



CENUR
Litoral Norte
Paysandú



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Memoria de construcción de política pública para personas mayores

Experiencia en Paysandú

**Memoria de construcción de política pública para
personas mayores
Experiencia en Paysandú**

Abril de 2022

Compiladores:

Ayudante. Br. Derecho Sandra Fagúndez

Prof. Dra. Mariana Gómez

Lic. Enf. Esp Juan Gorosterrazu

Sra. Gabriela Jesus

Ayudante Tnlga SO Ingrid Neclea

Lic. Olga Rodríguez

Lic. Enf. Esp. Andrea Veglia

Edición:

Lic. Mónica Cabrera

Lic. Victoria Lagaxio

Diseño: Pablo Pereyra

Unidad de Comunicación y Difusión Institucional.

CENUR Litoral Norte, sede Paysandú

Corrección:

Renata Lescano

Agradecimiento:

Comisión Sectorial de Investigación Científica

Universidad de la República Uruguay

Índice

Colaboradores.....	6
Prólogo del Prof.Dr. Fernando Tomasina.....	8

Apertura

Palabras del Director Sr. DMTV MsC Liber Acosta CENUR Litoral Norte, sede Paysandú....	10
Palabras de la Prof. Dra. Mariana Gómez CENUR Litoral Norte, sede Paysandú.....	11

Panel I

Política Pública y envejecimiento. Los Derechos no envejecen.....	12
---	----

Introducción

Palabras de Lic. Olga Rodríguez Dirección de Desarrollo Humano y Social de la Intendencia de Paysandú.....	14
Palabras de Lic. Juan Gorosterrazú Dirección Departamental de Salud Paysandú.....	15
Palabras de Lic. Andrea Veglia Dirección Departamental de Salud Paysandú.....	15
Palabras de Lic. Juan Gorosterrazú Dirección Departamental de Salud. Paysandú.....	22
Palabras de Prof. Carlos Damico Oficina Territorial del Ministerio de Desarrollo Social.....	25
Palabras de Fernando Burjel. Oficina Territorial del Ministerio de Desarrollo Socia.....	28

Panel II

Experiencia estudiantil de trabajo comunitario con personas mayores en el marco el proyecto.....	32
Palabras de Lic. Ana Sánchez, Lic. Sara Pavlichen, Br. Débora Acevedo-Fagúndez y Br. Ana Costa Escuela Universitaria de Tecnología Médica, Facultad de Medicina.....	32
Palabras de Prof. Adjunto Dr. Edwin Cañon Instituto Superior de Educación Física.....	38
Palabras de estudiantes: Lucas Bastistessa, Héctor Barletta, Mateo Rodríguez y Florencia Salvatierra Instituto Superior de Educación Física.....	39
Anexo: Programa del Seminario.....	44
Bibliografía.....	46
Glosario.....	50

Acevedo-Fagúndez, Débora. Estudiante de la Licenciatura en Fisioterapia. Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Facultad de Medicina. CENUR Litoral Norte, sede Paysandú.

Acosta, Liber. DMTV (MSc) Director, sede Paysandú CENUR Litoral Norte.

Cabrera, Mónica. Licenciada en Comunicación. Asistente. Unidad de Comunicación y Difusión Institucional. CENUR Litoral Norte, sede Paysandú.

Cañon, Edwin. Doctor en Ciencias del Movimiento Humano. Profesor Adjunto de la Licenciatura en Educación Física. Instituto Superior de Educación Física-UDELAR. CENUR Litoral Norte, sede Paysandú.

Costa, Ana. Estudiante de la Licenciatura en Fisioterapia. Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Facultad de Medicina. CENUR Litoral Norte, sede Paysandú.

Barletta, Héctor. Estudiante de la Licenciatura en Educación Física en Instituto Superior de Educación Física-UDELAR. CENUR Litoral Norte, sede Paysandú.

Battistessa, Lucas. Estudiante de la Licenciatura en Educación Física en Instituto Superior de Educación Física-UDELAR. CENUR Litoral Norte, sede Paysandú.

Burjel, Fernando. Referente técnico de Sistema Nacional Integrado de Cuidados en la oficina territorial del Ministerio de Desarrollo Social.

Damico Menta, Carlos. Profesor de Educación Física. Director Departamental del Ministerio de Desarrollo Social, Paysandú.

Fagúndez Almirón, Sandra. Ayudante del Polo de Desarrollo Universitario de Medicina Social. CENUR Litoral Norte, sede Paysandú.

Gómez, Mariana. Profesora en Polo de Desarrollo Universitario de Medicina Social. CENUR Litoral Norte, sede Paysandú.

Gorosterrazú, Juan. Licenciado en Enfermería. Director Departamental de Salud de Paysandú.

Ministerio de Salud Pública.

Jesús, Gabriela. Encargada de Secretaría de Familia de Intendencia Departamental.

Neclea, Ingrid. Tecnóloga en Salud Ocupacional. Ayudante en Polo de Desarrollo de Medicina Social. CENUR Litoral Norte, sede Paysandú.

Lagaxio, Victoria. Licenciada en Comunicación. Ayudante en Unidad de Comunicación y Difusión Institucional. CENUR Litoral Norte, sede Paysandú.

Pavlichen, Sara. Licenciada en Fisioterapia. Asistente en la Licenciatura en Fisioterapia. Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Facultad de Medicina. CENUR Litoral Norte, Sede Paysandú.

Rodríguez, Olga. Licenciada en Enfermería. Directora de Dirección de Desarrollo Humano y Social-Intendencia de Paysandú.

Rodríguez, Mateo. Estudiante de la Licenciatura en Educación Física en Instituto Superior de Educación Física-UDELAR. CENUR Litoral Norte, sede Paysandú.

Salvatierra, Florencia. Estudiante de la Licenciatura en Educación Física en Instituto Superior de Educación Física-UDELAR. CENUR Litoral Norte, sede Paysandú.

Sánchez, Ana. Licenciada en Fisioterapia. Asistente en la Licenciatura en Fisioterapia. Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Facultad de Medicina. CENUR Litoral Norte, sede Paysandú.

Tomasina, Fernando. Coordinador del Polo de Desarrollo Universitario de Medicina Social. Profesor Director del Departamento de Salud Ocupacional. Facultad de Medicina, UDELAR

Veglia, Andrea. Licenciada en Enfermería especializada. Técnica en Salud. Dirección Departamental de Salud de Paysandú.

Prólogo

El desarrollo de la Universidad de la República a lo largo del territorio nacional ha sido un desafío que asumió nuestro demo universitario con valentía, ingenio y, sobre todo, con alto compromiso social. Durante estos últimos 15 años de vida institucional se fue plasmando una forma diferente de pensar la organización de nuestra Universidad de la República, que ha sido guiada por la búsqueda de nuevas formas de organización que superen la segmentación por servicios, que logren la tan necesaria integración disciplinar, facilitando el vínculo social en el territorio. En ese proceso —que nuestra Universidad ha transitado— se observan algunos avances, como la constitución de polos de desarrollo universitarios a lo largo del territorio nacional. Ello ha favorecido la integralidad de las funciones de enseñanza, investigación y extensión. Uno de dichos polos es el de Medicina Social del Centro Universitario Regional Litoral Norte.

La publicación que tengo el honor de prologar es resultado de esta nueva forma de pensar la Universidad, a su vez, es muestra de cómo se puede construir conocimientos desde las nuevas centralidades creadas.

La temática que aborda la publicación es altamente relevante para la región litoral y para todo el país. La situación demográfica que presenta Uruguay amerita la necesidad del abordaje de la población adulta mayor. El envejecimiento visto como un proceso dialéctico biológico social obliga a un análisis integral, hay una convocatoria social para dar respuesta a algunas interrogantes en relación con la calidad de vida para las personas adultas mayores.

La publicación resume las ponencias presentadas en el seminario realizado en 2019, en el Centro Universitario Regional Litoral Norte, sede Paysandú, e incluye los dos paneles realizados: Uno sobre políticas públicas y envejecimiento, y el otro sobre experiencia estudiantil de trabajo comunitario con personas mayores.

El primero de los paneles tiene un enfoque intersectorial e interdisciplinario, las diferentes ponencias abren debates sobre la participación social de la persona mayor, así como de las políticas públicas para la protección de la salud de las personas mayores.

El segundo panel está centrado en transmitir dos experiencias de trabajo en el espacio comunitario, realizadas por estudiantes universitarios sobre la temática. La primera es la presentación de un trabajo de investigación descriptivo sobre aspectos que hacen a la salud de las personas mayores usuarias de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. El trabajo se desarrolló en el primer nivel de atención de la ciudad de Paysandú y fue realizado por estudiantes de la licenciatura de fisioterapia. En el seminario se presentó un avance de la información relevada sobre el estado funcional músculo-esquelético y cognitivo de los adultos mayores. La segunda experiencia es básicamente la presentación de un trabajo de extensión universitaria en el marco de la formación del licenciado en educación física. En esta presentación, se destaca el carácter dialógico que supone la actividad de extensión universitaria, el intercambio de saberes y la construcción de alternativas a los problemas en forma participativa, siendo este aspecto sumamente enriquecedor para el estudiante así como

para la comunidad.

Esta última reflexión nos recuerda las palabras del profesor Pablo Carlevaro sobre la experiencia comunitaria: «El contacto directo de los estudiantes universitarios con la gente genera una corriente de comunicación —en paridad— que permite establecer relaciones personales que en los jóvenes contribuye a su formación integral».

Considero que es a partir de estas experiencias altamente vivenciales en que el estudiante se problematiza sobre temas tan complejos como el proceso salud-enfermedad de una comunidad, identificando las barreras en la esfera social que condicionan el bienestar de una población. Esta aproximación al conocimiento de la salud colectiva despierta frecuentemente la necesidad de indagar sobre modelos de intervención interdisciplinarias e intersectoriales que faciliten la resolución de los problemas que obstaculizan el goce de la salud. Por otra parte, y como un valor agregado a destacar, se detecta el saber existente en la comunidad y el rol de los actores sociales en la participación por la defensa de su salud.

En suma, entiendo que esta publicación es valiosa en tanto permite al lector una aproximación a la problemática social que enfrenta hoy el colectivo de adultos mayores, además de constituir un insumo inicial para futuros trabajos en el área.

Sin dudas, estamos frente a una temática relevante que requiere trabajar en la construcción de políticas de Estado y nuestra Universidad está mandatada por su Ley orgánica a contribuir a tal efecto.

Prof.Dr.Fernando Tomasina

Apertura

CENUR Litoral Norte, sede Paysandú
Palabras del Director Sr. DMTV MsC Líber Acosta

Es un gusto abrir el seminario y felicitar este proceso de integración, esta actividad que desarrolla este núcleo académico tan importante, decir que seguimos en esa línea y trataremos de seguir profundizándolas desde la Universidad de la República (UDELAR), pero sobre todo con vínculos fuertes con el resto de las instituciones. Y eso nos hace crecer cada vez más, ingresar más en los temas preponderantes de nuestra sociedad sanducera. Y —¿por qué no?— ser referentes en las temáticas que el seminario desarrolla, con enclave en el interior del país y desde la UDELAR que hoy apuesta a su desarrollo y descentralización. Agradezco la invitación de poder estar acá y felicito el trabajo y esta idea de la investigación que se lleva a cabo.



DMTV Liber Acosta.CENUR Litoral Norte.Sede Paysandú

Polo de Desarrollo Universitario de Medicina Social
CENUR Litoral Norte, sede Paysandú
Palabras de la Prof. Dra. Mariana Gómez

Desde el Polo de Medicina Social queremos agradecer la presencia de todos y de las autoridades aquí presentes. Agradecer a alguna persona o alguna organización en particular podría ser injusto por aquellos que estamos omitiendo.

Valoramos mucho estos espacios para compartir después de tantas jornadas de trabajo e intercambio, porque sirven para mostrar lo que hemos ido construyendo en forma colectiva. Basta decir que en realidad comenzamos en 2016, cuando la Dra. Robles vino como investigadora visitante, realizó un curso preparatorio del trabajo de campo que se llamó *Curso de capacitación para trabajo de campo con personas mayores y sus familias*. En ese año, muchos fueron abriendo sus puertas y nos facilitaron las primeras salidas de campo.

En 2017 se aprobó el proyecto presentado a la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad, Proyecto de Vinculación Universidad –Sociedad y Producción. Iniciativa Universitaria- Modalidad 2. Llamado 2017.

Este tipo de proyecto tiene una particularidad interesante, dado que en él coparticipan actores institucionales claves de nuestra sociedad, que estarán presentes en el primer panel, como son la Dirección Departamental de Salud, el Departamento de Desarrollo Humano y Social de la Intendencia de Paysandú; así como la Secretaría de Familia.

También se han realizado experiencias donde estudiantes de la Universidad desarrollaron actividades dentro de su formación profesional; es por ello que hemos compartido espacios de práctica y aprendizajes mutuos, con acciones dirigidas a las personas mayores. Estas experiencias serán presentadas en el segundo panel.

En 2018 nuevamente postulamos el proyecto y la CSIC financió un seminario-taller: *Experiencias de investigación cualitativa en personas mayores desarrolladas en la región CENUR Litoral Norte*. Esta vez, se integraron experiencias de la sede Salto, de Ciencias Sociales, Enfermería y Psicología.

Llegamos al 2019 y nos debíamos este encuentro para dar a conocer lo que se ha logrado hasta ahora.

Nuevamente agradecemos la presencia de todos.



Dra. Mariana Gómez. Polo Desarrollo Universitario de Medicina Social

Panel 1. Política Pública y envejecimiento. Los Derechos no envejecen

Dirección de Desarrollo Humano y Social
Intendencia de Paysandú

Introducción

A nivel mundial y particularmente en Uruguay, el índice de envejecimiento ha mostrado una tendencia de crecimiento sostenida; las personas viven más y, durante la etapa de la vejez, la población femenina predomina notoriamente. En nuestro país, la esperanza de vida al nacer para las mujeres es de 80,46 años, mientras que para los varones es de 73, 62 años.

Si bien se entiende que el envejecimiento no es un problema en sí mismo, sí pueden serlo los abordajes de las situaciones que se plantean en la vejez: la invisibilización, la homogeneización y la no detección de las distintas vulnerabilidades. Además, se hacen evidentes desigualdades relacionadas con el género, los ingresos, la religión, las creencias, las oportunidades, etc.

Esta realidad requiere una atención integral que contemple aspectos sociales cognitivos, afectivos, las condiciones de vida, la situación familiar, las redes, la dependencia, la autonomía, etc.

Reconocemos que en nuestro país se han logrado avances, punto de partida de instituciones que atienden estas realidades y que definen políticas de vejez y envejecimiento; Uruguay, fue el primer país en ratificar la



Representantes Intendencia de Paysandú. Dirección Departamental de Paysandú. Ministerio de Desarrollo Social

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70, 2016).

En ese sentido, la Secretaría de Familia (la Dirección de Desarrollo Humano y Social, del Departamento de Servicios de Intendencia Municipal de Paysandú) ostenta una vasta trayectoria de trabajo sostenido con personas mayores.

A través de diversos dispositivos enclavados en barrios y pequeñas localidades del interior departamental, a la fecha se han conformado 15 grupos: 5 en ciudad y 10 en interior del departamento. Estos espacios promueven la participación, socialización, recreación, desarrollo de habilidades y fortalecimiento de vínculos, que redundan en la protección de la salud de la personas mayores. Para ellas, la posibilidad de tener una agenda, de compartir experiencias e intercambios intergeneracionales es motivo de esperanza y ganas de vivir.

En este sentido, el seminario *Las experiencias desarrolladas en el marco del proyecto de construcción de políticas orientada a las personas mayores en la ciudad de Paysandú* pretende rescatar y mostrar los avances en derechos adquiridos y los compromisos institucionales para con este grupo poblacional que se encuentra —muchas veces— vulnerado, y también pretende ser una invitación explícita a sumarse y participar.

Lic. Olga Rodríguez

Directora de Dirección Desarrollo
Humano y Social

Gabriela Jesús

Encargada Secretaria de la Familia
Intendencia Departamental de Paysandú

Dirección de Desarrollo Humano y Social
Intendencia de Paysandú

Palabras de Lic. Olga Rodríguez

Es un grato placer ver esta sala colmada y sobre todo de personas de tan diversas edades, donde vemos la confluencia de los grandes, con su experiencia, quienes hoy están disfrutando una etapa de su vida de retiro y seguramente de descanso, y vemos chiquilines que están iniciando su adolescencia, su juventud y —¿por qué no?— su vida laboral.

Como gobierno departamental, en realidad participamos de esta experiencia como contraparte del proyecto del Centro Universitario de Paysandú (CUP), al que agradecemos la posibilidad de colaborar con el Polo de Medicina Social. Y, bueno, ¿por qué la Intendencia participa?, se preguntarán ustedes. Porque en el marco de esto que es favorecer los derechos, buscamos fortalecer los lugares donde las personas mayores pueden ejercer sus derechos en los ámbitos donde participen, donde puedan expresarse, donde puedan socializar, donde puedan ir a compartir momentos, donde puedan sentirse realmente autónomos e independientes.

A través de la Secretaría de Familia, la Intendencia ha ido generando esos espacios en conjunto o en complementación con otras instituciones para que las personas mayores tengan allí lugares de encuentro, de participación y de recreación. Estos lugares o espacios, estos grupos de personas mayores no son simplemente para ir a tomar un té y jugar a las cartas, sino que trascienden esas actividades porque se trata de seguir fortaleciendo en los adultos el valor que tienen, la posibilidad de transmitir toda su experiencia y seguir aportando desde otro lugar a nuestra sociedad.

A continuación, compartiremos un video para conocer qué es lo que se hace en Secretaría de Familia.

Dirección Departamental de Salud de Paysandú
Envejecimiento y salud. Acciones de hoy, calidad de vida en el mañana

Podemos comprender que la etapa del ciclo vital que transitan las personas mayores requiere de transformaciones de nuestro sistema de salud y de todo el sistema de protección social, que den respuestas a las necesidades que se desprenden durante esta etapa.

Uruguay ha pasado a la fase avanzada de la transición demográfica, similar a países desarrollados, y se estima que para 2050 la población de personas de 65 años y más será de 825.000 aproximadamente con una esperanza de vida al nacer mayor a 80 años, sumado a la baja natalidad y mortalidad infantil que caracterizan a nuestro país.

Hablar de la salud de las personas mayores implica necesariamente tener una mirada desde el derecho y no solo desde un punto de vista biológico, sino como cambios que no son lineales ni uniformes, teniendo en cuenta que el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida, como lo son: la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y la pareja.

Entendiendo la salud como «una categoría biológica y social en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social. Permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social» (Dr. Hugo Villar y Roberto Capotte, ley n.º 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud).

La reforma sanitaria, al igual que el resto de las reformas, es un proceso que implica la creación de las condiciones necesarias para su puesta en práctica, superación permanente y para su sustentabilidad. Estos procesos no son inmediatos y requieren de varias décadas para consolidarlos.

Los cambios sustanciales en el sistema de salud a lo largo de estos años se han basado en facilitar la accesibilidad y mejorar la calidad en la atención, poniendo énfasis en las estrategias de Atención Primaria de Salud (aps). En este sentido, los cambios de la reforma se basaron en tres ejes principales:

- 1) Cambio en el modelo de atención, que privilegia la prevención y la promoción, con base en la aps, con énfasis en el primer nivel de atención.
- 2) Cambio en el modelo de gestión, que asegura la coordinación y complementación de servicios públicos y privados en todos los niveles; la profesionalidad, la transparencia y la honestidad en la conducción de las instituciones y la participación activa de trabajadores y usuarios.
- 3) Cambios en el modelo de financiamiento, que aseguran mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad a través de un fondo único administrado centralmente.

Como estrategia, el Ministerio de Salud ha desarrollado los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020, centrados en las personas con una perspectiva de derecho con el fin de poder medir el alcance de dichos objetivos como procesos de construcción y compromisos colectivos. Para construirlos, el Ministerio de Salud ha clasificado 15 problemas prioritarios —muchos de ellos vinculados directa e indirectamente a las personas mayores—: morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovascular, diabetes, patologías respiratorias crónicas, morbilidad por cáncer), incidencia de suicidios y problemas vinculados a la salud mental, violencia de género y generaciones, dificultades de acceso a servicios en personas con discapacidad y atención a adultos mayores vulnerables, consumo problemático de alcohol y sustancias psicoactivas y persistencia de brechas en la calidad de atención sanitaria.

Aún existen grandes desafíos en relación con la salud y las personas mayores, con el plus de una población envejecida y el flagelo de las secuelas de las enfermedades crónicas no transmisibles, lo que implica una revisión permanente de las estrategias para la construcción colectiva de la salud y requiere necesariamente ser

acompañado por cambios de la matriz social.

Para alcanzar un estado pleno de salud —independientemente de la etapa vital en la que se encuentre el individuo o grupo— debe ser capaz de percibir la salud no como un objetivo, sino como una fuente de riqueza de la vida cotidiana.

Por eso es particularmente importante poder realizar trabajos coordinando esfuerzos y fortaleciendo los vínculos entre la investigación, desde la academia, con las instituciones que implementan las políticas públicas. El apoyo intersectorial, interinstitucional, que genere intercambios y desarrollo de saberes, experiencias y conocimientos debe ser uno de los caminos a transitar en la construcción de políticas públicas para las personas mayores.

Lic. Enf. Esp. Juan Gorosterrazú
Director departamental de Salud Paysandú

Lic. Enf. Esp. Andrea Veglia
Técnico en Salud
Dirección Departamental de Salud de Paysandú



Representantes de la Intendencia de Paysandú y de la Dirección Departamental de Salud

Es muy importante compartir sobre este ciclo de vida tan importante para todos. Estoy acompañado de la Lic. Andrea Veglia, quien también forma parte del equipo y ha estado en continuo trabajo con el proyecto y la investigación, lo que creemos fundamental a la hora de poder implementar las políticas públicas. Ustedes saben que la UDELAR genera conocimiento y hace investigación para poder desarrollar políticas públicas. Al mismo tiempo, poder tener este espacio de encuentro, poder discutir, intercambiar es fundamental para investigar qué es lo que estamos haciendo, nos parece extraordinario y central a la hora de poder generar mejores condiciones y mejores servicios sociales para el beneficio de la población.

En nuestra presentación, titulada *Envejecimiento y salud. Acciones de hoy, calidad de vida en el mañana*, plantaremos el contexto nacional desde el punto de vista demográfico y socioeconómico del país, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y los objetivos nacionales, la situación epidemiológica del contexto que existe actualmente, algunos avances en políticas públicas, el Fondo Nacional de Salud, el Fondo Nacional de Recursos y todo lo que tiene que ver con las enfermedades crónicas no transmisibles.

Nos pareció importante comenzar observando las proyecciones que hay en el futuro en relación con esta etapa de la vida. Si bien el envejecimiento es algo que vamos transitando desde que nacemos, en una etapa de la vida este se acentúa mucho más, y la proyección mundial apunta a un número mayor de personas mayores. Es importante destacar que ha aumentado mucho la expectativa de vida no solamente a nivel de Uruguay, sino que se trata de un evento demográfico a nivel mundial. Las proyecciones de hoy en día rondan en que un 14 % de la población son personas mayores de 65 años, pero se prevé que para el 2050 será entre 22 % y 24 %, así que estamos hablando de un número importante de personas mayores. Por esta razón no solo nuestra cabeza y nuestra forma de vivir, también las políticas públicas y el Ministerio de Salud Pública deben ir pensando en dar respuestas adecuadas para esta etapa del ciclo vital.

La expectativa de vida va en aumento. Las personas mayores tienen una expectativa de vida de 80 años y se busca que a los 80 años las personas adultas vivan una buena calidad de vida, disfrutando de esta etapa del ciclo vital. Este modo de ver el proceso de envejecimiento, no solamente biológico, es un concepto de salud que no solo apunta a lo que nuestro organismo va viviendo, sino que contempla otros aspectos de la vida que acompañan este proceso. A medida que vamos creciendo, vamos avanzando en los ciclos de vida; vamos sufriendo cambios a nivel social, cambios a nivel de nuestros vínculos con las personas que nos rodean, ya sean un amigo, la pareja, con otras personas que compartimos. Vamos cambiando desde el trabajo, vamos

apuntando a la edad jubilatoria buscando otras actividades; entonces, de la salud también debemos considerar diversos aspectos y no solamente los biológicos.

Es por eso que el concepto de salud que se maneja dentro de la Reforma Sanitaria es un concepto que va mucho más allá de los cambios que nuestro cuerpo puede ir sufriendo. Es cierto que, a medida que vamos avanzando en nuestra edad, vamos teniendo diferentes cambios y nos tendremos que ir adaptando a esos cambios. Pero también cambia la historia de esa persona, cambia la historia de la sociedad, el momento social que se vive, el momento político; estas cuestiones también condicionan a veces la salud de las personas y esto no es menor. Por esta razón creemos que proyectos de estas características, a nosotros, como contraparte, también nos ha fortalecido; proyectos como este que apuntan a ver cuáles son las estrategias que pueden favorecer y mejorar la calidad de vida de las personas y sin duda que eso afecta también la salud.

Eso es un poco el espíritu que acompaña a la Reforma a la Salud, que comenzó en 2005: los cambios que hay en el sistema de salud y que continúan hasta la fecha de hoy apuntan a ese cambio de modelo de atención en el modelo sanitario. Antiguamente era solo mirar la enfermedad, mirar la condición biológica de la persona, hoy en día esa visión es más integral y se busca contemplar todos los aspectos de la persona en sí; cambios de modelo de gestión, cómo los servicios de salud que deben apuntar otros aspectos que hagan y que favorezcan a la persona y trabajar en función de los vínculos con otras instituciones, dado que la salud muchas veces no puede contribuir de forma aislada.

El camino de la complementación de servicios fortalece no solo la salud de las personas, también a la comunidad en la que están insertas esas personas. El cambio del financiamiento también ha permitido que todos los habitantes del país puedan acceder a un sistema de salud. Se tienen las garantías que se necesitan y esto lo vimos a través del paso del tiempo; hoy en día las personas tienen la opción de elegir en qué prestador desean ser atendidos. Todos con la misma equidad para poder acceder a los servicios de la misma manera.

Hoy en día cada uno de nosotros puede participar en la toma de decisión del prestador de salud al que pertenece y de esta forma se logra fortalecer los derechos; es un aprendizaje para todos, dado que no estamos muchas veces acostumbrados a opinar y a decidir cómo queremos orientarnos en salud. Esta es una de las grandes fortalezas que tiene el sistema de salud y así como también que tenemos que pensar en esta etapa de la vida desde antes. Desde que comienza la gestación debemos empezar a cuidar a esa persona para alcanzar una calidad de vida que nos permita disfrutar de una manera diferente y eso lo tenemos que construir desde el ahora, en cuanto a todo lo referente a las enfermedades crónicas no transmisibles, la construcción, la forma de vivir, la vamos generando desde los primeros momentos. Eso es un aprendizaje que orienta nuestras conductas, nuestras formas de vivir, nuestro ritmo, a muchas veces ir cambiando y adaptándonos a los nuevos tiempos.

A lo largo del tiempo, el sistema de salud ha ido contemplando e incluyendo a todas las personas: en principio empezaron las personas con jubilaciones menores, después agregaron a las personas que recibían pensiones. Después agregaron a las personas que se iban jubilando en esos años y hoy en día tenemos la certeza que todos los habitantes que hay en nuestro país pueden acceder, con los mismos derechos, a los

beneficios en salud y las mismas garantías de cuidar para sus familias.

En este sentido, el Ministerio de Salud se ha fijado 4 objetivos nacionales: 1) Alcanzar mejoras en la situación de salud de la población; 2) Disminuir las desigualdades en el derecho a la salud; 3) Mejorar la calidad de los procesos asistenciales de salud; 4) Generar las condiciones para que las personas tengan una experiencia positiva en la atención de su salud. Estos objetivos se construyen a través de diferentes pasos (ver figura n.º 1) y se plasmaron en 5 objetivos estratégicos, en metas que orientan a los diferentes prestadores vinculados al sistema de salud, para alcanzar mejoras en la salud de las personas de forma tal que nos permita tener un mapa de ruta claro. Para ello, se priorizaron 15 problemas:

- 1–Embarazo no deseado en adolescentes.
- 2–Prematurez y bajo peso al nacer.
- 3–Elevado índice de cesáreas.
- 4–Transmisión vertical de sífilis y VIH.
- 5–Alteraciones del desarrollo en la primera infancia.
- 6–Problemas nutricionales críticos en la primera infancia.
- 7–Morbimortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT), cardiovasculares, diabetes y patología respiratoria crónica.
- 8–Morbimortalidad por cáncer.
- 9–Morbimortalidad por VIH/Sida.
- 10–Incidencia de suicidio y problemas vinculados a la salud mental.
- 11–Lesiones y muertes por siniestralidad vial y en el ámbito laboral.
- 12–Violencia de género y generaciones.
- 13–Dificultades de acceso a servicios en personas con discapacidad y atención a personas mayores vulnerables.
- 14–Consumo problemático de alcohol y sustancias psicoactivas.
- 15–Persistencia de brechas en la calidad de la atención sanitaria.



Figura N°1. Pasos para la construcción de los objetivos del milenio 2020



Representantes de Intendencia de Paysandú, Dirección Departamental de Paysandú, Ministerio de Desarrollo Social

Estos problemas —muchos de ellos tienen vinculación con esta etapa de la vida— dieron un mapa de ruta claro, metas, acciones a realizar para mejorar estos índices, para trabajarlos en esta etapa de la vida y en etapas de la vida anteriores, de manera tal que cuando lleguemos a esas proyecciones, la calidad de vida de todos sea mejor y nos permita disfrutar de la etapa desde otro punto de vista y con una mejor salud.

Estos objetivos son evaluables y este año se realizó una evaluación que se llamó *Evaluación a medio camino* (ver tabla n.º 1) que, a groso modo, si uno observa los porcentajes, dio muy buenos resultados, nos indica que vamos caminando y estamos alrededor de entre un 70 % y 80 % en la gran mayoría de los objetivos alcanzados. Nos muestra que aún tenemos camino por hacer y por eso creemos que este tipo de investigaciones fortalecen estas acciones y nos permite reunir herramientas para ir mejorando la calidad de vida de cada uno.

Tabla n.º 1 *Evaluación a medio camino*. Proporción de avances en las líneas de acción por objetivo estratégico.

Objetivo estratégico	Proporción de líneas de acción con avance		Proporción de líneas de acción con avance global (*)
	Avance significativo	Avance contribuyente	
1 – Favorecer estilos de vida y entornos saludables y disminuir factores de riesgos.	41 %	34 %	75 %
2 – Disminuir la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad.	45 %	31 %	76 %
3 – Mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de la vida.	35 %	50 %	85 %
4 – Construir una cultura institucional de calidad y seguridad en la atención de salud.	44 %	41 %	85 %
5 – Avanzar en un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas.	56 %	6 %	62 %

**Avance significativo.*

Los aspectos demográficos tenían su influencia en las políticas públicas y también los socioeconómicos: el crecimiento del país ha disminuido el índice de desigualdad y eso repercute en los Servicios de Salud y en las demandas que se generan porque, desde el punto de vista de los uruguayos, vivimos más y al vivir más, demandamos más servicios de salud, medicamentos, etc.

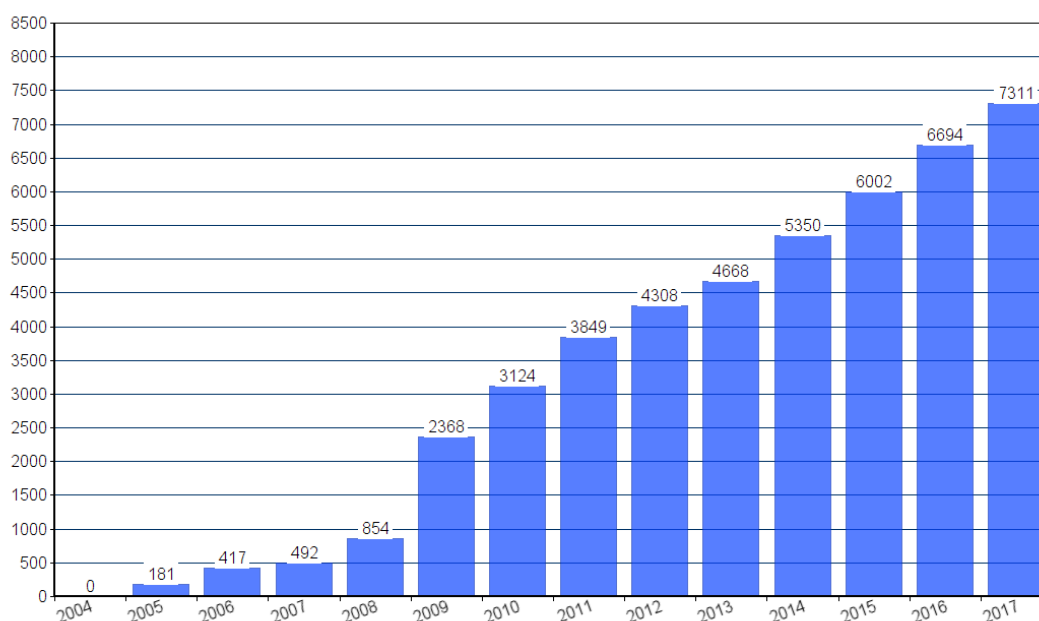
El 60 % de las muertes está vinculado a las enfermedades no transmisibles, principalmente a enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades neoplásicas y enfermedades del sistema respiratorio. Pero en ese sentido tenemos algunas muy buenas noticias, por ejemplo lo que tiene que ver con enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares ha disminuido considerablemente con un descenso del 13 % en las enfermedades isquémicas y un 28 % en las enfermedades cerebrovasculares. Eso realmente ha sido un impacto en el diseño de las políticas públicas y que se refleja directamente sobre la salud de la población. Existe un descenso marcado en lo que es la mortalidad por cáncer, que representa un descenso en mujeres del 3 % y en hombres 4,2 %, gracias no solamente a una estrategia de tratamiento en lo que tiene que ver sobre el Fondo Nacional de Recursos, sino con el aumento del diagnóstico precoz en la prevención, en la promoción en todo lo que se ha venido haciendo. También con el tratamiento: desde la creación del carné del adulto mayor en 2006, todo lo que tiene que ver con la Digitalización (Plan Ibirapitá), la Guía de Cuidado del Adulto Mayor que elaboró la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y todo lo relacionado con los establecimientos de larga estadía que hay también. Tenemos un 2,5 % de la población uruguaya adulta mayor que vive en residenciales —representan alrededor de 24-25000 personas— y generalmente sabemos poco de las personas mayores que viven solas. Por eso nos pareció importante ser la contraparte del proyecto a la hora de investigar en profundidad lo que son las personas mayores que viven solas y cuáles son los factores protectores. Para nosotros será fundamental a la hora del diseño de la política pública.

También lo que se ha hecho en lo que tiene que ver con las prestaciones de salud en las personas mayores y con relación a las metas asistenciales. Ustedes saben que el sistema se paga, se financia por cápita, pero también por metas asistenciales, los prestadores públicos y privados tienen que cumplir determinadas metas y en eso el sistema ha generado algunas metas, como el carné del adulto mayor, el médico de referencia, el seguimiento de usuario por hipertensión arterial, diabetes, VIH y trastornos fibrinolíticos. Ponemos VIH porque está comprobado que las personas tienen la misma esperanza de vida, anteriormente no era así pero ahora sí: la persona que se trata por VIH tiene la misma esperanza de vida que otra persona cualquiera. Eso está también dentro del sistema, así como otras prestaciones: la inauguración del Hospital de Ojos (la operación de ojos con más de 80.000 operaciones de cataratas), el Banco de Prótesis; el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), ASSE y el Fondo Nacional de Recursos (FNR) tienen una amplia canasta de prestaciones.

El FNR fue creado en 1980 y no tenía financiamiento de medicamentos de alto precio. A partir del 2007

se generó la cobertura por medicamentos de alto precio y allí ven (ver gráfico n.º 1), la evolución que ha tenido. Teníamos medicamentos cero en 2004, 181 en 2005, y pasamos a 7311 en 2017, o sea, medicamentos de alto precio porque en realidad es una cobertura universal. Somos de los pocos países que tenemos una cobertura de estas características con alta tecnología y con medicamentos de alto precio, incluso cirugías de altísima complejidad para todos los uruguayos.

Gráfico n.º 1. Evolución del número de pacientes en tratamiento con medicamentos bajo cobertura del FNR (2005–2017).



Y en esa línea del SNIS (ley 18.211), se ha disminuido el gasto de bolsillo: está prevista la reducción gradual de los tiques de medicamentos. Las personas mayores son las que más consumen medicamentos y en ASSE es el 50 % de la población que está sin costo de gasto de bolsillo y en el resto de la población que tiene cobertura por los servicios privados ha ido disminuyendo considerablemente el co-pagos, el «gasto de bolsillo» que le llamamos nosotros. Pasamos de un 23 % a un 16 % y sigue bajando, en la medida que se han ido incorporando algunos medicamentos específicamente para hipertensión, diabetes, enfermedades crónicas que realmente son importantes.

El concepto de atención sanitaria no refiere solamente a las enfermedades sino que también refiere a los avances de las políticas públicas y, en particular, a la instalación de más de 500 gimnasios. No era frecuente encontrar estos gimnasios en los espacios públicos, hoy hay más de 500 instalados. En cuanto a las Guías

de actividad física, ha disminuido el consumo de tabaco. Eso demuestra que no solamente se influye sobre los servicios de salud, sino sobre lo que tiene que ver con la prevención. Ahora tenemos un desafío grande con el etiquetado plano de alimentos, esto tiene que ver con las personas que tienen sobrepeso y obesidad y eso demanda muchísimo a los servicios de salud. Rápidamente se ha avanzado en la patología por cáncer, la implementación de los cardiodesfibriladores.

Se cree en el envejecimiento activo, que es un proceso de optimización de oportunidades de salud; es fundamental ese concepto y poder considerar los servicios de salud, los determinantes económicos, los determinantes sociales y el estado físico. En realidad todo esto es importante para el concepto de salud.

Muchísimas gracias y estamos a las órdenes.

Oficina Territorial del Ministerio de Desarrollo Social

Vejez y envejecimiento en perspectiva de derechos

Palabras de Prof. Carlos Damico

Las políticas públicas se construyen y se trabajan de forma interinstitucional y con participación social, no hay nada que esté separado. En esta instancia intentaré realizar un breve análisis de las políticas del área social, algunas de las cuales son transversales y atraviesan a la salud.

Los seres humanos nos definimos como seres sociales, ya que vivimos en comunidad, por lo cual nos organizamos para darnos formas de vida y tomamos posición ante la vida, y de esta forma se ha procesado la historia. Esa dinámica sociopolítica genera el contexto en el que nos desarrollamos y, asimismo, va generando algunas contradicciones. Son los roles que se nos adjudican o que asumimos cada uno de nosotros los que construyen las relaciones sociales y políticas generando los derechos y las obligaciones que nos tocan o no a cada uno.

La historia nos dice que no siempre todos estuvimos incluidos como sujetos plenos de derecho, mucho menos como sujetos integrales, ejemplo de ello fueron los niños, adolescentes, las mujeres, las personas con discapacidad y los veteranos, sobre quienes recién ahora se discute su lugar, su rol, su perspectiva de vida.

Atendiendo al tema que nos convoca hoy, destacamos que Uruguay, a partir de 2015, adhiere a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que pasó a ser ley.

El Estado se obliga desde esa fecha a llevar políticas públicas para las personas mayores, por eso hoy felicitamos a la UDELAR por sumarse a investigar sobre la situación de las personas mayores en Paysandú, lo que permitirá acumular conocimiento sobre el proceso de la vejez y el envejecimiento y en qué contextos estos procesos se dan. Estos conocimientos colaborarán en el diseño de políticas públicas sociales más ajustadas a las necesidades de los colectivos considerados.

En el desarrollo histórico de las políticas públicas se pueden diferenciar dos etapas: una en la que el Estado estuvo ausente, definió no intervenir, dejó que la oferta y la demanda resolvieran quiénes tenían posibilidad de ejercer sus derechos. Otra en donde las políticas de gobierno, como acciones de Estado, consideran a sus habitantes como sujetos integrales y plenos de derechos, y, para garantizar a estos, organiza e interviene, definiendo determinado presupuesto que permite la implementación de políticas públicas que impacten favorablemente en la calidad de vida de todos.

Esas etapas, por las que ha transitado nuestro país, son como dos cristales donde nos miramos. Cuando no hay política de Estado, las personas nos transformamos en objeto y perdemos capacidad de ejercer nuestros derechos, esas ausencias se acentúan más en aquellos que provienen de contextos más vulnerables. En cambio, a partir de 2005, el Estado comenzó a intervenir con políticas sociales integrales teniendo como centro a todos

los sujetos, creando el MIDES y también promoviendo las reformas de la salud, la tributaria, de la seguridad social, educativa, laboral, desarrollando el Plan de viviendas, el Plan Juntos, los consejos de salarios, la descentralización política y la participación social, entre otras políticas.

Hoy cada vez vivimos más —y es bueno vivir más—, pero también hay que vivir mejor. El SNIS aporta para ello.

La reforma tributaria y la laboral asociaron las jubilaciones al incremento de los salarios. El crecimiento salarial de los últimos 15 años por encima de la inflación mejoró en un 50 % el poder adquisitivo, que se trasladó a las jubilaciones.

Desde el MIDES encontrábamos a las empleadas domésticas, a los asalariados rurales y gente que trabajó toda la vida que llegaban a la vejez y no podían jubilarse. Tenían que esperar a los 70 años para poder tener una pensión. Por ello se creó la Asistencia a la vejez, prestación equivalente a la Pensión a la vejez, a partir de los 65 años. Agreguemos la reforma jubilatoria para madres trabajadoras, reconociéndoles un año por cada hijo más la posibilidad de jubilarse a los 58 años estando desocupada. Esto se llevó a cabo cuando Murro era presidente de BPS, los datos informan sobre 50.000 jubilaciones nuevas (en su mayoría mujeres) que, sin dicha reforma, hubiera sido imposible otorgar.

La estadística dice que a partir de los 65 años se empieza a tener un déficit sensorial, motriz y/o intelectual debido al proceso de envejecimiento, que nos limita. Para compensar dichas limitaciones, se necesitan Ayudas Técnicas (AT) como forma de retrasar la dependencia. Cualquier persona que tenga esas limitaciones puede acceder a la at a través de ASSE, BPS, BSE o gratuitamente a través del MIDES, que dispone de un paquete amplio de AT. A las AT hay que sumar los productos del Laboratorio de Prótesis Ortopédicas. Es de destacar que en corto tiempo estaremos inaugurando el Laboratorio Regional en Paysandú y un Banco de AT también regional. Todo ello es de acceso gratuito.

En Paysandú funciona un Centro de Día para personas mayores con dependencia leve y moderada financiado por el SNIS. Se gestiona interinstitucionalmente dependiendo de la Mesa Interinstitucional de Políticas Sociales (MIPS), con la participación social de la Red de Personas Mayores (REDAM) y del CUP, en la práctica de los alumnos de Psicología, entre muchos otros, quienes aportan su parte para intentar retrasar la dependencia y edificar un espacio dignificante para las personas mayores.

No debo olvidar mencionar el Hospital de Ojos; creación que permitió a muchísimas personas de avanzada edad con problemas visuales, como cataratas, volver a ver. Tuve la oportunidad de acompañar a una delegación que fue a Cuba en el marco de la Operación Milagro—Nos tenemos que ver. Donde el promedio de edad de los pacientes era de 60 años e iba una mujer de Paysandú que hacía 47 años que estaba ciega; su operación demoró unos 15 minutos y recuperó la visión.

Por eso la intervención del Estado en las políticas públicas sociales es necesaria y vital en favor de los derechos de las personas, generando las condiciones para que los puedan ejercer.

En este último período se suma el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), sistema que organiza

y garantiza la calidad y cantidad de prestaciones para armonizar la calidad de vida de las personas sin importar la condición social, el lugar donde se viva, la edad, para atender la dependencia de unos y promover el desarrollo de otros.

El SNIC impacta entre otros y en forma directa en los adultos mayores. Hoy podemos envejecer y saber que si fuese necesario, tendremos a alguien que nos cuide con todas las garantías por ser una política de Estado.

Hoy el 2,5 % de la población adulta termina en un establecimiento de larga estadía; mal llamada casa de salud, paradójicamente lo que más se pierde allí es la salud. En parte esto es consecuencia de la ausencia del Estado en los años 90, cuando se desregularizaron los derechos laborales, se perdió salario, se le dio la espalda a los servicios públicos de salud entre otros abandonos. Esta coyuntura económica y los paradigmas sobre los cuales se basaron profundizaron la exclusión de muchas personas mayores cambiando el rol intrafamiliar de ellas.

Para ilustrar lo planteado, brindamos datos emanados de la aplicación del Plan de Emergencia (2005) y luego del Plan de Equidad (2008):

- * el grueso de la población adulta tenía ingresos próximos a los \$ 1.200 y alta informalidad laboral, lo que le impedía jubilarse.

- * la mayoría de la población adulta tenía trabajo como asalariados rurales o trabajo doméstico con muy bajas remuneraciones y en muchos casos sin aportes a la seguridad social.

- * solo el 1 % de las personas mayores tenía un vínculo social por fuera del entorno familiar.

Otra etapa que debería —a mi juicio— ser fuente de estudio es el impacto que tuvo la dictadura cívico militar de los años 73 al 85 en la deconstrucción del entramado social. En esa época se impidió que la gente se juntara, se organizara, disfrutara de su tiempo y construyera sociedad. Esas generaciones son nuestros viejos de ahora, eran los jóvenes de esa época.

Todavía algo de esa etapa sigue siendo parte de nosotros, muchos derechos que fueron violentados en la dictadura aún no han sido restituidos y muchas acciones siguen impunes. Creo que gran parte de los sectores de personas mayores que todavía se sienten excluidos es porque en su momento no construyeron redes sociales.

Parte de los objetivos de la serie de reformas que se llevan adelante apuestan a la construcción del futuro de todos, de una nueva forma de sociedad: más justa, más integrada, más inclusiva, donde nadie sea culpable ni una carga, para que todos lleguemos a la vejez con otra construcción y perspectiva de vida.

La construcción social a partir de políticas públicas es ver a las personas como sujetos de derechos, es una construcción colectiva, de todos, desde la iniciativa social como de gobierno, entre todos, desde la participación ciudadana como comunitaria, desde el diálogo permanente con generación de conocimiento que retroalimente la construcción permanente y como garante de una sociedad más justa, inclusiva, integrada con la mejor convivencia y con certeza de futuro.

Sistema Nacional Integrado de Cuidados Oficina Territorial del Ministerio de Desarrollo Social Vejez y Envejecimiento en perspectiva de derechos

Palabras de Fernando Burjel

El Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) tiene algunas características generales que lo definen, y luego algunos elementos particulares que refieren a las personas mayores.

Las dos principales características, propuestas innovadoras, desde el punto de vista societario que refieren al SNIC tienen que ver, en primer lugar, con la cuestión de que a partir de 2015, cuando se aprobó la Ley de Cuidados se establece: «La constitución de *un nuevo derecho* para los ciudadanos». Si bien la cuestión del cuidado atraviesa toda la historia de la humanidad —alguien nos cuidó cuando nacimos, después nosotros cuidamos a nuestros hijos, a nuestros enfermos, nuestros nietos y seguramente alguien nos va a cuidar en el futuro—, es a partir de esta ley que ese derecho pasa a ser incorporado como un derecho ciudadano, *el derecho a recibir cuidados* de calidad y esto se dice fácil, pero creemos que es una cosa muy relevante. Desde el fondo de la historia ese derecho implícito de ser cuidados que todos teníamos como seres humanos dependía notablemente de la suerte que hubiéramos tenido respecto al hogar en que nos hubiera tocado nacer. Y la calidad, la intensidad de los cuidados que recibíamos, dependía de que nuestras familias tuvieran las capacidades para pagar el ejercicio y el desarrollo de los cuidados. Hoy pasa a ser un derecho para todos los ciudadanos independientemente de su condición social, del lugar geográfico donde nació, etc.

Y la segunda novedad también tiene que ver con que, desde el fondo de la historia, la responsabilidad en el ejercicio de ese cuidado estaba asignada socialmente a las familias. Las familias eran las responsables de cuidar a sus hijos, sus enfermos, y en particular, las mujeres de la familia, es decir, era un derecho o una función social recargada sobre las familias y, en particular, sobre las mujeres. Con esta ley, se pone el acento sobre que esta responsabilidad de cuidar pasa a ser una corresponsabilidad, obviamente de las familias, sí, pero también del Estado, del mercado, de la comunidad y la sociedad civil. Es un salto históricamente muy relevante, en cuanto a empezar a ejercer la *corresponsabilidad* en el ejercicio de los cuidados entre los distintos actores sociales, así como entre hombres y mujeres.

¿Cómo define la ley el SNIC? Como el conjunto de acciones —las que ya existían y las que se van creando— dirigidas a la población en situación de dependencia. Entonces, lo que define el público objetivo del SNIC refiere a un conjunto de personas que tienen algún nivel de dependencia, entendiendo por tal que requieren total o parcialmente la ayuda de otros para hacer las actividades de la vida cotidiana, tales como levantarse, vestirse, comer, ir a la plaza, ir a cobrar la jubilación, etc. Se considera que quienes precisan esa ayuda tienen algún nivel de dependencia, que el SNIC valora a través de un baremo, que es una herramienta para evaluar qué grado de dependencia tenemos cada uno de nosotros. Ese instrumento nos permite decir si esta persona no tiene dependencia ninguna o tiene una dependencia leve, moderada o severa para hacer las

actividades de su vida cotidiana.

El público objetivo al que apunta el SNIC está constituido por cuatro grandes grupos, a saber: en primer lugar la primera infancia —particularmente de 0 a 3 años, pero la ley habla de 0 a 12—, en donde se entiende que, por razones vinculadas con la falta de maduración social, cognitiva, etc., este segmento etario precisa alguna ayuda para desempeñarse. En segundo lugar, a las personas mayores en situación de dependencia. Es importante señalar que el SNIC no apunta a todas las personas mayores, apunta solamente a aquellas personas mayores que tengan algún nivel de dependencia. En tercer lugar, a las personas con discapacidad en situación de dependencia. También hay que precisar que no apunta a todas las personas con discapacidad, sino que apunta solamente a aquellas personas con discapacidad que tengan algún nivel de dependencia para la realización de sus actividades cotidianas. Y, por último, a los cuidadores, que ejercen la tarea de cuidado y por tanto son un público objetivo en términos de garantizar su formación y su profesionalización, a efectos de mejorar la calidad de los servicios de cuidados. Estos son los conceptos generales del SNIC que nos parecía relevante compartir con ustedes.

Por otro lado, hay tres servicios vinculados a personas mayores con dependencia que hoy están ya operativos en Paysandú.

Uno de ellos es el servicio de asistentes personales, que es el servicio que atiende el cuidado y la asistencia personal para las actividades de la vida diaria de las personas en situación de dependencia severa. Es decir,



Representantes Dirección Departamental de Salud, Ministerio de Desarrollo Social, Intendencia de Paysandú

que precisan ayuda para las necesidades básicas de la vida diaria (por ejemplo: alimentarse, higienizarse, vestirse, movilizarse, trabajo, estudio y recreación, entre otras). El asistente personal concurre al domicilio del beneficiario en días y horarios acordados con la persona usuaria, con un máximo de 80 horas mensuales. Si bien la ley establece este servicio como un derecho universal, es decir, todas las personas con dependencia severa tienen derecho a los asistentes personales, actualmente por razones presupuestales, en este periodo se optó por empezar a atender a las personas con dependencia severa de 80 años o más, así como a las personas de 29 años o menos. Obviamente, como ocurrió con el SNIS, la idea es que esa brecha se vaya acortando hasta que todas las personas en esta situación tengan esta cobertura.

El servicio se solicita a través del portal del SNIC, del teléfono 0800 1811 o personalmente en cualquiera de las oficinas del MIDES. Una vez solicitado, se realiza desde el SNIC una visita de evaluación y aplicación del baremo, para constatar que la persona efectivamente tiene una dependencia severa. En el caso que así sea, en función de la información que posee el BPS de los ingresos de ese núcleo familiar, se determina si debe pagar algo o no. Para que tengan una idea, hoy un poco más del 90 % de las personas que son beneficiarias de asistentes personales no pagan nada, pero hay algunos hogares que están pagando un tercio del costo del servicio, algunos dos tercios o tres tercios. Hoy en Paysandú, hay operativos 239 asistentes personales, es decir 239 beneficiarios están recibiendo el servicio.

Otro servicio es el de Teleasistencia: este servicio es para personas con dependencia leve o moderada y que tienen que residir en su domicilio, solas o acompañadas por sus familiares. Este es un servicio que permite que las personas mayores de 70 años, en situación de dependencia leve o moderada, avisen a su familia, vecinos o servicio médico ante cualquier incidente. Por ejemplo: una caída que ocurra en su hogar. Funciona a través de una pulsera o collar que al ser presionado activa una conexión con un Centro de Atención, que avisa a todos aquellos que el beneficiario haya indicado por ejemplo: al servicio de COMEPA, a ASSE, sus familiares, a sus hijos, a sus vecinos, a quien corresponda. Desde el punto de vista económico funciona con la misma lógica, es decir según el ingreso del núcleo familiar se abona una parte del costo del servicio o nada —como ocurre en la mayoría—. El servicio también se solicita a través del portal del SNIC, del teléfono 0800 1811 o personalmente en cualquiera de las oficinas del MIDES. Y, en este caso, la entrevista es telefónica, es decir, no se realiza una visita al domicilio. Este es un servicio que entendemos todavía ha sido poco difundido y al día de hoy, hay solo 19 personas que están usando este servicio en Paysandú. El servicio es prestado por alguna de las cinco empresas habilitadas que tiene el servicio y que atienden en todas las localidades del país. Una vez que se confirma que la persona tiene derecho al servicio, lo cual se realiza a través de una entrevista telefónica, la persona elige entre esos cinco prestadores cuál quiere que se lo brinde.

La última prestación para personas mayores con dependencia que hoy está operativo en Paysandú por el SNIC es el Centro Diurno. Este centro brinda cuidados integrales a las personas mayores de 65 años que se encuentran en situación de dependencia leve o moderada. Es decir, que viven en sus hogares, pero presentan ciertas dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria, tanto por limitaciones físicas como

mentales. En ellos, se realizan actividades culturales, recreativas y de estimulación física y cognitiva, junto a un equipo de profesionales. El objetivo de estos centros es contribuir a la autonomía de las personas mayores y la permanencia en su entorno habitual. Además, brindan un apoyo a las familias cuidadoras. Este servicio del SNIC cuenta con subsidios totales para todas las personas que accedan, es decir, la asistencia y participación serán sin costo. Las personas mayores podrán asistir con una frecuencia de dos, tres o cinco días por semana. En el caso de Paysandú, se pudo implementar gracias al acuerdo entre la Intendencia de Paysandú que aporta el local y el mantenimiento edilicio, y el SNIC aporta la contratación de un amplio equipo técnico. En Paysandú, el centro funciona de lunes a viernes, de 8 a 12 h, en el local de calle Entre Ríos y Uruguay.

Reiteramos que cualquiera de estos servicios puede ser solicitado a través del 0800 1811 o personalmente en las oficinas del MIDES.

Panel II. Experiencia estudiantil de trabajo comunitario con personas mayores en el marco del proyecto

Licenciatura en Fisioterapia, Escuela Universitaria de Tecnología Médica, UDELAR
Caracterización de la Población adulta mayor en comunidad usuaria de ASSE de la Ciudad de Paysandú

Palabras de: Lic. Ana Sánchez, Lic. Sara Pavlichen, Br. Ana Costa y Br. Débora Acevedo Fagúndez

La siguiente presentación corresponde a la exposición realizada en el Seminario por: Ricardo Suárez, Airton Abreu, Fernando Sequeira, Ana Costa, Débora Acevedo Fagúndez, Camila Laclau y Pamela Morelle, quienes desarrollaron un proyecto enmarcado en una monografía de estudiantes de la licenciatura en Fisioterapia, titulado *Caracterización de la población adulta mayor en comunidad*.² Para dicho trabajo, se tomaron en cuenta usuarios que pertenezcan a ASSE, que concurren a las Redes de Atención Primaria (RAP) y residan en la ciudad de Paysandú.

Según estudios, tales como el censo realizado en 2011 por el Instituto Nacional de Estadísticas en Uruguay, la población envejecida, a partir de los 65 años, ha aumentado progresivamente y se estima que incrementará aún más en los próximos años.

Estas estadísticas han llevado a pensar en estrategias a nivel mundial y nacional sobre cómo enfrentar esta situación epidemiológica de envejecimiento, ya que se convierte en un problema sanitario mantener y mejorar la calidad de atención en salud, considerando que la vejez es una etapa del ciclo vital caracterizada por la disminución de la capacidad de respuesta a las situaciones estresantes biopsicosociales y que esto determina que la persona mayor sea más susceptible a los problemas de salud que las personas jóvenes. El envejecimiento por sí mismo no es causa de enfermedad, por esto es fundamental lograr mantener el mejor estado de salud posible e independencia a lo largo del ciclo vital.

La mirada de la fisioterapia lleva a pensar en cómo ayudar a tener una población de personas mayores saludables, fundamentalmente desde la capacidad de independencia funcional y cognitiva. Por eso se plantea la necesidad de saber las características de dicha población; a fin de poder trabajar la prevención de las situaciones de dependencia. Se considera que generar estrategias en Atención Primaria en Salud (APS) sería de vital importancia para disminuir dichas situaciones. Para ello, se llevará a cabo la creación de planes de intervención basándonos en la ley n.º 18.211 (<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5047655.htm>), creada por el SNIS en el año 2007.

Actualmente nuestra población tiene un aumento acelerado del envejecimiento demográfico, de forma que las instituciones de atención sanitaria deben adaptarse a este cambio y ser flexibles en cuanto al manejo de las consecuencias del crecimiento. La vulnerabilidad de los adultos mayores los vuelve más propensos a

convivir con enfermedades crónicas y con las posibles discapacidades que ellas puedan ocasionar.

Se brindará orientación sobre los servicios disponibles según las necesidades. Además, es importante considerar la estructura del centro de atención, que debe ser de fácil acceso y con las comodidades pertinentes para que los usuarios puedan permanecer el tiempo requerido sin sentirse incómodos; ya que el problema principal es que muchas veces no se acercan a los lugares de integración debido a sus discapacidades y es así que, de a poco, van descuidando y dejando en segundo plano su salud.

Objetivos generales

Caracterizar la población adulta mayor en comunidad usuaria de ASSE en la ciudad de Paysandú, referida a un centro de primer nivel de atención, con relación al estado funcional músculo–esquelético y cognitivo mediante diferentes métodos de evaluación.

Elaborar estrategias para la inclusión de las personas mayores en distintos planes de intervención, que se realizarán posteriormente al análisis de los datos de la población evaluada.

Objetivos específicos

- Analizar el estado funcional músculo–esquelético general.
- Identificar factores de riesgos de caídas en el hogar.
- Conocer trastornos cognitivos existentes.

Diseño metodológico

Definición de la población objetivo:

Personas mayores de 60 años que vivan en comunidad de la ciudad de Paysandú, usuarias de ASSE.

Definición de la muestra por conveniencia: Serán todas las personas mayores de 60 años que vivan en comunidad, usuarias de ASSE de la ciudad de Paysandú, que hayan concurrido a la policlínica en el último año y aceptado participar de las evaluaciones tras el contacto telefónico.

Definición del tipo de estudio:

El proyecto se basó en un estudio descriptivo longitudinal, prospectivo. Dicho estudio es descriptivo longitudinal porque se dirige a caracterizar en el transcurso del tiempo a las personas mayores en comunidad, usuarias de ASSE. Y prospectivo, ya que la recolección de datos continúa en el tiempo.

Métodos de recolección de datos:

Se confeccionó un formulario de evaluación en el software EPI–Info, que fue utilizado en un sistema Android de celulares, para registrar el estado funcional, identificar riesgo de caídas, factores de riesgo de caída ambientales en el domicilio e identificar trastornos cognitivos existentes.

Para ello, se utilizaron los siguientes elementos:

- Ficha de datos patronímicos, antecedentes personales, dato de diagnóstico de trastornos cognitivos y

contexto biopsicosocial.

- **Método Barthel:**

Es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para medir la funcionalidad valorando el grado de independencia del individuo en relación con la realización de algunas Actividades básicas de la Vida Diaria (AVD), otorgando el puntaje según su capacidad. El puntaje dependerá del tiempo y de la necesidad de ayuda para realizar las AVD. Las AVD se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 o 15 puntos. Los puntos se totalizan entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente).

Interpretación:

0–20: Dependencia total.

21–60: Dependencia severa.

61–90: Dependencia moderada.

91–99: Dependencia escasa.

100: Independencia.

- **Evaluación Lawton y Brody:**

Es un método evaluativo de autonomía física y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores institucionalizadas o no. Es uno de los instrumentos de medición de AIVD que se utiliza más frecuentemente en el ámbito internacional y el más utilizado en las unidades geriátricas de España. El hecho de que su puntaje sea de forma global y también individual a cada categoría permite el estudio y el análisis, representando una gran ventaja. Otra de sus ventajas es que es objetivo y de breve implementación, además de ser muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del anciano. Se divide en ocho actividades que evalúan la capacidad funcional de cada uno, donde se le asigna un puntaje numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). Se administra en un tiempo de cuatro minutos aproximadamente. Al momento de realizarla, esta evaluación posee dos limitaciones sociales: no todos tienen las mismas habilidades frente a un mismo grado de complejidad, llegando a una puntuación final que no refleja un verdadero grado de capacidad en sí, sino limitaciones en el ámbito social. Además, se puede decir que esta escala desfavorece a los hombres, ya que muchas de las actividades planteadas son realizadas por mujeres tradicionalmente, debido a patrones sociales.

- **Timed Up and Go:**

Es un test sencillo que se utiliza para determinar la movilidad de un individuo y exige de él equilibrio estático y dinámico. Para esta prueba, se tiene en cuenta el tiempo que tarda la persona en levantarse de una silla, caminar tres metros, darse la vuelta, caminar hacia la silla y sentarse. Durante el test, la persona debe utilizar su calzado habitual y cualquier ortesis que necesite.

Al realizar la prueba:

- Utilizar una silla sin posa brazo.
- Los tres metros se miden desde las patas delanteras de la silla, en dirección recta hasta un punto de referencia delimitado.
- Al inicio, la persona debe estar sentada con la espalda bien apoyada contra el respaldo, los brazos al costado y los pies tocando el suelo.
- Se solicita a la persona que se pare sin apoyarse y camine como lo hace habitualmente hasta el punto delimitado y vuelve a sentarse.
- Se inicia la medición del tiempo cuando la persona despega la espalda de la silla, y se detiene cuando retoma la posición inicial.
- Si la persona requiere algún tipo de ayuda para ponerse de pie, se suspende la prueba y se clasifica con alto riesgo de caída.

Interpretación:

Normal ≤ 10 s

Riesgo leve de caída 11 a 20 s

Alto riesgo de caída > 20 s

● Observación y registro de factores de riesgo de caídas en el hogar. Cabe destacar que, antes de la salida de campo, se realizó la unificación de los criterios de evaluación, con el objetivo de reducir al máximo el margen de error.

● Se elaboró la georreferenciación en un mapa de la zona de influencia de la policlínica, a partir de los datos de la muestra que se recolectó de los partes diarios del sistema informático. Se definieron las zonas a trabajar y se enumeraron apuntando a abordar a la población de forma ordenada por parte de los grupos de encuestadores compuestos por dos estudiantes.

Se realizó el contacto a través de la policlínica de referencia vía telefónica. A las personas que accedieron en forma voluntaria, se agendó día y hora para realizar la entrevista en el domicilio y se les entregó hoja de información del alcance del estudio y consentimiento informado.

Recursos humanos:

- Integrantes del Polo de Desarrollo de Medicina Social.
- Usuarios participantes del trabajo de investigación.

Recursos materiales:

- Consentimientos informados.
- Carta de información.
- Celulares.
- Computadoras.

- Teléfono.
- Cinta métrica.

Logros y dificultades:

La población extraída para este trabajo fue un total de 379 personas, de las cuales pudieron ser contactadas 202 personas (53 %), mientras que las restantes no pudieron ser contactadas, debido a números telefónicos ausentes, incorrectos o fuera de servicio. De las personas contactadas, 160 personas (79 %) aceptaron ser parte del estudio, determinando una muestra final por conveniencia.

Se considera que este trabajo fue desafiante por distintos motivos, tanto para su elaboración como en las vivencias personales al momento de ejecutarlo.

En una primera instancia, fue difícil definir qué aspectos priorizar al caracterizar la población y optar por evaluaciones eficientes y viables. Para comenzar con la recolección de datos de la muestra, en un principio se pensaba extraerlos de las historias clínicas de los usuarios, sin embargo, al momento de entrar en contacto con la enfermera encargada de la policlínica, ella nos ofreció una alternativa más rápida de hacerlo, extrayendo los datos de los partes diarios obtenidos del sistema informático. Esto a su vez evitó interrupciones al trabajo del personal.

Otra dificultad se dio al momento de realizar la georreferenciación, ya que muchas de las calles son popularmente conocidas con otros nombres o números y existen muchas cooperativas de viviendas y complejos habitacionales que no figuran en el mapa utilizado como referencia. Además, durante la instancia de contacto telefónico se encontraron muchos números incorrectos o fuera de servicio, lo que disminuyó significativamente la muestra.

Con respecto al software utilizado, cabe destacar que, a pesar de que facilitó el relevo de datos por su rapidez, generó dificultades para la construcción de la base. Al utilizar por primera vez este tipo de herramienta y desconocer su funcionamiento, se pasó por alto plasmar algunos datos útiles para el posterior análisis. Por este motivo no se pudo relacionar ciertas variables. Por otro lado, las muestras totales fueron distintas entre algunas variables debido a un error en la sincronización de los datos.

Para generar una caracterización lo más completa posible, abarcando a la persona en su totalidad, se relevaron distintos datos sociodemográficos que pudieran aportar información complementaria.

El hecho de realizar las entrevistas representó un gran reto, ya que se debía transmitir confianza y seguridad para ingresar a los hogares e interactuar con los usuarios, de forma que las evaluaciones se realicen de una manera adecuada. Se debía tener claridad al explicar en qué consistía el trabajo y cuáles eran sus objetivos, evitando malas interpretaciones por parte de los usuarios.

En general, a pesar de las dificultades, la mayoría de los usuarios nos recibieron de forma amable, respondiendo cordialmente a las evaluaciones.

Cabe resaltar que gran parte del trabajo fue posible gracias al equipo interdisciplinario que se formó

con el Polo de Desarrollo de Medicina Social, quienes nos proporcionaron recursos humanos, materiales y el apoyo fundamental para facilitar y potenciar el desarrollo del proyecto, mostrando siempre gran disposición y calidez humana. Además nos brindaron la oportunidad de ser partícipes del Seminario sobre personas mayores en calidad de expositores, siendo esta una experiencia provechosa, ya que se pudo difundir el trabajo y, a su vez, recibir devoluciones.

Este trabajo monográfico representó una experiencia muy enriquecedora, ya que se adquirió conocimiento sobre cómo abordar un trabajo en comunidad desde la Atención Primaria en Salud.

Durante esta experiencia se pudo vivenciar la importancia del acercamiento hacia las personas mayores, teniendo en cuenta sus necesidades y carencias. No obstante, no se pudo abarcar totalmente a la población con dependencias más severas, ya que al momento del contacto telefónico, sus cuidadores optaron por la no participación debido a su mal estado de salud. Quizás por este motivo se obtuvo una muestra con menor cantidad de usuarios con este grado de dependencia.

Se considera que este trabajo es un puntapié inicial para lograr una caracterización más significativa abarcando más áreas de la ciudad; a su vez, para darles más importancia a las intervenciones en Atención Primaria en Salud, aportar conocimientos a la carrera y beneficiar a la comunidad.



Ya terminando esta jornada, es un agrado para todos. Se darán cuenta que no tengo el acento característico uruguayo, pues no soy uruguayo. Nací en Colombia, viví mucho tiempo en Brasil y ahora estoy de paso por acá, como profesor del Instituto Superior de Educación Física (ISEF) en el CUP. Llevo, más o menos, unos siete u ocho meses en la ciudad de Paysandú. Llegué más o menos en julio-agosto y me recibió un gran frío [risas] intenso y, bueno, continuamos por acá.

En este momento, los chicos a los que van a escuchar son estudiantes del tercer año de la Licenciatura de Educación Física. Ellos están en un proceso de formación y a partir de la disciplina que yo trabajo dentro de la malla curricular de la licenciatura que se denomina *Educación Física y Salud II*, así como Educación Física Inclusiva, ellos están realizando un proceso de inserción del licenciado en ciertos espacios de trabajo que hasta el momento la Educación Física no tenía muy presentes. Entonces, desde este aspecto, el acompañamiento que estamos realizando como institución —y que el Polo de Medicina Social nos ha brindado bajo la coordinación de la profesora Mariana— nos facilitó un poco la estructura con el fin de que ellos [los estudiantes] tengan la vivencia de trabajar con distintos tipos de poblaciones y en especial, con las personas mayores.

Considerando que esta es la primera vez que los estudiantes se enfrentan a un público, es decir, es la primera experiencia de práctica profesional con personas mayores —de la que ellos hablarán más adelante—, estará centralizada en lo que fue el antes, el durante y el después de la experiencia. Ninguno de ellos, así como los estudiantes del grupo anterior [fisioterapia], es de Paysandú. Es la primera vez que ellos están trabajando con un grupo y teniendo la experiencia de trabajar e interactuar con otro tipo de población. En este sentido, resulta muy difícil interactuar cuando venimos de otro lugar y no conocemos el contexto. El llegar a otro lugar donde existe una población con prácticas, experiencias, trabajos, con ideas muy diferentes a las que nosotros comúnmente trabajamos es siempre desafiante. El conjunto de estudiantes lleva en esta actividad desde la primera semana de abril hasta la fecha y considera extender esta experiencia hasta diciembre, en la comunidad de San Félix. En este momento ellos nos van a contar la historia de qué es enfrentarse profesionalmente y por primera vez a un grupo de adultos mayores, hablarán de la forma en que ellos consiguieron sortear un conjunto de incertidumbres o dificultades que todo profesional en el campo de formación tiene al momento de enfrentar a las distintas poblaciones con las que establecerá su labor docente.

Muchísimas gracias, los dejo con estos chicos que prepararon en conjunto un texto que narra sus experiencias. Es importante mencionar que también es la primera vez que ellos presentan un trabajo en público, razón por la cual uno de ellos fue designado para hablar en representación de todos.

Palabras de los estudiantes de ISEF: Br. Lucas Battistessa, Br. Héctor Barletta, Br. Mateo Rodrigues, Br. Florencia Salvatierra.

Lucas Battistessa: Buenas tardes, como decía el profesor Edwin, somos estudiantes de la Licenciatura de Educación Física que estamos desarrollando algunas actividades en el contexto comunitario y mayores del barrio San Félix. Yo me llamo Lucas Battistessa, también nos acompañan Mateo Rodríguez, Héctor Berletta y Florencia Salvatierra. La idea de hoy es compartir con ustedes un texto sobre nuestra experiencia en ese lugar. Desde el momento en que el profesor Edwin nos presentó la propuesta de desarrollar esta actividad en el centro comunitario, hemos venido desarrollando distintas prácticas, y los cambios y las experiencias han sido muy favorecedoras y humanizadoras para nuestro proceso de formación profesional.

Bueno, cuando nos propusieron trabajar con la tercera edad, surgió la incertidumbre a la hora de pensar cómo podríamos formular actividades para trabajar con ellos, ya que en el transcurso de la licenciatura no nos dan herramientas para trabajar en esta área. Siempre se dedican a los niños y adolescentes, pero en el tema de las personas mayores siempre se deja afuera. Y la idea de nosotros era tener la experiencia de trabajar con este tipo de gente, para poder nutrirnos de conocimiento como futuros profesionales, ya que teníamos a Edwin que venía trabajando en esta línea. Nuestra primera aproximación al grupo fue realizar un diagnóstico para conocer el lugar, las personas que trabajaban en ese lugar y que serían parte activa de las actividades a ser desarrolladas los fines de semana.



Conociendo el espacio. Pasantía ISEF 2019–PDÚ Medicina Social CENUR Litoral Norte.

También estuvimos acompañados por compañeros del tercer año de la licenciatura, quienes realizaron un interesante aporte en nuestra primera experiencia. También nos acompañaron la señora María y la señora Rosa, dos abuelas que conocen y forman parte del grupo. Realizamos una actividad con la finalidad de conocer sus historias y la del barrio, permitiendo que nos contaran algunos aspectos importantes, por ejemplo cómo fue la experiencia de vivir en San Félix. Ellas nos contaron «que vivían y solo había dos casas nomás y ahora hay más de cincuenta». Esas historias nos dejaron muy impactados ya que nos contaron sus experiencias y anécdotas de cuando eran niñas.

Cuando fuimos a conocer el grupo: nos presentamos «oficialmente» y al observar, nos encontramos con un grupo con limitantes físicas, que pensamos que nos iban a condicionar para el desarrollo de las actividades. Una de las abuelas se encontraba en silla de ruedas, no escuchaba y no se veía muy integrada en la conversación o actividades que en el centro se desarrollaban. Otra abuela, al presentarse y contarnos algo de ella, comenzó a llorar por situaciones personales. También encontramos que al interior del grupo hay personas mayores que se encontraban con muy buen estado de salud (física y mental), ya que comentaban que iban a bailes los domingos o salían con amigas.

Al momento de pensar nuestra planificación, el principal interrogante que teníamos era cómo poder atender a un grupo tan diverso. Dado que pensábamos que eran pocos y que algunos se iban a divertir mientras que a otros se les iba a hacer mucho más difícil integrarse a las distintas propuestas. Lo anterior nos llevó a preocuparnos a la hora de realizar la planificación general, dado que comenzamos la planificación atendiendo a las particularidades del heterogéneo grupo. Hay personas que presentan problemas cardiovasculares, problemas articulares (rodilla, hombro), así como personas que utilizan bastones y una persona mayor en silla de ruedas y con baja audición.

Es en esta última persona mayor en la que hicimos hincapié a la hora de formular las actividades. Nuestro objetivo fue hacer que las personas que participaban del grupo pudieran integrarse, dado que en muchos estudios en los que participan este tipo de personas con algún grado de imposibilidad son excluidas de los grupos. Lo anterior nos interesó bastante, ya que ellas mismas buscaran los medios para incluir o ser incluidas en las actividades.

Como les comentaba, algunos de nuestros objetivos fueron: promover el desarrollo cognitivo–motriz, fomentar la integración de personas que presentan dificultad a la hora de desplazarse, favorecer el desarrollo socioafectivo, así como nos interesaba conocer cuál es el significado del término salud que tienen los participantes del grupo y qué prácticas saludables consideraban necesarias en su día a día.

Para nosotros, la primera clase fue muy emotiva, sentíamos esas cosquillitas en la panza, estábamos muy ansiosos por comenzar.

Luego de una breve presentación, comenzamos con las actividades, que tenían como implemento principal el uso de globos con el objetivo de observar las limitaciones físicas de cada integrante y la participación que tenían. De esta manera, llevamos a cabo un diagnóstico general para recabar información acerca de las limitaciones cognitivas y físicas.

Había incertidumbre acerca de si la actividad física sería de su aceptación o no, ya que muchas veces somos nosotros mismos los que estamos limitando la actividad. Al comenzar la clase, observamos que algunas personas se cansaban. Y teníamos presente la posibilidad de que ocurrieran accidentes durante el desarrollo de las actividades porque, muchas veces, al tener esa dificultad física, pensábamos —limitándonos— que no podrían hacer aquello. A pesar de que algunas personas se cansaban, tenían actitud de continuar y así lo hicieron. Luego de realizar una reflexión final con los participantes, de intercambiar opiniones sobre las actividades y preguntarles si fueron de su agrado, llegamos a la conclusión que la clase fue muy buena; no esperábamos que las cosas salieran tan bien al comienzo, a pesar de que hubiese sido necesario realizar una actividad más, debido a que nuestra primera planificación no completó el tiempo estimado. Gracias a nuestra primera experiencia sentimos emociones únicas, sacarle una sonrisa a alguien es algo muy gratificante, saber que lo planificado resultó ser de agrado por parte de los integrantes es algo que nos satisface cada día.

Ya que estamos en proceso de formación, el poder entender a las personas, el disfrute de sus actividades, ver cómo sonríen cuando participan de las clases nos llena el corazón de felicidad.

En relación con la planificación para cada sesión, hacemos hincapié a la hora de promover la integración mediante la adaptación de las actividades, atendemos a las particularidades de las personas mayores. Pensamos las actividades como si fuésemos uno más de los participantes. Esta formulación de actividades nos brindó aprendizajes únicos, debido a que todos nosotros cursamos en la actualidad la práctica profesional formal, que ha sido una experiencia nueva para nosotros. Les mostramos, por ejemplo, una imagen sobre una actividad del Día de la Madre, que requiere de planificar talleres, atender a las particularidades del grupo y considerar las actividades para lograr una buena dinámica en su realización; esto llevó a que cada fin de semana tengamos una nueva oportunidad de poner en práctica todo lo aprendido hasta la fecha en nuestra formación profesional, a pesar de que no tenemos una formación específica para trabajar con tercera edad al interior de la licenciatura. Con seguridad estas dificultades nos servirá como herramientas para generar propuestas útiles en nuestro futuro ejercicio profesional.

Actualmente estamos viendo una transformación constante con relación al grupo, después de varias sesiones de trabajo en las que el centro del proceso fue el desarrollo de las distintas habilidades cognitivo/motrices, donde se vincula la coordinación, percepción del entorno, lanzamientos, recepciones, desplazamientos, creatividad, expresión visual, etc.

En la imagen se puede ver unos mandalas para que puedan pintar y también dejarles un presente para que lo puedan llevar para su casa y ver algo de esa actividad. Nos sorprendió la gran motricidad que tienen al momento de pintar. Notamos que cada participante tiene una motivación única frente a las actividades.



Imagen: Trabajo del espacio Tercera Edad (Mandalas)-San Felix

Tratando de relacionar las temáticas abordadas a lo largo de nuestra formación —como son las disciplinas de Educación Física y Salud II, así como Educación Física Inclusiva a cargo del profesor Edwin—, surgió la idea de conocer cuáles eran los sentidos y significados que el grupo le atribuía al concepto de salud.

Al final de una de nuestras intervenciones y a modo de cierre, decidimos preguntarle a cada uno de los participantes «¿Qué es la salud para ustedes?»; obtuvimos muchísimas respuestas, algunas de ellas vinculadas a la salud, centralizada en la mente, la energía, el relacionarse con los demás, el hacer actividades que hagan que uno se sienta bien para salir a caminar, actividades que nos hagan sentir activos, prácticas que nos permitan afrontar dificultades, así como ganarle a la enfermedad, con la idea de que, a pesar de que se encontraran enfermos, la salud y la vida deben continuar en el día a día. Algunas de las abuelas nos comentaron que para ellas salud es también concurrir a ese lugar (salón comunal) para sentirse felices, bien con ellas mismas, tener un lugar donde las puedan contener muchas veces, un lugar para poder salir de la casa y caminar.

Una de las participantes nos mencionó que, ante la pregunta, ella nos respondía que estaba muy bien a pesar de tener operada la rodilla, de que le faltara un riñón y de tener una operación a corazón abierto. En ese sentido, muchas veces pensamos que la concepción que la población en general tiene en relación con la salud es homogénea y ligada específicamente al sentido binario de salud/enfermedad, lo que nos hace creer que la única cura puede ser estructurada desde una perspectiva biomédica y medicamentosa.

Para finalizar este relato, queremos destacar el agradecimiento por parte del grupo de abuelos hacia nosotros en relación con la asistencia y las actividades planeadas durante cada sábado y en especial los momentos compartidos con ellos, que positivamente nos llenan de orgullo.

Agradecemos al proyecto por llegar a este tipo de población, que muchas veces se deja fuera. Desde la Educación Física tradicionalmente se intenta abordar a niños y adolescentes en su etapa escolar y liceal, dejando de lado a las personas mayores, quienes creemos de vital importancia en nuestra sociedad.

El objetivo general para el conjunto de encuentros es que en cada actividad se enfoquen los esfuerzos en hacer que ellos se diviertan al participar de cada una de las propuestas establecidas en la planificación. Como objetivo específico, visualizamos analizar el proceso del grupo partiendo del desarrollo de ciertas actividades al interior de las clases, buscando la integración, el respeto y la apropiación del espacio en el que se encuentran, sin importar su condición.

Por otra parte, manifestamos nuestros deseos de continuar participando de estas experiencias con la ayuda del Polo de Medicina Social, y los docentes/ayudantes que han podido hacer esta vivencia posible. Esperamos poder seguir aportándole al grupo, al barrio y a la formación docente en el ISEF y en el CUP.



Paysandú
INTENDENCIA DEPARTAMENTAL



50



SEMINARIO

LAS EXPERIENCIAS DESARROLLADAS EN EL MARCO DEL PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS ORIENTADA A LAS PERSONAS MAYORES EN LA CIUDAD DE PAYSANDÚ.

Lunes 17 de Junio de 2019

Horario: 14:00 a 19:00 hrs.

Lugar: Liceo N°7

Dirección: 25 de Mayo esq. Dr. Felippone

Organizan: Departamental de Salud y Departamento de Desarrollo Humano y Social de la Intendencia de Paysandú (IDP) –Secretaría de Familia. Polo de Desarrollo Universitario-Medicina Social. Centro Universitario Regional Litoral Norte (CENUR Litoral Norte). Sede Paysandú

Auspicia: Oficina Territorial del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).

Carga Horaria: 5 hs

Cupo: 80 personas

Destinado: Público General

Presentación:

El Seminario tiene la finalidad de abrir un espacio para la discusión e intercambio sobre la experiencia en el marco del Proyecto “Construyendo Política Pública con sustento local, para el estudio de las Estrategias familiares de apoyo y cuidado a ancianos que viven solos en sus casas”, financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC). Este proyecto tiene como objetivo conocer sobre las formas como se organizan las familias para cuidar y atender a las personas mayores que viven solas en sus casas en la ciudad de Paysandú. Se presentará las experiencias que se viene desarrollando hasta el presente, lo que permitirá la interacción e intercambio de la misma con los asistentes.

Son los objetivos del presente seminario:

1- Presentar las experiencias vinculadas al Proyecto con personas mayores, realizadas en el campo de la investigación cualitativa y envejecimiento.

2- Difundir los avances del mismo, y la incorporación de estudiantes de diferentes áreas académicas.

PROGRAMA

Acreditación.

Horario: 14:00 a 14:30

Bienvenida por parte de la autoridad del CENUR, y de los organizadores.

DMTV (MSc.) Liber Acosta.

Director. CENUR Litoral Norte-Sede Paysandú

Prof.Dra Mariana Gómez

PDU Medicina Social. CENUR Litoral Norte. Sede Paysandú

Horario: 14:30 a 14:50

I-Panel: Política Pública y envejecimiento.

Los Derechos no envejecen

Lic. Olga Rodríguez

Directora de Dirección de Desarrollo Humano y Social- Intendencia de Paysandú (IDP)

Gabriela Jesus.

Encargada de Secretaría de Familia de Intendencia Departamental.

Lic. Juan Gorosterrazú.

Director Departamental de Salud. Ministerio de Salud Pública (MSP)

Lic. Andrea Veglia

Departamental de Salud (MSP)

Vejez y envejecimiento en perspectiva de derechos.

Lic. Carlos Damico

Responsable Oficina Territorial del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)

Lic.Fernando Burjel.

Referente técnico del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC)

Lic.Martha Monzón

Referente técnico de InMayores.

Horario: 14:50 a 16.10

Espacio para Preguntas

Horario: 16:10 a 16:30

1° PAUSA (Café)

Horario: 16:30 a 16:50

II -Presentación de Resultados Preliminares del Proyecto : “Construyendo política pública con sustento local, para el estudio de las Estrategias familiares de apoyo y cuidado a ancianos que viven solos en sus casas”.

Dra. Cs Soc. Leticia Robles Silva

Dpto. Salud Pública. Universidad de Guadalajara. México.

Horario: 16:50 a 17:10

Espacio para Preguntas.

Horario: 17:10 a 17:25

2° PAUSA (Café)

Horario: 17:25 a 17:45

III -Panel: Experiencia Estudiantil de Trabajo Comunitario con personas mayores, en el marco del proyecto.

Asistente Lic. Ana Sánchez.

Licenciatura de Fisioterapia. Escuela Universitaria de Tecnología Médica (EUTM)

Asistente Lic. Sara Pavlichen.

Licenciatura de Fisioterapia.Escuela Universitaria de Tecnología Médica (EUTM)

Prof. Adjunto Edwin Cano

Instituto Superior de Educación Física (ISEF)

Horario: 17:45 a 18:45

Espacio para Preguntas

Horario: 18:45 a 19.00

Cierre.

Bibliografía

Panel I

CEPAL (Noviembre 2017). *El proceso de envejecimiento demográfico en el Uruguay y sus desafíos*. Naciones Unidas. Disponible en <<https://www.cepal.org/es/enfoques/proceso-envejecimiento-demografico-uruguay-sus-desafios>>.

HUENCHUAN, S. (2011). «Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez». En: *Los derechos de las personas mayores*. CEPAL. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/21497>

HUENCHUAN, S. (2013). «Aspectos teórico-conceptuales sobre los derechos humanos de las personas mayores». En: *Los derechos de las personas mayores*. CEPAL. Disponible en: <https://xdoc.mx/documents/los-derechos-de-las-personas-mayores-aspectos-teorico-5e1789db1d3a4>

GIMENÉZ, C, y VALENTE X. (2010) “El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate en ciernes”. *Cuadernos del CENDES*, vol.27, núm. 74, pp.51-80 Disponible en: <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/el-enfoque-de-los-derechos-humanos-en-las-politicas-publicas-ideas-para-un-debate-en-ciernes.pdf>

INMAYORES-MIDES (2013). *Nuevas políticas de envejecimiento y vejez*. Disponible: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/desca-25-nuevas-politicas-envejecimiento-vejez>

MIDES (Diciembre 2015). *Plan Nacional de Cuidados 2016-2020*. Uruguay. Disponible en: <<http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/61181/1/plan-nacional-de-cuidados-2016-2020.pdf>>.

MSP (Abril 2018). *A 10 años de iniciada la reforma sanitaria; evaluación y desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Jornadas de intercambio. Uruguay. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_10_ANOS_SNIS.pdf

MSP (Agosto 2005). *Propuesta para el desarrollo de la estrategia nacional de promoción de la salud*. Uruguay: PPENT-MSP.

MSP, OPS y OMS (Diciembre 2018). *Interpelaciones y respuestas a las enfermedades no transmisibles en Uruguay*. Uruguay. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/interpelaciones-respuestas-enfermedades-no-transmisibles-uruguay>

MSP (s.f). *Programa Prevención de Enfermedades No transmisibles*.

OEA (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Disponible en: https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

OMS (Octubre 2021). *Envejecimiento y Salud*. Disponible en: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>>.

PPENT-MSP (Febrero 2015). *2.a Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles*. Uruguay. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/2da-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-de-enfermedades-no>

RAMOS, A.; GARCÍA, M.; RAMOS, M. (2016). *El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas*. Cuba. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300014>.

REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY - PODER LEGISLATIVO (Diciembre 2007). Ley n.º 18.211, *Sistema Nacional Integrado de Salud, normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación*. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>>.

REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY - DIRECCIÓN NACIONAL DE IMPRESIONES Y PUBLICACIONES OFICIALES. (Octubre 2016) Ley n.º 19430, *Aprobación de la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*. Uruguay. Disponible en : <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19430-2016>

SALVAREZZA, L.(1993). *Psicogeriatría: teoría y clínica*.

WILLAT, F. (2013). *El desafío de hacer efectiva la dignidad humana*.

Panel II

ALVARADO, A. y SALAZAR, A. (2014). *Análisis*. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>>.

BERICAT, E. (2012). *Emociones*. Sevilla: Editorial Sociopedia. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/47752/DOIEmociones.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

CABALLERO, J.(s.f) *Aspectos generales del envejecimiento normal y patológico: fisiología y patología*. Disponible en: <https://15f8034cdf6595cbfa1-1dd67c28d3aade9d3442ee99310d18bd.ssl.cf3.rackcdn.com/8858b1de688c412047067d05fbfcb70/EnvejecimientoFisiologicoyPatologico.pdf> 45>.

CAMINERO, F. (2006). *Marco teórico sobre la coordinación motriz*. España: EF Deportes. Disponible en: <https://www.efdeportes.com/efd93/coord.htm>>.

CASTANEDO, C. y SARABIA, C. (2013). *Enfermería en el envejecimiento*. Universidad de Cantabria. Disponible en: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/643/course/section/633/Tema%25203%2520Cambios%2520psicologicos.pdf>>.

CASTILLERO, O. (2018). «Tipos de discapacidad física». En *Revista Psicología y Mente*. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/salud/tipos-de-discapacidad-fisica.Chen.C>>.

CRUZ PEÑATE, M. (2011). *La Atención Primaria de Salud, contexto histórico, conceptos, enfoques y evidencias*. Diapositivas. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/APS.pdf>>.

DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA DE CHILE. *Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor*. Disponible en: <<https://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>>.

GONZÁLEZ, V. (2013). *Introducción a la gerontología, definiciones y conceptos básicos*. Universidad de Oviedo. Disponible en: <https://clea.edu.mx/biblioteca/1_conceptos_basicos_gerontologia_geriatria.pdf>.

HENAO, J. (2016). *Qué es la Evaluación Diagnóstica y para qué sirve*.

HOSKINS, I.; KALACHE, A. y MENDE, S. (Marzo 2005). «Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad». En *Revista Panamericana de Salud Pública*. Disponible en: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2005.v17n5-6/444-451>>.

INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD (2015). *Atención Primaria en Salud en Suramerica*.

LANDINEZ, N.; CONTRERAS, K. y CASTRO, A. (2012). «Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia». En *Revista Cubana de Salud Pública* 38(4): 562-580. Disponible en: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2012/csp124h.pdf>>.

MAGALLANES, C. (2000). «Ejercicio Físico y Salud: un llamado a la prudencia». En *Revista universidad de educación física y el deporte*.

MARÍN, J. (2003). *Envejecimiento. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología*. [Internet] Salud Publica Educ Salud. Disponible en: <<http://mbsp.webs.uvigo.es/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>>.

MSP (2019). *Área Programática del Adulto Mayor*. Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politicas-y-gestion/programas/area-programatica-del-adulto-mayor>>.

OMS.(2021) *Quiénes somos y qué hacemos*. Disponible en: <<https://www.who.int/about/es/>>. Acceso en: 08/08/2019.

OPS (2004). *Guía clínica para la atención primaria a las personas adultas mayores*. Promoción de la Salud y Envejecimiento Activo, Serie Materiales de Capacitación, núm 1. 4:36-41. OPS/OMS. Disponible en: <<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/GuiaClinicaAPS2004.pdf>>.

PAZ, B. (2008). *Entre lo ideal y las realidades: la fisioterapia en la atención primaria domiciliaria*. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=20303>>.

RAMÍREZ, M (2017). *Hablemos de Salud mental*. Indágora, Espacio de Psicoterapia. Disponible en: <<https://www.indagora.es/es/hablemos-de-salud-mental/>>.

ROSAS, A., NARCISO, V. y CUBA, M. (Enero 2013). *Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar*. Acta Médica Peruana. Disponible en: <<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v30n1/a08v30n1.pdf>>.

RUZAFÁ, J.C. y MORENO, J.D. (1997). «Valoración de la discapacidad física: Índice de Barthel». En *Revista Esp. Salud Pública* 71(2): 127-137. Disponible en: <<http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>>.

SEGRE, M. y Ferraz, F.C. (1997).«O Conceito de saúde. Uma crítica ao conceito de saúde da OMS». En Revista Saúde Pública. Disponible en: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/24324>>. Acceso en 08/08/2019.

URZÚA, M. y CAQUEO, A. (2012). *Calidad de vida: una revisión teórica del concepto*. Chile. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006>.

VIGNOLO, J.; VACAREZZA, M.; ÁLVAREZ, C. y SOSA, A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Disponible en: <<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>>.

Glosario

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado.

AT: Ayudas Técnicas.

BPS: Banco de Previsión Social.

BSE: Banco de Seguros del Estado.

CEAC: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CELADE: Centro Latinoamericano de Desarrollo.

CENUR: Centros Universitarios Regionales.

CSIC: Comisión Sectorial de Investigación Científica.

CUP: Centro Universitario de Paysandú.

DDSP: Dirección Departamental de Salud Pública de Paysandú.

DMTV: Doctor en Medicina y Tecnología Veterinaria.

ENT: Enfermedades No Trasmisibles.

FNR: Fondo Nacional de Recursos.

FNS: Fondo Nacional de Salud.

IDP: Intendencia Departamental de Paysandú.

INMAYORES: Instituto Nacional de las Personas Mayores.

ISEF: Instituto Superior de Educación Física.

Lic.: Licenciada/o.

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social.

MISP: Mesa Interinstitucional de Políticas Sociales.

MsC: Maestría en Ciencias

MSP: Ministerio de Salud Pública.

ODS: Objetivos Desarrollo Sostenible.

OSN 2020: Objetivos Sanitarios Nacionales 2020.

PDU: Polo de Desarrollo Universitario.

RAP: Red de Atención Primaria.

REDAM: Red de personas mayores.

SNIC: Sistema Nacional Integral de Cuidados.

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud.

UDELAR: Universidad de la República.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.



CENUR
Litoral Norte
Paysandú



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Memoria de construcción de política pública para personas mayores

Experiencia en Paysandú

ISBN: 978-9974-0-1943-0



9 789974 019430

Polo de Medicina Social
Sede Paysandú del Cenur Litoral Norte