de un documento sobre la opinión de los derechos humanos de los adultos mayores a presentar en la Reunión de las Altas Autoridades del Mercosur, donde Uruguay ejercía la presidencia pro tempore, allí quedaron expresadas diversas propuestas en relación de los derechos y empoderamiento de la sociedad civil, en particular no concebir a las personas mayores como una carga para la sociedad, ni como sujetos pasivos, sino que somos sujetos de derecho y que contribuye en la sociedad en cultura, experiencia, cuidados y en determinadas circunstancias económicamente en el ámbito familiar. Allí se produce la creación de REDAM en Montevideo, que luego se extenderá abarcando todos los departamentos del país.

El Instituto comienza a funcionar en 2012, gracias a los Encuentros de la sociedad civil y la primera jornada parlamentaria realizada en 2011. Se realizan Encuentros Regionales en el interior, incorporando más organizaciones, se trabajó en una articulación interinstitucional con metas definidas por el Plan de Acción Internacional de Madrid 2002: con tres orientaciones prioritarias: protección de derechos humanos, salud integral y entornos favorables.

En el año 2012, se realiza un encuentro de organizaciones de adultos mayores con el Estado, promoviendo la construcción de un Plan Nacional de Vejez y Envejecimiento. (Primer plan 2013-2015), el cual fue presentado el 1 de octubre de ese año con lineamientos, estrategias y acciones del estado, dirigidas al bienestar de las personas mayores.

En el año 2015, REDAM realiza la segunda jornada de diputados por un día, con delegados de todos los departamentos. Nuestro país, ratificó Convención Interamericana sobre la protección de los DDHH, el 24 de agosto de 2016 y en diciembre del mismo, hizo el depósito, convirtiéndose en el primer país en hacerlo, lo que lo lleva a ocupar la presidencia del comité de seguimiento para el cumplimiento de la misma, previsto una vez haya 10 países en aprobarla.

Tomando de referencia la Convención, y en su carácter de vinculante, se elabora el Segundo Plan de Vejez y Envejecimiento (2016 - 2019), allí se establecen los lineamientos, las acciones y los organismos responsables de su ejecución. Este Plan se estructura en ejes estratégicos sobre los derechos establecidos en la Convención y son:

- o Igualdad y no discriminación, acceso a la justicia, derecho a la vida y a la dignidad en la vejez, derecho a la información.
- o Derecho a la salud, derechos a una vida sin ningún tipo de violencia. Derecho a la vivienda, derecho al trabajo, derecho a la protección social, y a la educación.
- o Derecho al cuidado.
- o Derecho a la participación e integración plena.
- o Rectoría en envejecimiento y vejez, política pública sobre envejecimiento y vejez, protección de los derechos humanos de las personas mayores.

En el año 2017, REDAM realiza la tercera jornada de diputados por un día, notándose una escasa participación de los parlamentarios nacionales. A fines de 2019, la OEA otorga a Inmayores como mención especial el “Premio Interamericano a la Innovación para la Gestión Pública Efectiva”, a través del vínculo que tiene Inmayores con la Red de Organizaciones de Personas Mayores (REDAM).

Participación

REDAM funciona en cada departamento con una o varias redes, donde se tratan los temas territoriales, planteos a nivel nacional de interés para las personas mayores, en forma semanal o quincenal. Las redes seleccionan a un delegado para participar en los plenarios que se reúnen mensualmente. En este plenario se debaten los temas y demandas, que posteriormente los delegados al Consejo Consultivo, llevan a esa instancia donde se elaboran propuestas y acciones conjuntas entre la sociedad civil y los organismos del Estado. Unos y otros delegados son elegidos por las organizaciones por un término de 2 años.

A partir del año 2020, se han sucedido circunstancias que han provocado una alteración en la dinámica de funcionamiento, el advenimiento de una pandemia mundial (COVID), determinó el cese de las reuniones presenciales, y por otro lado el cambio de autoridades gubernamentales motivó un cambio en la modalidad de trabajo del Instituto.

Durante este período, una herramienta digital vino a dar solución, aunque parcialmente, a las reuniones de las redes de REDAM, el zoom nos proporcionó esta instancia para las reuniones de

los plenarios nacionales con los delegados, pero al mismo tiempo disminuyó la participación de muchos por no tener conocimiento de los medios digitales o dificultades de conexión a internet. Esta herramienta nos permitió aún hoy, participar en eventos internacionales, trabajar en conversatorios con el CIEn, Consejos Consultivos. Hoy superada esta etapa, volvimos a lo presencial, delegadas nuestras han participado en reuniones de la Cepal, Foros internacionales, (Plataforma Mayor, Red Corv, RAADH del Mercosur, Cepal, etc.); realizar la cuarta jornada parlamentaria, esta vez con la nula participación de legisladores, y recientemente organizar y concretar la primera reunión del plenario presencial con delegados de la mayoría de los departamentos.

En lo que tiene que ver con las nuevas autoridades, hemos tenido varios cambios de las mismas que no han permitido una línea de trabajo a la que estábamos habituados, faltan referentes, si bien a partir del pasado año, se han realizado Encuentros Regionales y Consejos Consultivos presenciales, no hemos logrado avanzar hacia un 3er. Plan.

En Octubre del 2024 se realizó la quinta jornada de diputados por un día, notándose una muy buena dinámica de participación.

Desafíos por enfrentar

- REDAM juega un papel fundamental para llevar adelante un proceso participativo e incidir en la creación de políticas públicas que cumplan con los derechos humanos de las personas mayores, de acuerdo a la ley 19430 de aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
- REDAM ha funcionado como un espacio de trabajo común, abierto y amplio en defensa y promoción de los derechos humanos de las personas mayores. Ha construido una identidad propia como sujetos de derechos, así como también una identidad colectiva dada la heterogeneidad de las distintas organizaciones que lo integran.
- La pandemia por COVI-19, los cambios en las políticas de gobierno y los reiterados cambios en la dirección de Inmayores provocó un retroceso en estos cuatro años. Durante la pandemia, REDAM logró mantenerse trabajando de forma virtual, aunque con muchas dificultades debido a que no todos los integrantes se adaptaron a esta forma de trabajo. Es un desafío recuperar a estos integrantes para continuar el trabajo en territorio.
- Tener un trabajo constante con Inmayores, donde exista una mayor coordinación para un trabajo continuo, con lineamientos claros y una mayor incidencia.
- Insistir en el fortalecimiento del Consejo Consultivo con un funcionamiento regular, de carácter consultivo y no informativo y trabajando con otras instituciones que hacen al tema

vejez como la Justicia, el Ministerio del Interior, MVOT, ASSE, Secretaría de Cuidados y la Academia a través del CIEn y NIEVE.

- o Retomar los plenarios presenciales mensuales con todos los delegados departamentales.
- o Poder desarrollar un mejor trabajo en territorio y en especial poder llegar a la ruralidad, con el apoyo de Referentes Territoriales de Inmayores en todos los departamentos.
- o Buscar mecanismos de financiamiento sin tener que depender de las autoridades de turno.
- o Promover el acercamiento a colectivos más vulnerables como las personas mayores institucionalizadas donde sus derechos están vulnerados y muchas veces no le permiten la participación. A la ruralidad, sobre todo la ruralidad profunda donde el acceso a la información, la participación y servicios se hace mucho más difícil. A la población LGBTIQ+ ,a los feminismos, a los afrodescendientes y a los indígenas, colectivos que aún no se han integrado al tema vejez en forma colectiva y que es tan importante sus visiones para aunar fuerzas.
- o Crear un Estatuto de funcionamiento con funciones específicas de trabajo dentro de la red, que permita una mayor y mejor efectividad en el trabajo y coordinación.
- o Son muchos los desafíos, pero, “No dejar a nadie atrás” en un mundo que envejece, debe cumplirse y no ser un mero eslogan. Ser viejos es el futuro y de nosotros depende como vamos a vivirlo.

Organización de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas del Uruguay (ONAJPU)

| ANALÍA GOUGEON

ONAJPU es una organización madura, con experiencia, que, a lo largo de sus treinta y tres años de existencia ha participado en la gestión del BPS, con la participación de los sucesivos representantes de los jubilados y pensionistas en el Directorio, todos promovidos por ONAJPU y con el voto de los jubilados y pensionistas.

“La participación es una herramienta para lograr el pleno ejercicio de los derechos y participación es en sí misma un derecho”.

Como señala Adriana Fassio (2001), las organizaciones de personas mayores son espacios de práctica social, en los que se constituyen los sujetos sociales, por un lado, son canales de construcción de ciudadanía de las personas de edad y por otro conforman “lugares” solidarios a partir de estrategias organizacionales entre pares.

Los grupos organizados de adultos mayores en Uruguay, han ido más allá de la denuncia y de la reivindicación, y han asumido un papel activo en la solución de sus propios problemas y necesidades.” Y damos fe de ello.

Llegar a ser una OSC consolidada llevó un largo proceso, podríamos pensar que el plebiscito de reforma jubilatoria de 1989 unió a las asociaciones de jubilados y pensionistas tras un objetivo con el que terminó de germinar la ONAJPU.

El plebiscito de reforma jubilatoria de 1989 realizada el domingo 26 de noviembre de 1989, en simultáneo con las elecciones generales, tenía como objetivo reformar el artículo 67 de la constitución para asegurar el incremento en las pasividades según IMSN y si fuera necesario el Estado deberá asistir financieramente al BPS. La propuesta contó con un 72,5% de apoyo popular (respecto al total de votantes habilitados), por lo que fue aceptada.

Esta iniciativa partió de numerosas agrupaciones de jubilados y pensionistas, que habían visto sus pasividades sistemáticamente recortadas, tanto durante la dictadura cívico-militar como en los primeros años de restauración democrática.

En el primer Plenario Nacional de Asociaciones de 1988, estaban presentes compañeros de asociaciones de jubilados de diferentes lugares del país que están en la mejor historia de la creación de ONAJPU y a ellos vamos a recordar en el primer secretario general, de nuestro primer Consejo Directivo, conformado en la reunión del 11 de enero de 1991, don Luis Alberto Colotuzzo, primer director del BPS en representación de jubilados y pensionistas.

El mantener vigente esta fecha también implica tener presente a quienes gestaron la institución que hoy tenemos, a las asociaciones y a quienes, desde el primer Plenario Nacional, elaboraron la primera plataforma reivindicativa frente al incumplimiento del compromiso que habían asumido en la CONAPRO los partidos políticos. Aquella Plataforma tenía como primer punto reclamar el cumplimiento de la Constitución, integrando el Directorio del BPS con los directores sociales, también se reclamaba la Ley de Revaluaciones, para recuperar el poder adquisitivo perdido entre los años 1964 y 1988, entre otras cosas. Los documentos, periódicos, notas de prensa y la memoria misma guardan celosamente el testimonio de su paso por esta realidad que llega hasta hoy, donde cada uno ha dejado un poco de lo mejor de sí en la lucha por la solidaridad con sus pares. Nosotros hoy somos los responsables de capitalizar sus aportes de sabiduría y trabajo.

La organización nacional ya tiene 33 años de fundada y nuclea aproximadamente a 120 asociaciones de jubilados y pensionistas distribuidas por el todo el país, podríamos decir que es una federación de las personas mayores, (o la Central como le gustaba decir a don Luis Colotuzzo) porque cada asociación tiene sus características particulares, sus propios estatutos y libertad de acción, pero a su vez se reúnen en una organización de segundo grado que es la ONAJPU. Las asociaciones de jubilados y pensionistas son organizaciones de la sociedad civil (con personería jurídica) creadas por personas mayores, para reclamar por sus derechos, su plataforma reivindicativa, trabajar en y con la comunidad, informar y formar, para recreación y socialización, sus Comisiones Directivas son personas mayores electas por sus socios y la ONAJPU a su creación. Generaciones de trabajadores y trabajadoras han construido esta formidable herramienta, que a lo largo de su existencia, ha estado y continuará estando, al servicio de la causa de los jubilados y pensionistas, como parte de la sociedad que integramos. Desde los fundadores, con Don Luis Alberto Colotuzzo a la cabeza, pasando por un gran número de compañeros y compañeras, provenientes de todos los rincones del país, de las más variadas experiencias y orígenes, nos han dado este legado.

La ONAJPU está presente en territorio gracias a su organización en asociaciones y presencia a nivel nacional, esto lo hace un actor privilegiado a nivel comunitario. La característica de sus asociaciones que pueden ser por rama de actividad, barriales, de una ciudad, hace que la participación comunitaria sea de gran riqueza y variedad y ajustadas a las inquietudes o propuestas locales. Se participa en la INTERSOCIAL, en el Frente Nacional de Salud, las comisiones de usuarios de la salud, en las comisiones de seguimiento de los Centros de Día, se trabaja con los municipios, con las Intendencias, y no exclusivamente por temas de Personas Mayores sino en todo aquello que mueva a la comunidad. Con este bagaje es que ONAJPU se suma y aporta interactuando con los demás integrantes de la comunidad en una sinergia virtuosa, recibiendo y aportando conocimiento. Nuestra participación comunitaria amplia, diversa y con los pies en territorio, es una oportunidad y un desafío.

Hemos acumulando una vasta experiencia teórica y práctica que ha permitido, desde la posición definida por los jubilados y pensionistas en instancias orgánicas, en las asociaciones y la ONAJPU, en regionales y congresos, en intercambios con otras experiencias, adoptar una posición a partir del interés de la gente, de la defensa de una vida digna, de los derechos, con una definición de seguridad social amplia, verdadera protección social, como un derecho humano fundamental. El inicio de un nuevo ciclo político y administrativo es una nueva oportunidad para volver a poner las preocupaciones de jubilados y pensionistas sobre la mesa y conversar de cómo seguir avanzando en seguridad social, en salud ampliar el SNIS, profundizar y consolidar el SNIC para que sea el cuarto pilar de bienestar, vivienda digna, llegar a una jubilación mínima de 4 BPC y tantos otros temas que preocupan a los jubilados y pensionistas. Es una nueva oportunidad para insistir en la necesidad de un diálogo social que invite a participar, proponer y construir en sociedad.

Más que nunca, es la hora de la unidad en la diversidad de opiniones. Para contar con todas las fuerzas posibles en la defensa de nuestras conquistas, para seguir avanzando, en procura de una vida mejor, para todos los jubilados y pensionistas, en particular para los más vulnerables.

Bibliografía

- Empoderamiento, participación y asociatividad de los Adulto Mayores en Uruguay. Una aproximación descriptiva. Soc. Leticia Pugliese
- “Nuestra voz” N°149 de agosto del 2019 - José Luis Sampayo Pirez

Cuidar en las Vejeces desde una Perspectiva Ontológica

| TERESA DORNELL³⁰

Generemos mecanismos que faciliten vejeces autónomas, con equidad de género y respeto de los derechos, para llegar a disfrutar plenamente un envejecimiento digno de ser vivido.

Resumen

Las contemplaciones del mundo son formas abstractas de percibir y vivir la realidad y reflejan las pretensiones que desde el punto de vista ontológico se tiene disciplinariamente y que a través de los años han estado permeadas por distintos momentos histórico- sociales y culturales, así como de corrientes filosóficas que han contribuido al desarrollo del conocimiento, como al crecimiento de las prácticas socio- comunitarias.

La ontología del cuidado invita a pensar y a deliberar en cómo se puede ofrecer contribuciones significativas y de reconocimiento respetuoso, solidario y digno a las personas mayores, junto a la comprensión y entendimiento de los envejecimientos como procesos naturales de todo ser vivo, sin dejar de reconocer que este proceso lleva consigo no sólo cambios y desafíos sino también un abanico de múltiples oportunidades, por eso, el presente tema convoca a profundizar en la esencia del cuidado y su relación con la experiencia de envejecer y de ser viejos.

Introducción

Existen diversas maneras de conceptualizar el cuidado, en esta instancia se considera pertinente resaltar que este puede ser “entendido como un proceso de acompañamiento que concierne a las personas que conviven en un mismo ámbito temporo-espacial” (Dornell, 2015, p. 132). El abordaje

30 - Profa. Agda. Asistente de Dirección en el Programa APEX y Docente e Investigadora del Departamento de Trabajo Social- Facultad de Ciencias Sociales.UdelaR.

del cuidado se construye a partir de dos dimensiones: una que se expresa a través las prácticas individuales y colectivas, envolviendo rituales y rutinizaciones consensuados que reproducen un mandato social (en el sentido de Bourdieu, 2003) sobre qué se entiende por cuidar y ser cuidado; y la otra, moral (en tanto referencia ideológica), que asigna al cuidado un valor, que legitima el actuar a través del consenso en torno al bienestar de las personas viejas y sus cuidadores.

El cuidado puede definirse como el conjunto de acciones articuladas que emprenden las personas y que contiene referencialmente dos temas centrales: (i) el abordaje del valor -como bien para sí y para el otro/otros y (ii) las prácticas sociales- en el entendido del cuidado-autocuidado (Dornell, 2015, p.133).

El comprender los fundamentos ontológicos del cuidado y sus componentes teóricos como instrumentales básicos, permite plantear la existencia de un lenguaje propio y una relación entre teoría-práctica que revitaliza aspectos perdidos o invisibilizados de las prácticas de las profesiones implicadas en este proceso. La reivindicación del rescate de los elementos fundantes del cuidado como expresión esencial de la condición humana, en torno a las diversas interseccionalidades³¹ y, con énfasis en el envejecimiento y las vejez desde una perspectiva de género, se constituye en el punto de partida y no de llegada de estas reflexiones.

El partir de un “esquema del cuidado en la vejez” como un dispositivo para interpretar este escenario en la que se presentan valencias positivas como negativas, aporta al entendimiento de este fenómeno, atravesado por las esferas de la persona que recibe cuidados, el que cuida y el cuidado de sí mismo (autocuidado), permitiendo proyectar estrategias que impliquen acciones macro como micro-sociales en los diversos contextos de la vida social. Las valencias positivas proponen distintos aspectos a analizar: el cuidado en tanto derecho a cuidar como a ser cuidado (que a su vez coloca la tensión de la obligatoriedad del acto de cuidar); la relevancia de las relaciones intergeneracionales como generacionales; y la triangulación en la corresponsabilidad entre el Estado-Mercado-Familia (Dornell, 2015).

Entre los aspectos negativos, se propone problematizar las inequidades de género que generalmente aparecen en las relaciones de cuidado, al igual que en los servicios que se ofrecen desde el

31 - Los cuidados en las vejez tienen valencias negativas, ya que aparecen individualizados y unidireccionales, considerando a los cuidados como responsabilidad de la familia, el mercado y el Estado, colocando así una mirada simplista y moralista de protección al débil, perpetuando el discurso de vulnerabilidad, dejando en una posición de inferioridad respecto al resto de la sociedad, con un discurso dominante y disciplinario de dependencia, pasividad y sumisión, con imaginarios sustentados en patrones infantilizantes, generando desigualdades acumulativas, sin dejar de mencionar las ya existentes condiciones estructurales de pobreza y su feminización, lo que no quiere decir que no existan viejos pobres.

Estado, como entidad reguladora y garante de los derechos de la población (maltrato estructural)³². A su vez considerar la desigualdad de clase, que evidencia que el cuidado puede ser una tarea más ardua cuando no se cuenta con determinadas condiciones materiales. La crisis de cuidado acompaña estos elementos y habilita a cuestionar y planificar el cuidado, para hoy y para las personas que lo necesitarán a futuro.

En el presente trabajo se realizará un análisis reflexivo articulador de los aspectos anteriormente mencionados, con énfasis en el cuidado. Este punto se rescata debido a la relevancia del autocuidado en esta ecuación, ya que sólo en la medida que las personas reconozcan la importancia de cuidarse a sí mismas, podrán desempeñar de forma saludable y satisfactoria esta función. Se considera necesario comenzar explicitando que se usará el constructo conceptual de vejez-vejeces o viejas como sinónimo, aunque no lo son, la intención es reivindicar el lugar político de estas actoras sociales y la condición de sus derechos históricamente vulnerados, colocando así en discusión los estereotipos y tabúes que existen en la sociedad, hacia las personas viejas en general. Un ejemplo claro de lo anteriormente expuesto en el campo de la gerontología son las contribuciones de Butler (1989) cuando introduce el concepto de *ageism* para designar el estereotipo y por ende la discriminación hacia las vejeces, por solo haber llegado a ser personas viejas, seguido estos aportes con las contribuciones de Salvarezza (2002) y Busse (1968) con el concepto de viejismo, ambos términos conllevan a la deshumanización de estas personas, en clave de la dimensión ontológica del cuidado³³ y ética de las vejeces.

A su vez, se introduce los debates en torno a la temática de los dilemas éticos del cuidado desde las valencias positivas y negativas, los desafíos de las profesiones de impronta interventiva y su interpelación en la producción de conocimientos desde el campo de la vejez y el envejecimiento con una mirada del cuidado como valor a preservar.

32 - Maltrato estructural: ocurre en y desde las estructuras de la sociedad, mediante normas legales, sociales, culturales y económicas que actúan como trasfondo de todas las otras formas de maltrato existente. Incluye la falta de políticas, recursos sociales y de salud, el mal ejercicio e incumplimiento de las leyes existentes; y la presencia de normas sociales, comunitarias y culturales que desvalorizan la imagen del viejo, resultando un perjuicio para su persona y no permitiendo la satisfacción de sus necesidades (Forttes, P. – Massad, C. (2009).

33 - El tema de la ontología de la cultura del cuidado- se constituye en un foco temático de interés en el entendido que interpela una dimensión de la condición humana y por ende de la vida social, en la que existen exiguas problematizaciones en comparación con otras áreas de estudios relacionadas a las Ciencias Sociales y Humanas. (Dornell, 2015, p.145)

Para ello, se parte de tres preguntas disparadoras iniciales:

- o de qué se habla cuando se aborda el tema de los desafíos éticos de las profesiones;
- o por qué se habla de este tema, cuáles son sus ideas constitutivas y problematizaciones y,
- o cuál es la finalidad del abordaje de esta temática en el campo de las vejeces desde una perspectiva del cuidado.

La preocupación central es poder dar cuenta del conjunto de habilidades y destrezas del saber, del hacer y de cómo saber hacer los cuerpos disciplinares con formación y experiencia en vejeces a partir de la interpelación de los principios éticos bajo el horizonte de la cultura del cuidado. Por eso, para la comprensión del devenir de la profesión se ordenara el análisis reflexivo de estas complejidades de manera que permita ir conociendo los hitos y las encrucijadas en tres momentos sustantivos: (a) el momento adaptativo que refiere a las aproximaciones de envejecimientos y vejeces y su correlato con la determinación cuidado humano; (b) el momento asociativo que presenta los dilemas éticos del cuidado en vejez y, (c) el momento inclusivo de los desafíos de la cultura del cuidado del conocimiento en vejeces desde los dilemas éticos.

Las transformaciones sociales, políticas, culturales y económicas nos ubicaran en la historia y en los procesos de los sujetos implicados, como cuerpo nodular de categorías analíticas y como posicionamiento ético referente de las relaciones con los/as otros/as.

Bordeando la temática del Cuidado

La ontología del cuidado hace a la ontología del ser social, es la ontología de cada hombre y de cada mujer, a través de la interpretación de su condición humana- como ser social, como ser político y como ser cultural y por ende como ser histórico. Se muestra como la tensión discursiva entre el relato natural (ser en el mundo) y el relato social (estar en el mundo). El cuidado desde esta perspectiva puede formularse como expresión del ser humano que le es inherente en tanto ser social y que le da sentido a sus prácticas en la configuración del ser universal- general hacia la significación del ser singular- peculiar. En otros términos, el cuidado, es lo que se manifiesta a través de esas prácticas históricas, es lo que le permite verse como ser humano y por ende, se traduce en una determinación de ese ser.

Este posicionamiento interpretativo lleva a pensar en que el ser humano es esencia en sí mismo y su existencia es el cuidado, no sólo, como síntesis de su cuerpo y su alma, sino como complejidad que le da significado a esa existencia. Existencia que no es el ser en sí mismo, sino que es ser

juntos a otros y con otros. La potencialidad de que el ser humano se descubra como poder ser, lo ubica en una dimensión de encontrarse, de poder expresarse y comunicarse y de proyectarse.

El momento temporal de ser junto a otro/otros se relaciona al presente, pero la comprensión de sus propias posibilidades lo coloca en la dimensión de proyectarse en un encontrarse con el mismo y con los otros, en un momento temporal de futuro (Dornell, p.140).

Fisher y Tronto (1990), conciben al cuidado como una amplia y variada gama de actividades que se ejercen para continuar y reparar el “mundo” que se habita y se transita, que incluye cuerpos y corporalidades además de entornos y que no se reduce a un solo aspecto de la realidad en la cual se vive, sino a complejas y múltiples determinaciones y determinantes de esas realidades sociales. La presencia del ser humano junto a los otros implica una relación humanizante y humanizadora, es un encuentro interactivo e integrativo. Es un proceso mutuo, de intercambios que genera transacciones continuas de las partes en juego, en ese transcurso de la implicación. Si se niega la capacidad de comprensión del ser humano se niega la existencia del cuidado como determinación del mismo. El incorporar en el debate la comprensión del ser humano hace posible el entendimiento del cuidado como elemento sustantivo de la condición humana.

Izquierdo (2003) expresa que *El cuidado nace de la conciencia de vulnerabilidad del ser humano y se encuentra en la encrucijada de la razón y la emoción, se trata de una actividad racional originada por un estado emocional. En ese estado emocional, el temor, solo es posible si hay conciencia de la propia vulnerabilidad, o de la vulnerabilidad de quien es objeto de preocupación* (p.72).

Estas maneras de concebir y comprender la temática del cuidado nos coloca en un lugar de alienación enajenada y despolitizada del trabajo que implica cuidar y se convierte en un sacrificio que es un auto sacrificio a favor de otros/os. Al decir de Foucault (1984), el cuidado de sí mismo (autocuidado para poder cuidar) se construye como algo sospechoso y egoísta, por ende, es incompatible con el interés y preocupación de un/a otro/a. Esta idea se encuentra fuertemente vinculada a los cánones del cristianismo, en donde la salvación de uno está relacionada estrechamente a la salvación de otros, más allá de la vida terrenal. El cuidar de uno mismo es el renunciar a ese autocuidado, pues no pueden coexistir, por eso, para cuidar de sí se hace necesario desistir de ese cuidado en sí. La problematización en torno al tema del cuidado no es novedad, ya los griegos en el siglo VI a C presentaban preocupación por los términos “cura” o “cuidado”, los cuales era empleados como conceptos correlativos. Para ellos, la esencia del ser humano era la existencia del cuidado, el no reconocerlo lo despoja de su condición humana y eso lo convertía en un ser carente, en un ser que no se diferenciaba de otras especies. Se convertía en un ser sin conocimientos, sin conciencia y por ende sin pensamiento.

Etimológicamente asociaban los conceptos de cura y cuidado al pensamiento y expresaban que la cura era el pensar y que el cuidado era ese pensar puesto en acción, puesto en práctica, o sea, que era pensamiento, como expresión del ejercicio de ese pensar.

A partir de lo anteriormente expuesto, se podría colocar la siguiente interrogante: ¿la ontología del cuidado es la tensión entre el ser y el deber ser de ese ser humano?

Dilemas éticos del cuidado en las Vejeces y los Envejecimientos

Para el abordaje de estos dilemas éticos se consideró pertinente retomar algunos componentes que se encuentran en las bases argumentativas de la dialéctica hegeliana, que son tratadas por Derrida (1972) en su concepto de deconstrucción.

La deconstrucción se puede definir como el procedimiento por el cual se va develando las parejas conceptuales que se enuncian como opuestas y que expresan dualidad, contraposiciones entre sí y contradicciones, pero que en definitiva se constituyen en pares opuestos que se complementan. Se trata de ir detectando los dilemas éticos del cuidado en las vejeces, como parejas conceptuales opuestas, pero que a su vez, coexisten, en donde uno aparece como subsumido frente al otro, aflora como dependiente frente al discurso imperativo y dominador de una lógica imperante en el sistema de esa sociedad.

En ese discurso, en donde un término conceptual predomina y domina frente a otro, la lógica ordenadora y consensuado de un sistema de pensar, explica y a su vez prescribe los cuerpos de ese sistema social dándole sentido y contenido a esas prácticas, por medio de la descripción y explicación de las mismas. Para la comprensión de las complejidades del cuidado en el devenir de los dilemas éticos en vejez y envejecimiento, se propone la presentación en momentos que ponen de manifiesto las trayectorias vividas y vivencias, en el inter-juego entre pasado y presente, el cual oficiará de sistematizador categorial que reunirá según momentos sustantivos estos debates.

Primer Momento: Circundando el Envejecimiento y la Vejez

Los cambios demográficos y el envejecimiento poblacional como fenómeno mundial, traen nuevas demandas y por ende, diferentes dilemas éticos que se producen a la luz de los cambios relacionados con la reciprocidad intergeneracional, los inciertos arreglos familiares y los servicios sociales y de salud, entre otros. Una de las consecuencias de los avances científico-tecnológicos es la variación, al menos en los países centrales, de la estructura poblacional. La caída de las tasas de morbilidad y mortalidad ha contribuido al desarrollo de sociedades cada vez más añosas. El

incremento de la longevidad impresiona, como uno de los beneficios del progreso de la ciencia (Outomuro, 2003).

La esperanza de vida aumenta progresivamente debido a las condiciones de vida y al desarrollo de las ciencias biomédicas, por lo que cada año aumenta el número de personas viejas y éstos alcanzan mayor edad; dándose el fenómeno del “ envejecimiento del envejecimiento” (Dornell, p.141).

Estos cambios impondrán grandes retos, especialmente en aquellos países de recursos económicos más limitados y suscitaron, además, dilemas de tipo social, económico, político y ético que no podrán ser ignorados. El aumento de la población vieja repercutirá sobre el sector productivo de forma significativa. Esta situación es de especial importancia para los encargados de diseñar políticas sociales, laborales y culturales que permitan el continuo aprovechamiento y participación de los viejos, con dignidad y reconocimiento (Pérez y García, 2007). El envejecer es un cambio de estado, es mutar a través del paso del tiempo, es así, que el envejecimiento es el proceso de un estado que es la vejez y es un trayecto biográfico sociocultural, que va más allá de la biología humana. La vejez y el envejecimiento son construcciones socioculturales; sus representaciones, sus manifestaciones y su institucionalización en la realidad social desde la condición humana en tanto cuidado de la especie- expresan momentos socio-históricos determinados, que responden a cada persona en particular desde su singularidad.

La dimensión cultural de vejez y envejecimiento en correlato con el cuidado, conlleva sentido (percepción que cada individuo tiene de su propia vejez y/o envejecimiento) y significado (valoración que los otros, la sociedad o la cultura hacen de nosotros). La relación entre sentido y significado, entre lo individual y lo comunitario se caracteriza por tensiones que suelen desembocar en auténticos dilemas (Outomuro, D, 2003).

Los contextos en tanto tendencias y transformaciones sociales, políticas, culturales y económicas habilitarán a su vez, la ubicación en la historia y los procesos de los sujetos implicados en torno a trayectorias que encierran concepciones éticas, no sólo como cuerpo que instituye categorías analíticas, sino como posicionamiento teórico y referencial de las relaciones con los otros, en tanto, personas viejas. Las disciplinas deben/deberían estar preparadas para enfrentar estos desafíos profesionales y éticos en general.

Segundo Momento: Los dilemas éticos y su correlato con el cuidado

En las actuales sociedades contemporáneas, la premisa se centra en los valores que optimizan el individualismo y por ende, el aislamiento social, condición que en las vejeces y envejecimientos se agudiza. Pero, los colectivos sociales responden a esta premisa oficiando de espacios subversivos y de resistencia que impulsan y privilegian los procesos vinculares apostando a proyectos inclusivos desde el abordaje territorial, como un auténtico espacio de encuentro. Los territorios se constituyen en espacios de creación, de hallazgos de nuevos tipos de solidaridad, de nuevas formas de existencia del ser, de la interpelación de nuevos desafíos éticos, por ser lugares naturales de producción de subjetividades (Guattari & Rolnik, 2006).

Las disciplinas de lo social y la salud a través de sus prácticas tienden a confrontar el individualismo, propio de las sociedades de mercado, con la solidaridad y la cooperación, a través de prácticas que promuevan espacios de gestión y decisión en la vida social de las personas viejas. Las prácticas, son susceptibles, de análisis éticos que van más allá de los estrechos márgenes de la ética profesional. El abordaje de los dilemas que se presentan en la sociedad como consecuencia del envejecimiento de su población, lleva al tratamiento del debate de los cuatro principios éticos orientadores, para así, descubrir la conflictividad que en la misma se produce. La ética es el estudio del reflejo real de los seres humanos, de su existencia social, que surge de su actividad histórico-social y de la práctica, correspondiente a relaciones sociales que afectan la vida y el bienestar del hombre en sentido genérico (Morejón Giraldoni, 2008). La ética se sustenta en cuatro principios básicos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Se presentarán los mismos en correlato con su par dialéctico opuesto y complementario.

Autonomía- paternalismo (heteronomía)

La autonomía es la premisa que parte de respetar los deseos y necesidades de un/a otro/a, se basa en la convicción de que el ser humano debe ser libre de todo control y ser respetado en sus decisiones vitales básicas. Esto significa que las personas viejas son sujeto de derecho y no un objeto de derechos, y que deben ser correctamente dotados de información, respetando sus decisiones.

Con el acceso a la información puede pensar en ella (pensamiento autónomo), pueda elegir su preferencia (pensamiento decisorio) y expresarla libremente (autonomía del deseo), para finalmente hacer su voluntad (autonomía en la acción). No se debe correlacionar la autonomía con competencias para las tareas. El considerar que una persona vieja, no puede tomar determinadas decisiones en cualquier esfera de su vida es vulnerar sus derechos más elementales. (Dornell, p.142).

A veces, pueden surgir conflictos entre los principios de autonomía y beneficencia, pero las responsabilidades disciplinares imponen en la mayoría de sus Códigos de Ética que debe primar el de beneficencia.

Beneficencia – Maltrato (riesgo- daño)

La beneficencia es la proposición de hacer bien a un/a otro/a, es un principio ético básico que se aplica no sólo al viejo sino a la humanidad, y a generaciones futuras que puedan beneficiarse de los avances de ciencia y tecnología.

El sentido de la palabra beneficencia no es el de una caridad ineficaz y paternalista, sino que depende de valores e intereses de las personas afectadas, de jerarquización de valores implicados y de su evaluación y de la ponderación de las consecuencias individuales y sociales.

No-maleficencia- Cuidado (auto-cuidado)

La no-maleficencia es el postulado de no causar ningún mal al otro/a. La práctica de las profesiones ha estado asociada con la máxima latina *primum non nocere* -no hacer daño al otro- aunque lo pida. El daño que se hace a una persona vieja es más rechazable que el no haber promovido su bien en ciertas circunstancias. De este principio se derivan normas concretas para el quehacer profesional al exigir un trato igualitario de consideración y respeto a las personas. (Códigos de Ética de las Profesiones).

Justicia (equidad)- Vulneración de Derechos

El principio de justicia o equidad no significa que se deba tratar a todas las personas de la misma forma, pero sí se debe garantizar que cada uno tenga accesibilidad a todo lo que la sociedad dispone, o sea, no beneficiar a unos en detrimento de otros. Esta premisa pone en discusión los fundamentos que propugnan la limitación de determinadas prestaciones socio-sanitarias a las personas mayores, basadas en “la calidad de vida” y los criterios de la edad cronológica, fomentando la exclusión de los mismos.

Tercer Momento: Desafíos del conocimiento del cuidado en Vejez desde los dilemas éticos

Se postula que los principios éticos deben/ deberían promover prácticas de carácter pluralista, transdisciplinario y procedimental, con discursos que articulen los intereses emancipatorios de las personas viejas, que contribuyan a abordajes personalizados, humanizados y humanizantes.

Los dilemas éticos en la vejez se verán transversalizados desde dos puntos de vista; la relación de la persona mayor con su familia y la sociedad en referencia a la toma de decisiones y la relación con las profesiones, apareciendo la discusión de la edad y sus limitantes en las decisiones de esas prácticas (Dornell, p. 144). En el caso de esta tríada: personas (viejas), profesiones (campo social y salud) y sociedad; cada uno contiene una significación ética específica. Así, la persona en situación actúa guiada por el principio ético de autonomía, la profesión por el postulado de beneficencia y la sociedad por la premisa de equidad.

En base al sentido y al significado del envejecimiento- vejez, se debería virar de un extremo a otro, en las prácticas constitutivas de las profesiones, bajo la condición del respeto de los postulados básicos de la integridad ética, configurando propuestas de actuación que potencien la dignidad, la confidencialidad y la autonomía de las personas viejas. Los dilemas en las prácticas de las profesiones de lo social están movidas por los principios de beneficencia-no maleficencia, si la posición que asume el profesional es paternalista, rara vez, se conseguirá alcanzar una relación dialógica con el viejo y su práctica se verá impregnada de la violentación (consciente o no) de la autonomía y por ende de sus derechos.

Algunas consideraciones

Las transformaciones sociales, políticas, culturales y económicas contextualizan la historia y los procesos de los sujetos implicados, como cuerpo conectivo de categorías críticas y como posicionamiento ético referente de las relaciones con los otros. La comprensión del entramado anteriormente mencionado permitirá acompañar a esos/as otros/as en la dotación de saberes, capacidades y actitudes como mecanismos de socialización e inclusión social, supuesto que se puede asociar al concepto de pedagogía de Foucault (1987). La mirada ontológica del cuidado desde la concepción de otredad -ser humano, como ser histórico social, señala diferencias en las formas de interacción que las personas en una sociedad establecen, estas son permeadas y transversalizadas según los posicionamientos éticos consensuados en ese sistema social. La visión de un esquema categorial de valores, nutre las prácticas de esos espacios sociales, las cuales fundamentan los procesos relacionales e interrelacionales, como expresión intersubjetiva, que

moldea y conforma el proceso de acciones de cuidado- autocuidado centradas en la vejez y el envejecimiento (Dornell, p, 144).

Estas expresiones significativas acordadas y consensuadas en las prácticas de cuidado, están dotadas de sentido, en el entendido que contienen significados interpelativos de esas acciones identificatorias, que se manifiestan en las trayectorias vitales de los seres humanos y sus modalidades organizativas, las cuales constituyen el eje central de acción y reflexión de las disciplinas. El forjar debates que contengan ideas consensuadas o con disensos que busquen profundización y enriquecimiento interpelante de nuevas perspectivas es el reto de estas resoluciones. Este acto comunicativo del conjunto de los discursos argumentativos, de las confrontaciones de ideas, en tanto, construcciones mentales que componen narraciones son generadoras de nuevas realidades y posibilidades.

Esto implica la deliberación de posturas que se concretan en una propuesta concluyente, en donde la generación de espacios de encuentro comunitario y de intercambio, promueven prácticas proactivas, que son producto de la circulación de la información, que contiene inquietudes compartidas de las personas viejas (Dornell, p. 146).

Estas modalidades de participación activa en la vejez brindan la posibilidad de incidir en la toma de decisiones de manera conjunta, habilitando la aparición de un sujeto enérgico, que aporta a la transformación de lazos comunitarios compartidos hacia vínculos interactivos solidarios. El campo de las profesiones construye subjetividades desde su posicionamiento, en la toma de decisiones como en las formas de observar y comprender el mundo, y es a través de sus prácticas constantes de acompañar, de rescate de esos saberes (Rebellato; 2009), de develar el verdadero sentido de lo que se está haciendo que se generan rupturas de consensos tradicionales- de prácticas instituidas, que puedan ir contra la lógica acordada y conquistada por los actores con cuales se incursiona en este proceso complejo y contradictorio que es la realidad.

Las disciplinas con una impronta interventiva, a partir de estas complejidades interpelantes sustentadas en los dilemas éticos y sus problematizaciones, construyen desafíos sostenidos en la comprensión de los principios éticos básicos y estos principios ofician de orientadores para la edificación de relaciones sociales dialógicas con los viejos y sus contextos, centrados en valores de respeto y solidaridad, direccionadas hacia la fomentación de la autonomía y reivindicación de derechos.

Bibliografía

- Bourdieu, P. (2003). *El oficio de científico* (Trad. J. Jordá). Barcelona: Anagrama.
- Buttler, R. (1989). Dispelling Ageism: The Cross-Cutting Intervention. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 503, 138–147.
- Derrida, J. (1972). *Positions*, Paris, Les Editions de Minuit.
- Dornell, T. (2015). Ontología del Cuidado en la Vejez y el envejecimiento. En: Revista RUMBOS TS, año 10, número XII, Chile. (ISSN 0718-4182).
- Fischer, Tronto (1990). Fischer, B., y Tronto, J. (1990). Toward a feminist theory of care. En *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives* (pp. 35–62). Albany: SUNY Press.
- Forttes, P. – Massad, C. (2009). *Adultos Mayores en Chile: Situación, Avances y Desafíos del Envejecimiento y la Vejez*. SENAMA. Chile.
- Foucault, M. (1984). La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. *Nombres: Revista de Filosofía*, (15), 257–280. En: [\(Enlace\)](#) (Trabajo original publicado en 1984).
- Guattari, F. y Rolnik, S. (2006). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Ediciones Traficantes de Sueños. Mapa. ISBN: 9789872739
- Izquierdo, M. J. (2003). El cuidado de los individuos y de los grupos: quién se cuida. En: *2n. Congrés Català de Salut Mental*. Barcelona.
- Morejón Giraldoni, A et al (2008). “Un acercamiento a los dilemas éticos de la medicina geriátrica”. En: *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*. ISSN:1727-897X *Medisur* 2008; 6 (2). Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Raúl Dórticos Torrado”, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100.
- Outomuro, D. (2003). [Algunos dilemas bioéticos en torno a la vejez](#). ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas, 32(2).
- Pérez Suárez, R y García Sierra, J (2007). Bioética en el adulto mayor. GEROINFO. [Publicación de Gerontología y Geriatria. RNPS. 2110. Vol. 2, No. 2.](#)
- Rebellato, JL. (2009). [Horizontes éticos en la práctica social del educador](#)
- Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría: teoría y clínica*. Editorial Paidós. ISBN 9501250245, 9789501250244.

Reflexiones

The background of the page is a vibrant, abstract composition. It features a gradient of pink and light orange tones. Overlaid on this are various brushstrokes in shades of orange and light pink, some of which form the letters 'M', 'W', and 'S' in a stylized, hand-painted font. A large, prominent circular shape, resembling a thick brushstroke or a watercolor wash, is positioned in the lower-left quadrant. The overall aesthetic is artistic and expressive.

Este curso de Formación y Aportes para un Tercer Plan Nacional de Envejecimiento retoma una experiencia positiva en nuestro país de integralidad, intersectorialidad y participación social en el abordaje de las políticas públicas referidas a las Personas Mayores.

¿Por qué un curso sobre Formación y Aportes para el Tercer Plan Nacional de Vejez y Envejecimiento?

Los Planes Nacionales son un gran avance para salir de la fragmentación y diseñar políticas que se traduzcan en acciones coordinadas. Hay mucho para desarrollar en estas estrategias de planificación como son los mecanismos de evaluación participativa, la sistematización de las experiencias y la combinación de Planes Nacionales con Planes Locales, la actualización a las nuevas realidades. Pero en su conjunto significan una transformación de las formas de planificación y favorecen la interacción de la rectoría en materia de Personas Mayores con todas las instituciones involucradas. Los Planes son oportunidades para la participación social, para el diálogo, para el análisis compartido con las organizaciones de la sociedad civil. Eso no es menor. Existió una continuidad entre el primero y segundo plan, lo cual es un elemento reivindicable de la planificación estatal. Esa continuidad se interrumpió por la pandemia y la ausencia de voluntad política gubernamental, pero se puede recomponer. Los retrocesos pueden revertirse y los desafíos pendientes y los nuevos pueden abordarse con esta estrategia. Los Planes de Envejecimiento y Vejez son el motor de la construcción de políticas públicas y directrices institucionales que aborden las crecientes necesidades derivadas del aumento de las personas mayores en la población.

En lo que refiere a la planificación, ejecución y evaluación del curso que da resultado a esta publicación, se tuvo especial atención hacia las metodologías participativas, en el entendido que las metodologías que se emplean son indicativas de los grados de participación que se aspira a instrumentar. El diálogo de saberes, los intercambios entre el saber académico, el saber popular y el saber institucional son un elemento clave para la participación social en salud. En ese sentido el formato pedagógico de esos intercambios es muy relevante para hacer posible la creación colaborativa de conocimientos nuevos y su apropiación por la sociedad. La educación popular en los ámbitos comunitarios es un complemento sustantivo de la educación formalizada en el sistema educativo. Las metodologías de la educación popular y en general los métodos participativos son herramientas valiosas para la participación y la organización social. En la academia contribuyen a salir de las lógicas extractivistas y de la epistemología positivista, abriendo camino a la investigación-acción-participación. Una IAP que incorpore además la mirada de los feminismos, las epistemologías feministas nos invitan a pensar no sólo en la importancia de deconstruir el pensamiento (en el sentido de cuestionar las prácticas coloniales) colocando al

sujeto y sus relaciones en el centro, sino que también nos invita a incorporar la mirada despatricular, visibilizando el rol de las mujeres como agentes de conocimiento, como sujeto político.

Algunos criterios que consideramos significativos de compartir:

- **Convocatoria** Las actividades fueron organizadas por grupos de convocatoria abierta a los que se integraron actores sociales y pluralidad de instituciones. Es decir que la metodología adoptada incorpora la participación de los diversos actores desde el inicio, en la preparación, convocatoria y desarrollo de cada evento. Las decisiones se tomaron en conjunto siempre y por lo tanto el curso significó trabajo en red entre estas organizaciones sociales e instituciones.
- **Conformación de mesas, paneles y conferencias.** El criterio fue siempre sumar referentes de los movimientos sociales en pie de igualdad junto a académicos y referentes de políticas públicas. La reivindicación de la pluralidad de saberes y la apuesta al diálogo entre los mismos, para la construcción de nuevos y mejores conocimientos, es una concepción sobre cómo abordar cada tema en su complejidad.
- **Talleres interactivos.** La metodología utilizada no solo incluye la participación presencial y online de diferentes organizaciones y redes del territorio, sino que también para los talleres, se utilizaron videos con personas mayores dispuestas a contar sus propias experiencias, cuyas voces invitaban a reflexionar sobre el tema. De esta forma se habilitaba la voz de muchos participantes evitando que la palabra sea monopolio de una persona o incluso un panel de expositores.
- **Resultados concretos en las actividades.** Un criterio utilizado fue que las actividades propuestas generan productos concretos, en este caso, propuestas para el Tercer Plan Nacional.

En este curso la labor coordinada entre la academia y los movimientos sociales demostró su fortaleza. Más allá de sumar esfuerzos en un emprendimiento conjunto, la articulación lograda en la preparación del Congreso Pablo Carlevaro continuó en el tiempo y fue generando nuevos y mayores productos. No es un hecho nuevo para las organizaciones de Personas Mayores que han interactuado con la academia durante largo tiempo (Programa APEX, Facultad de Enfermería y Medicina, Ciencias Sociales, CIEN, entre otros). En la actualidad sigue siendo un elemento destacable y un motor de ideas, estudios, formación y acción para todos sus participantes. Esa alianza que en este caso se autodenominó Grupo Motor de Personas Mayores es un aporte sustancial a las políticas públicas, a la labor académica y a las luchas de las organizaciones sociales. De cara a los desafíos del próximo período ese tipo de trabajo en Red tiene un rol protagónico y jerarquizado.

En lo que refiere a los ejes temáticos abordados en el curso y los aportes que surgieron del trabajo colectivo, se evidenció la necesidad del desarrollo de políticas públicas en diferentes áreas, la cuál debe ser acompañada de espacios de formación continúa dirigida a los/as trabajadores/as (aspecto que surgió en todos los ejes de trabajo). Si bien existe normativa (internacional y nacional) relacionada con la protección de los derechos de las personas mayores, la sola existencia no es garantía de un trato respetuoso y humanizado. Es fundamental el conocimiento de la misma para poder exigir su cumplimiento, para ello la formación y actualización son claves. Sin formación actúan los prejuicios y estereotipos.

Es importante incorporar las nuevas tecnologías adaptadas a poblaciones que no son nativas de las mismas, centrándonos en el curso de vida, multiplicando las posibilidades de participación y contemplando las necesidades territoriales.

En lo que refiere a los cuidados, es primordial fortalecer la autonomía y la participación social integral de las PM, con capacidad de incluir nuevas propuestas, poco contempladas hasta ahora, a través de modelos de cuidados integrados sociosanitarios-educativos.

La Salud y los cuidados son derechos humanos fundamentales, urge superar enfoques biologicistas y restrictivos, incorporando una mirada integral, en donde prime una ética de salud pública. Además de los clásicos principios de la ética (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía) es necesario entrelazar los mismos con los derechos humanos, una mirada que además trascienda el enfoque individual e incorpore lo socio-comunitario. Existe una tendencia al envejecimiento poblacional y crecimiento de la urbanización, siendo imperioso fortalecer los programas de ciudades y comunidades amigables con las PM. Esto contribuiría a fomentar las capacidades de estas personas creando entornos de vida más saludables, equitativos y resilientes para la comunidad en general. Para ello se requiere de una mirada integral de las PM en las políticas públicas que fortalezcan iniciativas ya creadas por organizaciones civiles y gubernamentales, destinando los recursos necesarios para lograr avances en estos programas. Para desarrollar entornos apropiados para un envejecimiento saludable es importante oír las voces de las PM, familias, comunidad y de los diferentes actores del territorio.

No podemos ser ajenos/as a las tensiones entre la dicotomía generacional (niños/jóvenes versus viejos/as) que se sostienen como argumentos para el avance, retrocesos o estancamiento en la asignación de los recursos nacionales, presentado la idea de que estos deben ser destinados a unos u a otros. Argumentos que no se limitan a cuestiones presupuestales sino que también se observa la idea de que las personas mayores representan un costo para la sociedad. Tensiones presentes a lo largo del curso que evidencian la necesidad de trabajar conjuntamente en la información

y deconstrucción de prejuicios. No se trata de unos u otros, se trata de construir políticas que promuevan la solidaridad intergeneracional y el cuidado mutuo.

Apostamos a desarraigar esta concepción cultural de las personas mayores como “pasivas”, “inactivas” como carentes de valor más allá de su capacidad productiva en el mundo laboral formal es parte de transformaciones sociales profundas que hay que promover desde la diversidad de actores comunitarios y sociales siendo el Estado el primer garante y responsable de este proceso. Es necesario entonces, promover el reconocimiento y valoración de las contribuciones no solo económicas, sino también a nivel emocional, social y comunitario que hacen las personas mayores en la construcción del tejido social como motor fundamental para el desarrollo humano sostenible.

Sobre autores/as

Álvarez Pereira Virginia. Docente asistente (G2) de la Unidad Académica Temática Ciclo de Vida y Comunidad - vejez Programa APEX- UdelaR. Lic. en Psicología (Facultad de Psicología, UdelaR). Especialista en Psicología en Servicios de Salud (Facultad de Psicología, UdelaR). Diplomada en Psicogerontología (Facultad de Psicología, UdelaR). Diplomada en Responsabilidad Social Universitaria, Ética y Desarrollo Sostenible (Universidad Michoacana, México). Diplomada en Bioética Clínica, Social y Salud Pública (UNESCO - Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas, Córdoba). Magíster en Psicología Clínica (Facultad de Psicología, UdelaR). Doctoranda en Psicología (Facultad de Psicología, UdelaR).

Anzalone Pablo. Integrante de la Red de Municipios y Comunidades Saludables Uruguay. Integrante de Alames, del Colectivo El Taller y del Espacio de Formación Popular. Licenciado en Educación. Magister y Doctor en Sociología (UdelaR). Posdoctorado en la Universidad de Coimbra. Diplomado en Políticas Públicas en Innovación (Ibergop). Doctorando en Educación (FHCE). Director de Salud de la IM 2005-2015. Consultor de OPS en Salud Comunitaria.

Di Bartolomeo Alicia. Licenciada en Psicología, Diplomada en Psicogerontología. Secretaria Movimiento Familiares y Residentes de ELEPEM.

Dornell Teresa. Profa. Agda. Asistente de Dirección en el Programa APEX y Docente e Investigadora del Departamento de Trabajo Social- Facultad de Ciencias Sociales en la Universidad de la República- Uruguay. Trabajadora Social con más 40 años de desempeño profesional y casi 40 años de ejercicio en docencia universitaria. Máster en Gerontología Social en la Universidad de Barcelona, España.

Fort Zoraida. integrante de la Red de Mujeres Rurales de Maldonado. Integrante de la comisión directiva de la Asociación de Licenciados en Enfermería del Uruguay. Licenciada en Enfermería. Udelar. Integrante de la Red MyCS. Especialista en Administración y Gestión de Servicios de Salud. UdelaR. Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Andres Bello (Chile). Ex Directora de Clínicas Preventivas del MSP y referente de calidad de atención a la ciudadanía por MSP.

Franconeri Beretta Romina. Docente Profesora Adjunta (grado 3) de la Unidad Académica de Enfermería Comunitaria. Facultad de Enfermería. UdelaR. Licenciada en Enfermería (Facultad de Enfermería, UdelaR). Especialista en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria (Facultad de Enfermería, UdelaR). Maestranda en Atención a la salud en el Primer Nivel (Facultad de Enfermería, UdelaR).

Gougeon Analía. Jubilada de la Salud privada, presidenta de la Sociedad de Jubilados y Pensionistas de Juan Lacaze (SOJUPEN) Integrante del Consejo Directivo Nacional (CDN) de ONAJPU, responsable de la secretaría de la salud.

Hernández Dalfolo Laura. Docente Profesora Adjunta (grado 3) de la Unidad Académica de Enfermería Comunitaria. Facultad de Enfermería. UdelaR. Lic. en Enfermería (Facultad de Enfermería, UdelaR). Especialista en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria (Facultad de Enfermería, UdelaR). Especialista en Enfermería en Hemato- Oncología (Facultad de Enfermería, UdelaR). Especialista en Enfermería Médica Quirúrgica (Facultad de Enfermería, UdelaR). Magister en Salud Comunitaria (Facultad de Enfermería, UdelaR).

Kemayd Rotta Ana Iris. Doctor en Medicina. Udelar. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Udelar. Ex Profesora Agregada del Depto. de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina. Udelar. Especialista en Medicina Familiar y Sistémica. UCU. Integrante de la Comisión de Educación Permanente de la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria.

López Hugo Agustina. Coordinadora Territorial para el Programa Ibirapitá - BPS. Licenciada en Sociología (UdelaR). Diplomada en Políticas Culturales de Base Comunitaria (FLACSO) Diplomada en Políticas Públicas en Derechos Humanos (CIDH - IPPDH). Con estudios en desigualdades de género, generaciones y ecofeminismos. Asesora en Proyectos Socioeducativos para la OSC Pensamiento Colectivo.

Mateos Gene. Jubilado de ANCAP. Integrante del grupo de trabajo de Personas Mayores INDHH. Integrante de REDAM Montevideo.

Meizoso Elizabeth. Integrante de la Red MyCS desde sus inicios en la etapa del 2020, en representación de ONAJPU, integrante de sub secretaría de salud.

Palumbo Durán Raquel Docente profesora agregada (grado 4) de la Escuela de Nutrición, Udelar. Docente profesora adjunta (grado 3) Unidad Académica Temática Ciclo de Vida y Comunidad- Programa APEX, Udelar. Licenciada en Nutrición por la Escuela de Nutrición, Udelar. Educadora popular del Curso Interdisciplinario de Educación Popular, del Programa de Educación Popular (pep) y del Centro de Investigación y Promoción Franciscano y Ecológico (cipfe). Maestranda en Enseñanza Universitaria, Área Social y Artística, Comisión Sectorial de Enseñanza, Consejo de Formación en Educación, Udelar.

Restaino Agueda. Animadora gerontológica, Delegada al Consejo Consultivo de Inmayores por Montevideo

Santos Asencio Solange Promotora de Derechos Humanos de las PM. Coordinadora General del Movimiento de familiares y residentes de ELEPEM (Movimiento ELEPEM), Delegada departamental de REDAM Lavalleja. Delegada por el Interior al Consejo Consultivo de Inmayores

Tapia-Repetto Gabrie.l Docente profesor titular (grado 5), Histología Buco Maxilo Facial, de la Facultad de Odontología, Udelar. Docente profesor adjunto (grado 3), Odontología Social, Facultad de Odontología, Udelar. Doctor en Odontología. Especialista en Gestión y Políticas de Salud. Diplomado en Promoción de la Salud (OPS). Especialista en Entornos Virtuales de Aprendizaje (EVA). Integrante de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames). Integrante de la Red de Municipios y Comunidades Saludables. Integrante de la Red Latinoamericana de Salud Bucal Colectiva.

Glosario de siglas

AGESIC: Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y el Conocimiento

AJUPEN: Asociación de Jubilados y Pensionistas

ANU: Asociación de Nurses del Uruguay

APEX: Programa Integral de la Universidad de la República (Aprendizaje y extensión)

APGU: Asociación de Psicogerontología del Uruguay

APS: Atención Primaria en Salud

ASSE: Administración de los Servicio de Salud del Estado

AVAD: Años de vida ajustados por discapacidad

BPS: Banco de Previsión Social

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CIDH: Comisión Interamericana de Derechos Humanos

CIPDHPM: Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

CIEn: Centro Interdisciplinario de Envejecimiento

CICAM: Centro Interinstitucional de Colaboración con el Adulto Mayor

CIOMS: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas

ELEPEM: Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores

ENT: Enfermedades no transmisibles

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles

FADU: Facultad de Diseño y Urbanismo

FENF: Facultad de Enfermería

FONASA: Fondo Nacional de Salud

FSC: Facultad de Ciencias Sociales

GHE: Gestión Humana del Estado

HCEN: Historia Clínica Electrónica Nacional

INDDHH: Institución Nacional de Derechos Humanos

Inmayores: Instituto Nacional de las Personas Mayores

IM: Intendencia de Montevideo

JUDESA: Junta Departamental de Salud

JULOSA: Junta Local de Salud

JUNASA: Junta Nacional de Salud

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social

MSP: Ministerio de Salud Pública

MVOT: Ministerio de Vivienda y ordenamiento Territorial

NICA: Núcleo Interdisciplinario de Comunicación y Accesibilidad

NIEVE: Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento
OEA: Organización de Estados Americanos
ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organización No Gubernamental
OPS: Organización Panamericana de la Salud
OSL: Objetivos Sanitarios Locales
OSN: Objetivos Sanitarios Nacionales
ONAJPU: Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay
PNA: Primer Nivel de Atención
PIAS: Plan Integral de Atención a la Salud
PM: Persona Mayor
PRENPAR: Programa de Educación y Rehabilitación en la Enfermedad de Parkinson
REDAM: Red Nacional de Organizaciones de Personas Mayores
Red MCS: Red de Municipios y Comunidades Saludables
RR.HH: Recursos Humanos
SNIC: Sistema Nacional Integrado de Cuidados
SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud
TIC: Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
TAP: Tecnologías para el Aprendizaje y la apropiación del conocimiento
TEP: Tecnologías para el Empoderamiento y la Participación
Udelar: Universidad de la República
UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Cultura, las Ciencias y la Educación.
UNI3: Universidad Abierta para la Educación No Formal de Adultos
VOCoe: Ver, Oír, Caminar o Entender

