



PARLAMENTO

DEL URUGUAY

CÁMARA DE REPRESENTANTES

Secretaría

XLIX Legislatura

**DEPARTAMENTO
PROCESADORA DE DOCUMENTOS**

Nº 1753 de 2024

S/C

Comisión de
Derechos Humanos

DERECHOS DE LOS ADULTOS MAYORES

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 10 de abril de 2024

(Sin corregir)

Preside: Señora Representante María Fajardo Rieiro.

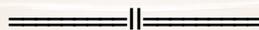
Miembros: Señoras Representantes Inés Cortés y Verónica Mato y señor Representante Eduardo Lust Hitta.

Invitados: Por el Ministerio de Salud Pública: Señora Directora General de la Salud, doctora Adriana Alfonso, señor Director del Área Programática del Adulto Mayor, doctor Ítalo Savio y señora Directora de la División de Servicios de Salud, licenciada Ana Paula Peirano.

Por el Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial: señor Director Nacional de Vivienda, arquitecto Eduardo González y señor Director Nacional de Ordenamiento Territorial, doctor José Aranco.

Secretaria: Señora Ma.Cristina Piuma Di Bello.

Prosecretaria: Señora Lourdes E. Zícarí.



SEÑORA PRESIDENTA (María Fajardo Rieiro).- Está abierto el acto.

Vamos a dar la palabra al diputado Lust para que plantee su propuesta.

SEÑOR REPRESENTANTE LUST HITTA (Eduardo).- Gracias, presidenta.

Mi interés es que esta Comisión -en caso de que acompañe la idea- invite al Ministerio de Salud Pública y al Ministerio de Relaciones Exteriores para que informen cuál es la postura de Uruguay en la celebración de la próxima reunión de la Organización Mundial de la Salud, a realizarse en Ginebra, a partir del 20 de mayo de este año. En esta ocasión, se va a modificar el reglamento sanitario internacional que tiene, como uno de sus puntos, el tratamiento de epidemias a nivel global. Según información no oficial, se está planteando que la metodología para tratar los temas a los que referí sea global; los países no los van a poder resolver según sus mecanismos internos sino que dependerán de decisiones de la Organización Mundial de la Salud. Como integrante de la Comisión de Derechos Humanos creo que es un tema que compete a la Comisión, porque están en juego la vida y la salud de los habitantes del Uruguay y quiero saber si este tema será resuelto por nuestras autoridades o por un organismo internacional.

SEÑORA PRESIDENTA.- Le doy la palabra a la diputada Mato a fin de que presente lo que desea que sea tratado oportunamente, cuando venga la delegación.

SEÑORA REPRESENTANTE MATO (Verónica).- Quiero recordar que tenemos pendiente la invitación de la Dirección General para Asuntos Políticos -Dirección de Derechos Humanos y Derecho Humanitario y de la Dirección de Asuntos Jurídicos del Ministerio de Relaciones Exteriores con respecto al proyecto de ciudadanía en igualdad. Además, la Asociación Civil Somos todos Uruguayos nos remite una nota dirigida al señor Ministro de Relaciones Exteriores con respecto a una audiencia que tuvieron con la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Nos parece importante este tema.

Por otra parte, dado que en el mes de mayo, por las fechas, tenemos pocas sesiones, amén de que hemos perdido una en el mes de abril por una actividad extraordinaria que tuvo la Cámara, solicito que esto se realice en una sesión extraordinaria de la Comisión.

SEÑORA PRESIDENTA.- Hemos conversado con Secretaría. Después de la presencia de la Institución Nacional de Derechos Humanos -aún no ha confirmado Midespodríamos atender a las dos delegaciones juntas para tratar el tema que les compete y después aprovechar para lo que plantea la diputada Verónica Mato.

Si estamos de acuerdo, pasamos a votar para cursar la invitación a ambas instituciones, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Relaciones Exteriores para el día 8, luego de que comparezca la Institución Nacional de Derechos Humanos.

Se va a votar.

(Se vota)

—Cuatro en cuatro: AFIRMATIVA.- Unanimidad.

(Ingresan a Sala autoridades del Ministerio de Salud Pública)

—Buenas tardes. Disculpas por haberlos hecho esperar un poquito.

Damos la bienvenida a la señora directora General de la Salud del Ministerio de Salud Pública, doctora Adriana Alfonso; a la directora de la División de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, licenciada Ana Paula Peirano, y al señor director del Programa de Ancianidad del Ministerio de Salud Pública, doctor Italo Savio.

Este año deseamos trabajar junto a la gente que en la diaria está llevando adelante políticas en cuanto a la ancianidad y a la vejez. Es un tema que nos preocupa a todos los que integramos esta comisión y queremos saber si las políticas que están llegando a territorio lo estarían haciendo a través de todos los tentáculos que el Estado tiene, más las organizaciones sociales, que tan necesarias son. También queremos, dentro de su exposición al respecto de lo que se está haciendo desde el Ministerio de Salud Pública, hacerles algunas consultas y que nos puedan abrir un poco la cabeza en lo que les haga falta para poder llegar de mejor manera al adulto mayor.

SEÑORA ALFONSO (Adriana).- Buenas tardes a todos.

Más allá de que nos han invitado, es de consenso entre quien les habla y quienes nos acompañan en este momento agradecer esta oportunidad de estar aquí con ustedes. En lo personal, además, soy médico especialista en geriatría y como salubrista, en la función en la que estamos, también compartimos que tenemos un perfil demográfico como país según el cual debemos atender y diseñar o fortalecer políticas públicas que tengan que ver con atender mejor a la población de Uruguay en esta etapa de la vida.

Estamos a las órdenes para exponerles nuestras ideas o para responder las preguntas que quieran formular.

SEÑORA PRESIDENTA.- Creemos que el mejor procedimiento es que expongan la información de que disponen en cuanto a las políticas de salud hacia el adulto mayor y después hacemos una ronda de preguntas.

SEÑORA ALFONSO (Adriana).- Desde la mirada Ministerio en general hoy estamos aquí desde una de las Direcciones Generales, que es la Dirección General de la Salud, pero obviamente que todas las políticas que tienen que ver con el adulto mayor y con otros ciclos de vida también las compartimos con otras direcciones. Quiero decir que si resulta que hoy hay cosas que no transmitimos, estamos dispuestos a ampliar información. Tal vez podemos dividirnos para contar dos vertientes. Cada vez que llevamos adelante acciones desde salud pública debemos contarlas desde la promoción y la prevención o de las acciones programáticas en salud y otras que tienen que ver con el proceso asistencial. Si les parece, comenzamos así, contándoles algunas de las líneas de acción, porque es mucho lo que se ha hecho a lo largo del tiempo, pero tal vez sería más productivo comentarles en qué se está trabajando ahora, en qué hemos trabajado, especialmente en el último año, y de hecho hemos traído para compartir con ustedes algunos productos que nos parece valioso dejarles.

SEÑOR SAVIO (Ítalo).- Quisiera aclarar que el nombre actual del programa es Área Programática del Adulto Mayor.

Como decía la doctora Alfonso, yo diría que el tema del adulto mayor se encuentra en más de un área de competencia del MSP en el área sanitaria, pero también tiene áreas de interfase con una multiplicidad de ministerios, de instituciones y de espacios. Uruguay tiene una legislación muy buena que a veces no consideramos; es buena y amplia, ya que abarca distintos campos, algunos de los cuales se van a abordar.

Respecto de los Elepem, el Decreto reglamentario N° 356, de 2016, debe ser uno de los mejores que existen en esta región de las Américas.

Tiene también Uruguay una ley de cuidados.

Por otra parte, Uruguay ha sido el primer país en ratificar la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y es el país al que le toca el monitoreo de esa Convención. O sea, desde el punto de vista

de contextos o de marcos legales, sin duda, hay muchos. Claro está que siempre existe algo más para hacer, pero desde esa perspectiva queremos hablar.

Las acciones hacia el adulto mayor se enmarcan en los Objetivos Sanitarios Nacionales 2030, que son los que se definen para toda la población y emanan del Ministerio de Salud Pública. Ellos incluyen acciones o campos -digamos así- desde la promoción y la prevención en todo el curso de vida, porque el tema del abordaje de la vejez y de todo lo que hace a la prevención merece ser tenido en cuenta. También contiene un abordaje, sobre todo, en el Objetivo N° 3, que tiene contenidos específicos hacia dos temas, uno, el de adultos mayores y, el otro, discapacidad.

Las estrategias que hemos incluido tienen una perspectiva con enfoque de riesgo. Por un lado, se trata de conservar, de mantener la salud de aquellos que están bien, que están socialmente integrados, que felizmente son la mayoría de las personas mayores, sin dejar de lado que se prevenga en el área de las condiciones de fragilidad, de prefragilidad que puedan desembocar en una vejez dependiente; esto por el otro. Ese enfoque de riesgo doble o dual es más o menos lo que ha guiado las estrategias, dicho esto en forma muy resumida, y las acciones que hemos desarrollado tienen que ver con eso.

Hemos mantenido acciones dirigidas a la promoción y a la prevención junto con otros programas porque el área programática del Ministerio de Salud Pública tiene una coordinación general que va desde políticas hacia las enfermedades crónicas no transmisibles y ¡vaya si el envejecimiento se relaciona con ellas! También están las que tienen que ver con el tema de género, el área de la salud mental, en fin. Estoy mencionando áreas vinculadas. Todas esas cosas están interrelacionadas en el trabajo y en la estrategia.

Las principales acciones y las más recientes tienen que ver con la capacitación desde la plataforma del campus virtual de la salud, que se dirige a 70.000 trabajadores de la salud, que viene desde administraciones anteriores trabajando en la capacitación de personal de la salud del Grupo 15. Desde esa plataforma introdujimos, especialmente hacia el Primer Nivel de Atención, contenidos dirigidos a la detección y prevención de la fragilidad en las personas mayores como foco de atención. También desarrollamos estrategias sobre el tema de nutrición en las personas mayores, porque no había abordajes específicos en este campo; sí las había en términos generales, en las guías alimentarias y en otras, pero no había un abordaje particular. Esto también se ha desarrollado y en el día de hoy traemos las dos guías que están vigentes y las guías sirven, pero no si quedan en cajones. Entonces, hemos trabajado mucho en el desarrollo de esta capacitación en base a talleres de discusión clínica de situaciones hacia esa plataforma y grupos de trabajadores, no solo hacia los prestadores integrales, sino también hacia el universo de los Elepem. Hemos desarrollado una capacitación virtual continua con el apoyo de Inefop hacia ese universo de trabajadores que también abordan lo más frágil, lo más vulnerable de este grupo etario. A la fecha llevamos ciclados en esta capacitación virtual, a la que seguimos dándole continuidad -está disponible; si alguno de los legisladores está interesado se abre un usuario y puede ver el contenido-, unos 4.600 trabajadores. Entonces, este número de trabajadores es el que ha ciclado a la fecha en el curso de capacitación virtual.

En la otra capacitación, en la relacionada a guías de fragilidad y nutrición, han participado 571 personas de distintas disciplinas de la salud; la mitad son médicos, pero también hay enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales. Este año tenemos previsto darle continuidad al tema de nutrición. Los dos temas, fragilidad y nutrición, están muy relacionados porque los problemas nutricionales son un componente importante de la

fragilidad en personas mayores y porque las intervenciones nutricionales y el ejercicio físico son las dos mejores, las más rentables, las más costo-efectivas, no tanto los medicamentos. Por eso estamos haciendo hincapié en eso.

También hemos desarrollado acciones que son sostenidas, de relacionamiento con todos los espacios internacionales, con OMS, con OPS, con Banco Mundial, con el Fondo de Población de Naciones Unidas, que nos ha brindado un apoyo material muy importante a la hora de la publicación de las dos guías que mencioné. Con todas esas organizaciones internacionales interactuamos e interactuamos con otros institutos y ministerios en el espacio que legalmente dispone la Ley N° 18.617, la que creó Inmayores, en el consultivo de las personas mayores. Allí concurre el Ministerio de Salud Pública, participa el Congreso de Intendentes, lo preside el Mides a través de Inmayores, participa la Universidad de la República a través del Departamento de Geriátrica y Gerontología y, por supuesto, participan las organizaciones sociales, en especial, la Redam y Onajpu; estas también son integrantes de ese espacio de monitoreo de políticas. El seguimiento de ese espacio, también su convocatoria, por supuesto, lo hace el Mides, que es el que tiene las competencias en el tema.

Hemos participado, ya que este es un espacio relacionado con los derechos -viene bien decirlo- e insistimos en la perspectiva de derechos; la salud sí, pero desde el ámbito de una perspectiva de derechos. Todos los años, desde la Digesa y desde la coordinación de programas, se hace un seguimiento de los días internacionales y del desarrollo de la actividad a su respecto. Se trata de un día, obviamente, pero pone de relieve problemas importantes. Los 15 de junio siempre participamos, de nuestro lado o con otras instituciones, en la convocatoria, porque es el día mundial de toma de conciencia contra el abuso y maltrato sobre las personas mayores. Lo hacemos también cada 21 de setiembre respecto de un flagelo, de una pandemia silenciosa, que es el deterioro neurocognitivo mayor, el Alzheimer y similares, que tienen una prevalencia creciente y un inmenso impacto socio familiar.

También hemos aportado a la encuesta internacional que se hizo recientemente desde la OMS; se hizo una encuesta de monitoreo del plan mundial sobre demencias. Nosotros mantenemos la información actualizada en el plano local.

Se ha mantenido una guía de recomendaciones, que fue elaborada en 2015, pero que tiene vigencia, en el caso de Alzheimer y similares.

Creo que por ahí pasa lo más importante. Me gustaría dar espacio a la licenciada Peirano porque el otro campo de preguntas que vi que estaban en las versiones taquigráficas, está relacionado al universo de los establecimientos de larga estadía y yo creo que ahí hay mucho para ilustrar y para que los legisladores conozcan la información pertinente.

SEÑORA ALFONSO (Adriana).- Antes de pasar la palabra a la licenciada Peirano, quiero agregar algunas cosas a lo que ha mencionado el doctor Italo Savio.

Simplemente, quiero sumar y poner en conocimiento de los integrantes de la Comisión que adicionalmente nos encontramos trabajando en dos cosas que son muy importantes para esta población. Como saben, una de las líneas principales priorizadas para salud tiene que ver con la salud mental. El programa está trabajando también con el Programa de Salud Mental para abordar acciones específicas en esta población. Esto ya está incorporado como una línea más de acción entre todas las que ya han sido diagramadas y publicadas durante este año.

La otra línea en la que nos encontramos trabajando también, como bien día el doctor Savio, con apoyo del Banco Mundial, es hacia algo muy importante para nuestro

país que es poder medir lo que se llama la multimorbilidad, es decir, esas situaciones donde se genera carga de enfermedad que puede implicar para un país la pérdida de población activa. Se está abriendo allí una línea y nosotros esperamos que puedan incorporarnos como país, sobre políticas de envejecimiento exitoso o de envejecimiento saludable, que también tiene que ver con equidad y demás, en esa línea de esperar a ser autoválidos, independientes y activos.

Quiero compartir con la comisión y dejarle información sobre estos productos que fueron mencionados para que los puedan tener y, tal vez, si les parece, previo a que escuchemos a nuestra directora de servicios de salud y Elepem, remarcar que Uruguay fue de los pocos países que tiene grandes cosas muy positivas en lo que tiene que ver con los servicios de salud, especialmente en Elepem, y fue uno de los pocos países que marcó una gran diferencia en el curso que tuvo la pandemia y lo podemos respaldar con números, ya que a la hora del abordaje de la pandemia, a la hora de evaluar la forma de intervención de la política sanitaria en los Elepem durante la pandemia, caemos en la cuenta de que conocemos pocos países que hayan podido implementarla y sostenerla. Por eso, nos pareció muy valioso también contarles en qué consiste, por qué decidimos sostener ese modelo. En el marco de ese trabajo, en conjunto, servicios de salud con Elepem, también intentamos recuperar el rol protagónico y la responsabilidad inherente al cargo de los directores técnicos de los residenciales. Esa figura, a lo largo de un evento en el cual ni siquiera podían estar presenciales, marcó la importancia de reafirmar la función que debe tener un director técnico. No tenemos ese producto para dejarles, pero con gusto de los hacemos llegar. De todas maneras, está en la página.

SEÑORA PEIRANO (Ana).- Junto al Ministerio de Salud Pública, desde mi función ante la Dirección de Servicios de Salud, esta habilita, junto a la Digesa, no solo servicios, sino establecimientos. Dentro de ellos tenemos los de larga estadía para personas mayores.

¿Qué se considera una persona mayor? A todo adulto que tenga más de 65 años. El INE ha ofrecido estadísticas y nos informa que el 16% de la población uruguaya tiene más de 65 años de edad y que dentro de este 16% unas 800 personas tienen más de 100 años. Lo destaco porque, claramente, lo que se deja entrever es que tenemos una población envejecida.

En cuanto a los establecimientos de larga estadía para personas mayores, en Montevideo hay aproximadamente 498; digo "aproximadamente" porque se trata de algo muy dinámico; abren, cierran; se podría decir que hay una categoría de establecimientos que incumple en el sentido de que, sin aviso, de forma clandestina se muda y nosotros tenemos que hacer una especie de investigación de detective para realmente conocer cuál es la cifra. El Ministerio de Salud Pública es el que habilita estos establecimientos; el proceso de trámite administrativo se inicia por el Ministerio de Salud Pública y se finaliza por esta Cartera, pero en el proceso interviene el Ministerio de Desarrollo Social, con tareas claramente estipuladas por el Decreto reglamentario que es el N° 3562/16 y la Ley N° 17.066. En complemento a este decreto, que es la normativa vigente, se han promulgado diferentes ordenanzas, ya sea por el Ministerio de Salud Pública como por Mides, que hemos ido complementando. Por ejemplo, en la última normativa, del año 2022, del Ministerio de Desarrollo Social, en cuanto la función específica del profesional del área social -que se exige en la norma-, si bien hay un médico director técnico, que es el encargado de la evolución, del diagnóstico, del tratamiento de los residentes, este hace un relevamiento de aspectos sociales que claramente el Ministerio de Desarrollo Social puede especificar. Pero en esta ordenanza no estaban claros ni el perfil ni las horas; justamente, esta ordenanza hace que eso se esclarezca.

En el interior los establecimientos son 762. Junto con Montevideo alcanzamos un total de 1.260 establecimientos al día de hoy.

Estamos hablando de 18.679 residentes y de una dotación de funcionarios de 9.627, lo cual claramente deja ver que estamos hablando de aproximadamente 30.000 personas que están en este rubro, ya sea residentes o funcionarios.

La primer parte del trámite de registro ante el Ministerio de Salud Pública para otorgar la habilitación es obtener por parte de esta Cartera el certificado de registro. Esto quiere decir que el interesado, el titular del establecimiento presenta la documentación requerida y necesaria para estar registrado. No significa que el funcionamiento sea el adecuado; significa que tiene que presentar papeles, ya sea la razón social, el médico titular que va a estar a cargo, quiénes van a ser sus empleados, entre otras cosas. Al tener la totalidad de los documentos requeridos y exigidos en la normativa se otorga un certificado de registro. Esto ha sido paulatino y la estadística, al día de hoy, demuestra que hay 835 establecimientos que sí presentaron la documentación total. No significa que el resto no la haya presentado, obviamente, sino que está en proceso de y desde el punto de vista administrativo aún tiene observaciones. De esta cifra, el país hoy tiene 207 establecimientos habilitados. Ello significa que cumplieron con la totalidad de la reglamentación. O sea, no se trata solo de obtener el certificado de registro por el Ministerio de Salud Pública, sino también el certificado de registro por el Ministerio de Desarrollo Social y la final por la Dirección Nacional de Bomberos. Las tres cosas otorgan la habilitación final por el Ministerio de Salud Pública y es esta Cartera, con un aval técnico, la que fiscaliza y lo otorga.

SEÑORA ALFONSO (Adriana).- Para sumar: esto que está compartiendo la licenciada Peirano realmente es importante. Quisiera remarcar que durante el proceso, aquellos que estén certificados pero aún no han sido habilitados, pueden continuar funcionando, obviamente, salvaguardando y asegurando que no hay un riesgo para que continúe funcionando, lo cual se puede hacer antes. Esto es importante transmitirlo: es un tema documental, administrativo.

También queremos transmitir que realmente esta situación que compartimos con ustedes en números ha marcado una diferencia sustancial. Estamos hablando de que en 2019 nuestro país tenía 669 plazas habilitadas y 27 Elepem habilitados. Esto ha sido parte de un proceso permanente, de un acercamiento permanente para ir a la regularización. Tanto es así que en 2022 ese número pasó a 1.410 habilitados; en 1923, a 1.543 plazas habilitadas, yendo hacia los totales que mencionaba la licenciada Peirano. Por supuesto que quedan cosas por hacer, pero estamos en un escenario de regularización no por el hecho administrativo, sino por identificar dónde están y cómo están para poder actuar en nuestra función.

SEÑOR SAVIO (Ítalo).- Es interesante destacar que el número total de casi 19.000 plazas coincide con lo que establece la Encuesta de Hogares, que dice que el 3.5 % de las personas mayores residen en lugares que se autodefinen como Elepem. Parecería evidente, pero muchas veces hay diferencias entre la Encuesta de Hogares y lo que efectivamente se registra. Eso habla de un buen trabajo de seguimiento.

SEÑORA PEIRANO (Ana).- La función de rectoría del Ministerio de Salud Pública no solo consiste en habilitar, sino también sancionar cuando, a través de la fiscalización, los establecimientos no tienen su habilitación. Vale decir que las sanciones por decreto reglamentario son tres. Una es el artículo 55, que es la sanción pecuniaria; otra es el artículo 56, que refiere a una suspensión de actividades como una medida cautelar, y el artículo 57 tiene relación con la clausura definitiva. Hoy por hoy, nuestro país cuenta con un programa de realojo permanente por el cual el coordinador es el Ministerio de

Desarrollo Social, pero necesita de nuestra colaboración para poder llevarlo a cabo. Ellos no pueden actuar con ese programa si previamente ese establecimiento no fue clausurado por riesgo sanitario. O sea que para poder activar este programa y realojar necesita de la clausura del Ministerio de Salud Pública; de otra forma, no lo puede llevar a cabo. De lo que va de este quinquenio, según el artículo 55, se aplicaron 14 sanciones, siete Montevideo y siete en el interior; por las medidas cautelares, pudimos ejecutar 22 sanciones, de las cuales 10 fueron en Montevideo y 12 en el interior, y hemos llevado adelante 30 clausuras definitivas, de las cuales 10 fueron en Montevideo y 20 en el interior.

Antes no contábamos con este programa. Si bien cerrábamos, era muy difícil poder realojar. Hoy por hoy, este programa cuenta con 50 cupos anuales y si no se usa en un año, se suma al año siguiente.

SEÑORA ALFONSO (Adriana).- Ahora voy a opinar como geriatra: siempre el mejor lugar para cualquiera de nosotros es nuestra casa, nuestra familia, el mundo más cercano de los afectos y vínculos sanguíneos. Eso no está en discusión. Este modelo de atención y de cuidados viene a cubrir una necesidad concreta.

En ese sentido, a la hora de la toma de decisiones por parte de cualquier familia, se dispone de una actualización permanente de los Elepem habilitados. En el caso que así lo deseen, siempre pueden pedir información adicional al ministerio.

SEÑORA REPRESENTANTE MATO (Verónica).- Agradezco la presencia de nuestros invitados. Ya hemos recibido a otras autoridades sobre este tema y en relación a la pandemia, la forma en que se estaba gestionando, etcétera.

Me alegra que se haya mejorado la fiscalización de los Elepem, a fin de mantener la calidad de dichos establecimientos y que las personas que accedan a esos espacios lo hagan con la mayor tranquilidad.

Uno de los temas que atañe a la población es la desigualdad, que refiere a la posibilidad de accesos. En el caso de las personas mayores, no todas pueden acceder a las mismas condiciones de salud y de quienes se encargan de sus cuidados. Conocemos de primera mano los costos tan importantes que implican los Elepem para las familias y con la jubilaciones que se tienen difícilmente se puedan costear más los medicamentos, etcétera.

Por otra parte, con la contención afectiva y una mejor nutrición y ejercicio físico y cognitivo quizás se pueda suplir algún tipo de medicación, lo que en un establecimiento es mucho más complejo. Nos dijeron que había 18.000 personas en los establecimientos y 9.000 trabajadores, lo que no sabría decir si es correcto. Siempre depende de la patología y de las condiciones edilicias.

A su vez, los asistentes personales en el sistema de cuidados han venido a presupuestos y rendiciones de cuenta a plantear sus dificultades y cómo de alguna forma se ha discontinuado la formación y los llamados.

Mi pregunta es cómo entienden este debilitamiento que se ha dado del sistema de cuidados. De alguna forma, eso amplía la brecha de desigualdad en cuanto al acceso a una mejor vida de las personas adultas mayores. Además, dependiendo de las tareas que uno haya hecho en su vida, por ejemplo, tareas menos remuneradas, lleva a que las personas tengan menor calidad de vida y viva menos años. Todo esto impacta en la desigualdad. Sin dudas, el sistema nacional de cuidados era un espacio que permitía dentro del Estado compatibilizar esto, ayudar a que estas desigualdades no sean tan

grandes. A su vez, los Elepem tienen un costo y son privados. Más allá de que se fiscalicen, si una persona no tiene dinero para pagarlo, no puede acceder.

En definitiva, deseo saber vuestra opinión sobre la forma en que funciona el sistema nacional de cuidados y la importancia que puede llegar a tener. 18.000 personas institucionalizadas es un número que me parece muchísimo y los Elepem no son el mejor lugar, pensando en un envejecimiento activo. Yo creo que ser un adulto mayor no es algo malo; al contrario, es algo que dignifica y que implica que se tuvo un transcurso de vida. Si nosotros tenemos una población envejecida, tenemos que atenderla y no tomarlo como una problemática, sino como una atención.

Por otra parte, con respecto a los consejos consultivos, deseo saber cómo están funcionando, qué relacionamiento se tiene con Inmayores, con la Redam y con organizaciones sociales.

Por otro lado, uno de los flagelos más importantes de la salud mental es el suicidio y en las personas mayores se da en un índice muy importante, más que nada en varones. ¿El ministerio está aplicando algún programa específico al respecto?

SEÑOR REPRESENTANTE LUST HITTA (Eduardo).- Agradezco la presencia de nuestros invitados y el trabajo que hacen.

Yo llevo un *ranking* de los países que respetan los derechos humanos. Más o menos, son 30 en el planeta; relativamente puede haber alguno más. Desde hace algunos años, Uruguay está entre los 10 primeros. Inclusive vienen a inspeccionarnos organismos internacionales y no señalan aspectos. Yo a veces les digo que hay cosas que hay que señalar, pero tienen tantos lugares a donde ir a señalar y vienen a señalar acá. Sin duda, hay cosas en las que estamos atrasados. O sea que en algunos *rankings* estamos entre los primeros y en otros somos los únicos. Por lo tanto, los felicito.

En cuanto a la población envejecida, se trata de un problema mundial. El único lugar donde crecen los jóvenes es en el mundo islámico, eso está comprobado por datos oficiales, y en América del Sur, en algunos países, no Uruguay. Quiere decir que el mundo va hacia un envejecimiento. Nosotros no vamos a ver cómo se va a resolver este tema; resolvamos lo nuestro.

Con este panorama, la pregunta puntual que tengo es la siguiente. La verdad que me sorprendió positivamente que con 19.000 internos haya 9.000 funcionarios, prácticamente una persona cada dos. De pronto, en algunos una atiende a ocho y en otro hay uno para cada uno. Pero más o menos se podría decir que es así. Me parece que está bien la proporción; uno siempre mide con el sistema jubilatorio: cuántos aportan y cuántos cobran.

La pregunta es si la habilitación depende solo de Salud Pública o de los gobiernos departamentales. ¿Ellos tienen injerencia en el tema? Si la tienen, ¿cómo compatibilizan las dos tareas: la habilitación de Salud Pública y la del gobierno departamental? Si es que tienen, ¿hay algún entorpecimiento o se trabaja con cierta armonía entre las dos instituciones?

SEÑORA PRESIDENTA.- Quiero contarles que hemos invitado a todos los organismos vinculados con el adulto mayor. También debo reconocer que no es fácil cerrar un Elepem porque me estoy encontrando que, además de medir ciertas cosas y riesgos, ahora tenemos el realojo. Cuando yo trabajaba en lo social, no existía, así que esto es de aplaudir. Es muy importante porque ahora tenemos dónde llevarlos cuando corren riesgos.

Me gustaría pedirles que, en algún momento, puedan pensar políticas de Estado para mirar cómo podemos terminar con los pedidos de turno de los adultos mayores, que a veces lleva mucho tiempo y que van a las puertas y están demorando, por ejemplo, en los bancos. Ellos no sé familiarizan con la tecnología y con las herramientas informáticas, y en algún momento podríamos instrumentar alguna política de Estado.

También hay que aclarar que hay Elepem que tienen el apoyo del Estado, que son gratis y cuando vengan el BPS y el Mides explicarán el aporte de cupocama. Creo que son los adultos mayores mejor atendidos porque, en realidad, los pensionistas no tienen acceso al cupocama.

Por otra parte, es importante mantener actualizado el censo de los Elepem.

SEÑORA ALFONSO (Adriana).- Como política de Estado y como país, el sistema de cuidados es algo muy positivo por lejos. Creemos que allí tenemos un motivo para seguir apostando, continentando a las familias en distintas líneas. Es cierto que el mundo ha cambiado y estamos ante un proceso mundial de envejecimiento e inclusive a una feminización del envejecimiento. Eso implica que aquel modelo en que la mujer oficiaba de cuidadora en alguno de los núcleos familiares ha cambiado. Esto no es de ahora, sino que lleva varios años. Por eso, uno de los principales desafíos de la sociedad y de los Estados es pensar modelos aplicables a cada país, a su idiosincrasia, etcétera, para que puedan continentar esta realidad.

Uno de esos modelos son los Elepem, pero pueden existir otros modelos alternativos que estén entre el hogar y el establecimiento de larga estadía.

Es cierto que debemos apostar por una población que pueda vivir el mayor tiempo posible su vida activa e independiente en el hogar, con menos elementos de fragilidad, que le permita ser autónomo. Por eso, una de las líneas que empezamos a trabajar fuertemente tiene que ver con el envejecimiento saludable, y así dilatar en el tiempo que una persona pueda requerir de un tercero para su cuidado personal.

Ese número que se ha brindado entre la proporción de funcionarios y residentes sí depende de muchas cosas; depende de los turnos, de cuántas personas hay en cada lugar. Por lo tanto, no quiere decir que esté bien o mal; simplemente, la interpretación dependerá de eso y de la foto de cada lugar. Eso significa que el análisis se hace para cada establecimiento en particular y no puede haber una foto global.

Con respecto a Inmayores, es un tema que se nos escapa y no deberíamos opinar al respecto.

El programa de adulto mayor está trabajando e incluye también el suicidio. Ya se está empezando a trabajar en conjunto entre ambos programas.

Me gustaría solicitar a la licenciada Peirano que nos comente cómo es el proceso documental y administrativo, para responder al diputado Lust, y qué rol pueden llegar a tener o no en el proceso de la habilitación las direcciones departamentales que dependen del ministerio u otras divisiones, a lo largo del proceso, si es que la tienen. Además, solicito que hable sobre el censo.

SEÑOR REPRESENTANTE LUST HITTA (Eduardo).- Yo me refería a los gobiernos departamentales, a las intendencias, y no a las dependencias de Salud Pública, que claramente hay una por departamento. Es decir, ¿depende de la intendencia departamental la habilitación de un centro o es absolutamente del Ministerio de Salud Pública?

SEÑORA PEIRANO (Ana).- Absolutamente del Ministerio de Salud Pública. En la división Servicio de Salud hay un sector en exclusividad que se dedica a los Elepem, que es el sector Elepem, que está compuesto por un *staff* de cinco técnicos profesionales, un coordinador y administrativo, y es puntualmente quien coordina las acciones con el Ministerio de Desarrollo Social. Cuando tiene que coordinar con el BPS, lo hace con este organismo.

Al llevar los registros de inicio del proceso y de final, el sector es el que tiene la estadística. Es por eso que todas las dependencias del país reportan sus datos y se habilitan por ahí. Nuestra estadística siempre es más real y certera que la que pueda ofrecer otro ministerio, debido a que se inicia por aquí y se sanciona.

Por eso, siempre ha sido un tema de discrepancia la cifra real; oscila, pero es lo que pasa. Justamente, al principio de esta gestión, se trabajó mucho con el Ministerio de Desarrollo Social para tener un universo único, y a partir de ese actualizarlo.

El Ministerio de Salud Pública, durante el período de pandemia, por solicitud de la Dirección General de Salud, en conjunto con Agesic, que es el gobierno electrónico, hizo un censo real. Cada director técnico necesitaba un usuario y una contraseña para poder acceder al programa e introducir los datos. A través de una ordenanza dictada por el Ministro de Salud Pública, se debía actualizar ese censo. Eso permitió que el censo fuera lo más actualizado posible.

SEÑORA REPRESENTANTE CORTÉS (Inés).- En 2019, se hizo un censo de todos los Elepem en cuanto a las condiciones edilicias, la refacción, etcétera. Quiero saber si se actualizan esos datos o solo se incluye la cantidad de usuarios.

SEÑORA PEIRANO (Ana).- No solo se incluye el número de residentes y de funcionarios, sino que hay otros indicadores y variables que se reportan en exclusividad en ese censo.

SEÑOR SAVIO (Ítalo).- Creo que estos temas hay que considerarlos desde las perspectivas de escenarios demográficos.

Hace poco tuvimos un censo y los censos tienen una utilidad: nos dan una foto que es muy útil a la hora de generar respuesta y es parte de lo que nosotros siempre contemplamos, las cosas que hacemos. Hoy son el 16%. Hay un estudio sobre escenarios demográficos, que es el más reciente y el más interesante, que se hizo en 2017 por parte de la OPP, que en su hipótesis tendencial plantea un 22 % de adultos mayores de 65 años y que esa realidad no se va a revertir ni con un estancamiento de la expectativa de vida ni con una recuperación parcial de la natalidad ni con la inmigración. O sea que esa película es la que está en el horizonte. De modo que estas necesidades que se están planteando van a ser crecientes. El tema es qué respuesta damos. En ese sentido, hay respuestas que se están desarrollando.

El tema de los Elepem siempre llama mucho la atención y está bien que sea así. Son 19.000 personas más que vulnerables. Pero en términos asistenciales son el doble de las camas de todos los hospitales públicos y privados del Uruguay sumados, o sea que es un ámbito que merece la atención y el interés que se le han prestado. En realidad, el Sistema de cuidados es como las dos caras de una moneda, complementario con el sistema de salud y las prestaciones sanitarias, y habrá que desarrollar de alguna forma lo que los españoles llaman "coordinación socio sanitaria". Es cómo esas dos vertientes se encuentran en torno a las necesidades de las personas. Ustedes preguntaron si había alguna cosa para desarrollar y yo diría que sí, porque siete años de creación del Sistema de cuidados es un buen tiempo para evaluar cómo están las cosas, que es lo que han

preguntado ustedes. Si me preguntan algo que esté por hacer la coordinación socio sanitaria, bueno, tiene un espacio de gobernanza, tiene mucho sentido.

SEÑORA ALFONSO (Adriana).- Nos parece que, como Ministerio de Salud Pública, no podemos dejar de mencionar en esta oportunidad que un país o el mundo, digamos, está teniendo un escenario global de incremento del envejecimiento poblacional; lejos de ser algo negativo, lo tenemos que ver como algo extremadamente positivo porque es el resultado de políticas sanitarias -entre otras- que se han ido ejerciendo a lo largo de muchos años. Obviamente, hace muchos años la gente no llegaba a estos niveles de edad y mucho menos teníamos esta proporción de adultos mayores de 100 años. Más allá de la edad, importa el grado de limitación o de independencia con el que se llega a esa edad, importa el contexto.

Nos parece importante remarcar esto; no interesa decir que Uruguay sí tiene esa relación natalidad- envejecimiento, pero que es resultado de políticas sanitarias y de otras a lo largo del camino.

Como se nos preguntaba al inicio, sí, obviamente, no podemos dejar de mencionar que al igual que en este momento se ha apostado fuertemente a la atención de la salud mental, de la ha priorizado, entendemos que sería importante para otros momentos comenzar a trabajar como país, fuertemente, en políticas intersectoriales que tengan que ver con esta promoción del envejecimiento exitoso en su más amplia expresión, no solo desde lo sanitario y, obviamente, considerar otras líneas en este Sistema de cuidados que para nosotros es un pilar fundamental.

SEÑORA PRESIDENTA.- Les damos las gracias. Nos quedaríamos mucho rato hablando, pero tenemos una delegación esperando. Pido disculpas porque nosotros empezamos la reunión un poco más tarde. De todas maneras el tiempo dio para recibir información muy valiosa.

Gracias; han sido muy amables.

(Se retiran de Sala autoridades del Ministerio de Salud Pública)

(Ingresa a Sala una delegación del Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial)

—La Comisión tiene el agrado de recibir al señor director Nacional de Vivienda, arquitecto Eduardo González, y al director Nacional de Ordenamiento Territorial, doctor José Aranco.

Disculpen que es un poco tarde. Nos apasionamos con el tema con la delegación anterior y los hicimos esperar un poco.

Estamos trabajando en el marco del adulto mayor. En realidad, no es nada raro lo que está pasando acá. Estamos invitando a todos los organismos que trabajan y hacen al quehacer del adulto mayor para tener novedades de primera línea en cuanto a qué se está haciendo, en qué podemos mejorar, por qué otro rumbo podemos ir, qué puede faltar legislativamente para mejorar, para estar más cerca de ellos.

Es nuestra intención saber cómo estamos en materia de viviendas para el adulto mayor, qué planes hay, cuántas viviendas se han entregado, si tenemos más por hacer en este quinquenio o cómo vamos.

SEÑOR GONZÁLEZ (Eduardo).- Con respecto a vivienda destinada al adulto mayor, quien lleva adelante la política es el BPS. Se trabaja en coordinación con el Ministerio de Vivienda en la medida en que los recursos salen del Fonavi, que es el Ministerio el que lo administra.

Al comienzo del quinquenio se hace un plan para los cinco años en el que, en base al arrastre que se tiene, se destinan los fondos y año a año se van ajustando con el mismo criterio. Aproximadamente, por ejemplo, para el 2024 -pero todos los años es muy parecido- se destinan \$ 1.500.000.000. Los programas a los que van esos recursos son básicamente los siguientes: administración y recuperación de viviendas; otorgamiento de cupos de camas en asilos, licitaciones de pasivos -así le llamamos nosotros-, licitaciones de construcción de complejos de vivienda, y otorgamiento de subsidio de alquileres. Esos son los tres grandes grupos a los que se destinan los fondos.

Esa coordinación con el BPS hace que sea este banco el que nos demande: "Queremos priorizar tal programa o tal otro" o "Necesitamos más recursos para tal o cual". Lo que hacemos desde el Ministerio en cuanto a la administración de los fondos es decir: "Bueno, ¿qué arrastre tenemos?". Por ejemplo, donde se va gran parte del dinero son obras, licitaciones de edificios. Entonces, vemos cuántas obras están por comenzar, cuántas por terminar. Eso determina cuántos fondos tenemos que prever porque, de repente, hay una adjudicación de una licitación y tenemos que prever que empieza en tal mes o, si se va a obtener una recepción, porque termina la obra, bueno, ahí termina el flujo económico y se puede dedicar a otra cosa. O sea, se va en sintonía con eso.

Con respecto al 2024 -lo que les voy a mencionar ahora es la situación al mes de abril de 2024, pero referido a este quinquenio- tenemos tres licitaciones en trámite, siete en obra, dos terminadas, que está pendiente la recepción provisoria; cuando se termina una obra, la empresa de repente tiene el 100% de avance, pero no tiene el final de obra, no tiene el final de BPS o no están hechos los trámites en Catastro; tiene el 100% de avance pero, por ejemplo, le falta corregir tal o cual cosa que los inspectores van y detectan. Entonces, está terminada, pero no tiene la recepción provisoria. Y licitaciones terminadas y entregadas son 9. Estamos hablando en el entorno de 600 viviendas.

Grosso modo es lo que hacemos desde el Ministerio.

Con respecto a otro tema que fue mencionado y del que supimos a través de las versiones taquigráficas, en cuanto a las viviendas vacías...

SEÑORA PRESIDENTA.- De BPS...

SEÑOR GONZÁLEZ (Eduardo).- Bueno, de BPS nosotros no tenemos los números porque el que administra es el banco, obviamente...

SEÑORA PRESIDENTA.- Fueron invitados también. El BPS va a venir otro día.

SEÑOR GONZÁLEZ (Eduardo).- Perfecto.

SEÑORA REPRESENTANTE MATO (Verónica).- Quiero agradecer a la delegación por su presencia.

Tengo una consulta. Ustedes aclararon que se coordina con BPS, que BPS es el que solicita cuáles son las viviendas que se necesitan o hacen en común acuerdo o en coordinación el plan. Me gustaría saber, con respecto a la entrega de esas viviendas, a qué personas se entregan esas viviendas, si algunas son cooperativas; quisiera saber si lo hace el BPS, si lo hace el Ministerio de Vivienda directamente o cómo es que se gestiona, específicamente, con la población vinculada a adultos mayores.

SEÑOR GONZÁLEZ (Eduardo).- Toda la gestión la hace el BPS.

(Interrupciones)

—Sí, pero del BPS porque, ¿qué pasa?...

SEÑORA PRESIDENTA.- Perdón, si quieren, terminamos con la ronda de preguntas.

Yo les paso lo que quería preguntar y así pueden contestar todo.

Con respecto al número de viviendas, ya tengo la contestación; las viviendas vacías no dependen de ustedes. Me queda una duda en cuanto a que haya estrategias claras de comunicación a la población para que se entere. Es mi modesta opinión.

Las viviendas que son adjudicadas directamente por los equipos técnicos del Mides a través de Mevir no tienen nada que ver con el Ministerio, así que esta pregunta no es para ustedes. Disculpen.

Adelante.

SEÑOR GONZÁLEZ (Eduardo).- Disculpe, diputada Mato, pero olvidé su pregunta.

SEÑORA REPRESENTANTE MATO (Verónica).- Con respecto a la adjudicación quisiera saber si el programa cumple enteramente con el BPS, que es el que selecciona, si es el banco el que entrega esas viviendas o si el Ministerio está dentro de ese proceso.

SEÑOR GONZÁLEZ (Eduardo).- Es el BPS. El Ministerio presta los mecanismos -digamos-, tal como surge también en los convenios que tenemos con Mides -a modo de ejemplo-; o sea, tiene las herramientas de otorgamiento de subsidios, de construcción de viviendas. Concretamente, el Ministerio presta los mecanismos y administra los fondos. Ese es el rol del Ministerio. La gestión es del BPS y el que da los lineamientos es el BPS. Cuando hablo de coordinación es porque de repente el BPS dice: "Bueno, necesitamos cien millones más, doscientos millones más". ¿Qué pasa? Como el Fondo Nacional de Viviendas es uno y el Ministerio también tiene otros compromisos y es un recurso finito ahí es ver qué se deja de hacer para hacer tal o cual cosa. Sucede en todas las administraciones así porque el recurso es finito.

Con respecto a la otra pregunta, de la difusión, entendemos que tenemos que mejorar; en este caso es compartido con el BPS el tema de la difusión. Estamos de acuerdo.

SEÑORA PRESIDENTA.- ¿Desean informarnos algo más? ¿Nos quedó algo en el tintero?

SEÑOR GONZÁLEZ (Eduardo).- Sobre este tema en particular, no.

SEÑORA REPRESENTANTE MATO (Verónica).- Con respecto al diseño de las viviendas para adultos mayores, ¿hay algún plan específico, algún convenio con la Facultad de Arquitectura, pensando que los requerimientos habitacionales de un adulto mayor pueden ser distintos a otro tipo de población?

SEÑOR GONZÁLEZ (Eduardo).- La respuesta simple es no, pero, en términos generales, en todas las licitaciones, hay como mínimo un 10% de viviendas accesibles. Voy a salir un poco del rubro adulto mayor. Curiosamente, se hace el llamado, pero quedan libres. Hoy en día, tenemos diez viviendas accesibles libres en todo el país y con el Mides le estamos buscando el camino normativo para que pueda llegar alguien que realmente las necesite; de lo contrario, las tendríamos que sortear entre la población objetivo que califique para el programa. Pero ya se piensa en términos generales para todas las licitaciones.

SEÑORA PRESIDENTA.- Allá tenemos un grupo habitacional de los jubilados y, en realidad, lo que tiene es -yo tengo un funcionario que es discapacitado y tiene una casa ahí- distintas las amplitudes de las puertas y, a su vez, ascensor, porque ahora se exige

si hay una cierta cantidad de apartamentos. Ahí había para que todo el mundo pudiera movilizarse.

SEÑOR GONZÁLEZ (Eduardo).- Cada departamento es diferente. Montevideo es bastante exigente. En realidad, no es accesibilidad sino convertibilidad, es decir, que se pueda convertir en accesible.

SEÑORA PRESIDENTA.- Excusamos al diputado Lust que se tuvo que retirar porque tenía que participar en otra reunión.

Han sido muy amables y agradecemos vuestra presencia.

(Se retiran de Sala las autoridades del Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial)

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

—A propuesta de la diputada Mato, entraría un proyecto de ley para sancionar el negacionismo del terrorismo de Estado, de autoría de la diputada Melgar. Decidimos por unanimidad que la vamos a estar recibiendo el 15 de mayo, así como a alguna organización social.

Se va a votar.

(Se vota)

—Tres por la afirmativa. AFIRMATIVA. Unanimidad.

SEÑORA REPRESENTANTE MATO (Verónica).- Entre los asuntos entrados, también hay una carta de los funcionarios y funcionarias de la Institución Nacional de Derechos Humanos y me parece importante recibir su opinión; además, mandaron una carta a los legisladores de la comisión. Podríamos recibirlos en algún momento; no estoy proponiendo fechas, pero me parece importante escuchar su voz para ponerlo al tanto de lo que puede ser la agenda que está armando la presidenta.

SEÑORA PRESIDENTA.- Estamos de acuerdo, diputada. A la brevedad, cuando podamos, los vamos a recibir.

Si no hay otros asuntos para tratar, se levanta la reunión.

≠